



UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN
E INNOVACIÓN EN CONTEXTOS EDUCATIVOS**

**LA SIMULACIÓN CLÍNICA Y LA FORMACIÓN
DE PROFESIONALES REFLEXIVOS: DOS
EXPERIENCIAS EN LA FORMACIÓN INICIAL DE
MÉDICOS.**

AUTORA: ÁNGELA SÁIZ LINARES

DIRECTORA: TERESA SUSINOS RADA

FECHA: 30/10/2012

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
1.1. Objetivos	9
2. Marco teórico.....	11
2.1. <i>La formación en las universidades y el conocimiento profesional</i>	11
2.2. <i>El conocimiento práctico y reflexivo</i>	18
2.3. <i>El aprendizaje mediante simulación en contextos médicos</i>	29
3. Metodología.....	38
3. 1. <i>El diseño de la investigación cualitativa</i>	40
3. 2. <i>Técnicas de recogida de información</i>	41
3. 3. <i>Diseño de la investigación</i>	49
3.3.1. Planificación	53
a. Presentación del proyecto- elaboración conjunta	53
b. Selección de casos	54
3.3.2. Inicio del proyecto	55
c. Entrada al escenario	55
d. Recogida de información	58
3.3.3. Retirada del escenario	65
e. Análisis de la información	65
f. Resultados	68
<i>Diseño</i>	68
<i>Simulación</i>	75
<i>Debriefing</i>	85
<i>Evaluación final</i>	94
4. Conclusiones.....	103
5. Bibliografía.....	117

Resumen:

Este Trabajo de Fin de Máster versa sobre una experiencia de simulación clínica desarrollada por los alumnos de la Facultad de Medicina de Cantabria en el Hospital Virtual Marqués de Valdecilla, que entrena a sus alumnos en ambientes cuasireales que permiten desplegar los conocimientos, habilidades y actitudes que implicaría el desempeño en una situación real. Parte del valor de la experiencia como potenciadora de aprendizajes significativos, en desarrollo armónico con una educación teórica, resultando en la formación de profesionales reflexivos en constante formación y capaces de adaptarse a una sociedad y un ámbito laboral dinámico y en continua transformación. Para dicha investigación nos hemos servido de una metodología exclusivamente cualitativa que dota de voz a los verdaderos implicados en la experiencia, docentes y, muy especialmente, los alumnos, por considerar que contienen las claves para la mejora y el cambio, reivindicando, asimismo, una mayor participación y gestión de los alumnos universitarios en las experiencias de las que son protagonistas.

Abstract:

This TFM is about a clinical simulation experience developed by the students of Medicine in the University of Cantabria in the Virtual Hospital Marqués de Valdecilla, which trains students in simulated environments which let them reach the knowledge, skills and attitudes that are desirable in a real situation. It starts from the value of experience to enhance a meaningful learning, reconciling it with the theoretical formation, and resulting in the formation of reflective practitioners in constant training who are able to adapt to a society and a dynamic and changeable work environment. For this investigation we have used a qualitative methodology that gives voice to the protagonists involved in the experience, teachers and especially the students, believing that they contain the keys to improve and change. We also claim greater participation of students in the University decision making as a way of taking control of their own learning.

Palabras clave: aprendizaje experiencial, profesional reflexivo, simulación clínica, voz del alumnado, Hospital Virtual Marqués de Valdecilla.

Key words: experiential learning, reflective practitioner, clinical simulation, student voice, Virtual Hospital Marqués de Valdecilla.

1. Introducción. Justificación.

El proyecto que ahora voy a presentar constituye una apuesta arriesgada para mí. Al igual que ocurrirá a los lectores, el momento en que surgió esta propuesta servidora también dudó. Especialmente a mí me resultó difícil, en momentos incipientes, ver la parte más pedagógica, más relacionada con todo lo que durante tantos años hemos estudiado en la facultad de educación. Sin embargo, si arañamos la superficie, un exterior envuelto en tecnicismos médicos y la tecnología más vanguardista, descubriremos que el corazón de lo que proponemos es, al fin y al cabo, un proceso de enseñanza-aprendizaje con todos los elementos usuales que podemos encontrar en un aula “habitual”.

La idea de este proyecto comienza a fraguarse en noviembre del 2011. Un profesor de la universidad de Harvard, con formación en Sociología, entabla una conversación con la que es mi tutora de este TFM y la propone embarcarnos en un proyecto que al principio resulta completamente desconocido para nosotras. Esta universidad norteamericana, junto con el Center for Medical Simulation (CMS), en Cambridge, USA, llevan desde el 2004 trabajando colaborativamente con el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y auspiciando una iniciativa innovadora que heredan del terreno norteamericano y surge como pionera en España en el ámbito de la salud, la formación sanitaria y la investigación: el empleo técnicas de simulación clínica para entrenar a profesionales de todo el mundo en procedimientos de diagnóstico y tratamiento, en el trabajo en equipos interdisciplinares de alto rendimiento y en la toma de decisiones clínicas. Para ello, se crea el Hospital virtual Valdecilla (HvV) en el que médicos, enfermeras y todos los profesionales sanitarios pueden entrenarse en un ambiente realista sin poner en riesgo a los pacientes.

A continuación, describimos con mayor detalle la formación en simulación clínica que se está desarrollando por parte de estas instituciones en el contexto formativo sanitario.

La simulación clínica es una metodología docente basada en el aprendizaje experiencial y la reflexión práctica que facilita el desarrollo de

los profesionales de la salud para atender a pacientes en un entorno realista, donde las habilidades de los profesionales pueden ser entrenadas de forma segura, sin riesgo para el paciente. Esta técnica docente se desarrolla en tres fases:

- En primer lugar, una fase denominada briefing que ofrece a los estudiantes una orientación previa sobre los objetivos docentes de la simulación que se va a desarrollar, el entorno de la simulación, la revisión de las expectativas y la oportunidad de hacer preguntas y aclarar posibles dudas.
- Posteriormente se desarrolla la experiencia de simulación del caso clínico que se diseña de acuerdo a los objetivos de aprendizaje seleccionados. Se trata de una modalidad de aprendizaje que sustituye a los pacientes por sofisticados maniqués electrónicos (que responden fisiológicamente de la misma manera en que lo haría un ser humano en la vida real) combinados con un entorno clínico realista (una sala con las mismas condiciones que las de un hospital y, participando junto a ellos, un equipo clínico que realiza las mismas acciones que se llevarían a cabo si el caso fuera real). Se trata de que, de esta manera, los alumnos sean capaces de tomar decisiones similares a las que se toman en ambientes clínicos reales sin poner en riesgo a pacientes ni profesionales.
- La tercera fase es el proceso de debriefing, en el cual tiene lugar una reflexión guiada y estructurada sobre lo sucedido durante la simulación. En ella los alumnos y profesor reflexionan de forma crítica sobre lo ocurrido. Es un proceso que proporciona a los estudiantes la oportunidad para analizar la experiencia emocional y los procesos de toma de decisiones acontecidos durante el cuidado de los pacientes en la simulación realizada previamente. También es una herramienta útil para promover habilidades para el trabajo de equipos clínicos interprofesionales.

Esta iniciativa, que cuenta con una larga trayectoria en Norteamérica, en España se encuentra todavía en un momento incipiente y amparada únicamente por profesionales del campo de la medicina. Es por ello que el primer contacto y demanda de participación por nuestra parte surge de la misma institución. Es ésta la que necesita, en un proyecto que es de naturaleza interdisciplinar y en el que el componente didáctico es sustancial y preferente, la participación e integración de personas con formación

pedagógica. De modo que el propósito que arraiga en la demanda de participación parte de incentivar un necesario trabajo entre distintas disciplinas o campos de estudio y arrojar nuevas perspectivas y ámbitos de trabajo e investigación a una labor de formación de profesionales a través de la simulación que hasta ahora, en Cantabria, había sido desarrollada eminentemente por personal del campo de la medicina. Esta iniciativa entraña, por tanto, una propuesta interdisciplinar que ha de entenderse como un paso más en la fructífera relación entre instituciones que ya tienen una trayectoria previa de trabajo común (Facultad de Medicina y Facultad de Educación de la Universidad de Cantabria y Hospital Virtual Marqués de Valdecilla), colaboración interdisciplinar imprescindible para que progrese el conocimiento situado en la frontera de las disciplinas académicas tradicionales.

Como hemos señalado, a pesar de las filigranas y pormenores, esta iniciativa es, en definitiva, un proceso educativo que no difiere demasiado de aquellos otros que podemos situar en un aula ordinaria de educación superior. De hecho, en un mundo de profusos y constantes cambios como es el que hoy vivimos, una formación continua de profesionales que les permita adaptarse a un mundo voluble y, actualmente, a merced del desarrollo vertiginoso de las nuevas tecnologías, se configura crucial, especialmente en ámbitos como el de la medicina, que implican un riesgo inminente para los sujetos hacia los que va dirigida la acción de los profesionales: los pacientes. Por tanto, otro argumento pedagógico que justifica la participación en este proyecto hace referencia a la formación continua y permanente de profesionales, ya sean maestros o de otra índole, hacia la que, cada vez con más urgencia, debemos dirigir nuestros esfuerzos. A diferencia de otras épocas, los conocimientos que hoy están en boga y son imprescindibles, mañana habrán sido sustituidos por otros más acordes con las exigencias e intereses sociales y serán obsoletos. Por lo tanto, en un mundo como el de nuestros días, marcado indiscutiblemente por el cambio y la veleidad, es tarea ineludible de los organismos de educación incentivar una formación y renovación constante, ofreciendo, asimismo, los medios y recursos que sean necesarios para conseguirlo.

Otra característica de este mundo en cambio, fuertemente interconectada con lo anteriormente señalado, es la revolución tecnológica a la que hemos asistido en estos últimos quince años. Las nuevas tecnologías marcan ahora el desarrollo de cada sociedad, y una nueva forma de exclusión y marginación, antes emplazada en recursos económicos, sociales y culturales, surge como consecuencia de la falta de acceso a las nuevas tecnologías, configurando lo que actualmente se denomina “brecha digital”. Por

ello, aunque consideramos que no son los medios los que ayudan a mejorar los procesos educativos y en ningún caso su ausencia o precariedad pueden servir como excusa para justificar un sistema educativo que muchas veces resulta ineficaz, sí es cierto que cada vez se torna más necesario incorporar estas nuevas tecnologías y el aprendizaje virtual en el panorama formativo, no como panacea de los problemas pero sí entendido como una forma de desarrollarse en armonía con el mundo social que rodea e interactúa con el educativo, sociedad que ahora se define en gran medida por su potencial tecnológico. Y, por ello, esta iniciativa pedagógica se sirve, para su desarrollo, de los nuevos recursos tecnológicos que esta sociedad cambiante y tecnológica conlleva.

La propuesta educativa en que se fundamenta este proyecto parte de la revalorización de la experiencia como principal constructora o potenciadora de conocimientos y aprendizajes significativos para la vida laboral real. Si nos remitimos al plan Bolonia que tan ávidamente se ha instaurado (y sigue haciéndolo) en el contexto universitario español hace tan sólo unos años, comprobaremos como éste reivindica el desarrollo de aprendices independientes, autónomos, creativos y críticos, capaces de cuestionar paradigmas y discutir el saber recibido. Sin embargo, la realidad del funcionamiento de las universidades y la formación que ofrecen al alumnado dista mucho de esos principios escritos sobre el papel. La manera habitual de hacer las cosas en la universidad sigue tendiendo a priorizar unas clases magistrales en que los estudiantes mantienen un rol receptivo y pasivo y una evaluación mediante exámenes que, en resumidas cuentas, valora la repetición y la reproducción, en detrimento de una formación activa, experiencial, ligada a la realidad social y laboral en que los universitarios asumen el control y gestión de su propio proceso de enseñanza-aprendizaje, incluyendo, además, los aspectos morales, éticos y políticos que están implícitos en el trabajo de cualquier profesional (Zeichner, 2010).

Por tanto, ante una tradición universitaria que no en pocas ocasiones se encuentra con problemas a la hora de formar profesionales verdaderamente capacitados y concienciados para la inmersión en el mundo de la práctica laboral real e, incluso, en la sociedad en general, rescatamos el concepto de *“profesionales reflexivos”* (Dewey, 1989; Schön, 1998), es decir, profesionales que reflexionen desde la acción de su propia experiencia y se conviertan así en investigadores en un contexto práctico que va a estar marcado por la toma de decisiones continua.

Para dar este salto formativo a la experiencia, los mundos virtuales adquieren fuerza y comienzan a configurarse, en la era tecnológica en la que vivimos en la

actualidad, como contextos útiles para la experimentación, ya que se constituyen como mundos representativos de la práctica: los aprendices se ven involucrados en experiencias que simulan la práctica, pero sin las presiones, distracciones y riesgos que tienen las situaciones reales.

Por último, aunque no menos importante, debemos señalar el componente lúdico y recreativo que reviste esta experiencia. En nuestro sistema educativo es tendencia habitual restringir, a medida que avanzamos en edad y curso, en favor de la propensión instrumentalista, el juego y el aprendizaje lúdico que tan usuales son los primeros años de escuela, hasta encontrarnos con una formación universitaria en que es prácticamente inexistente. Sin embargo, cualquier persona de cualquier edad aprende mejor y de manera mucho más satisfactoria si disfruta con lo que hace, si se divierte, si su aprendizaje tiene lugar en un entorno distendido en el que experimentar, equivocarse y volver a probar son las máximas que dirigen la experiencia. No olvidemos, por tanto, que el juego no es exclusivo de la infancia y que “la cultura humana ha surgido de la capacidad del hombre para jugar, para adoptar una actitud lúdica” (Huizinga, 1987).

Además de estas justificaciones puramente pedagógicas y con las que en gran parte me siento identificada y, por ello, animada a mejorar en la medida en que me sea posible, existen algunas razones de índole todavía más personal que han sido determinantes a la hora de escoger este tema que, en principio, sentí completamente desconectado de mis intereses.

Por una parte me gustaría desmitificar una carrera universitaria que habitualmente parece se desarrolla al margen del resto de planes de estudio de educación superior y una profesión dominada por un corpus de conocimiento hermético, una jerga excesivamente distante y un corporativismo muchas veces desmesurado. Una de mis grandes motivaciones con este trabajo es demostrar cómo es posible y, sobre todo, necesario, que distintas disciplinas de conocimiento trabajen conjuntamente y al unísono, cómo dos tipos de profesionales, médicos y pedagogos, aparentemente sin nada que ofrecerse mutuamente, pueden dialogar y establecer una relación y colaboración muy fértil y ventajosa en la producción de conocimientos y en la formación de profesionales. Por ello, uno de los grandes retos que conlleva el desarrollo de este trabajo, el de trabajar y colaborar con médicos o estudiantes de medicina, constituye también un poderoso acicate. Por supuesto, conocer y mantener un contacto fluido (a través de correos electrónicos y videoconferencias) con profesionales de una

universidad de notoriedad internacional como es Harvard, saber cómo trabajan y tener la oportunidad de recibir orientaciones y consejos, también ha tenido mucho de peso.

Y, por otra parte, adentrarme en lo desconocido, un terreno peligroso por inexplorado pero también, por ello, lleno de posibilidades, de cosas inéditas por descubrir y también por inventar, un terreno completamente virgen desde la perspectiva pedagógica en el que voy a tener la suerte de convertirme en pionera.

En definitiva, el propósito del presente trabajo será el de favorecer el avance del conocimiento y la investigación sobre la simulación clínica como herramienta de formación de profesionales sanitarios en el contexto español, entendiendo la simulación como un ámbito científico de naturaleza interdisciplinar, lo cual justifica la necesidad de que la investigación se desarrolle con equipos de formación médica y pedagógica que trabajan conjuntamente. En concreto, este TFM va a versar sobre la simulación clínica como herramienta favorecedora del aprendizaje y complementaria a la docencia tradicional que, por el momento, está teniendo lugar en las asignaturas de Medicina Interna (impartida en sexto) y Ginecología (en cuarto), de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria, en colaboración con el Hospital Virtual Marqués de Valdecilla.

Objetivos:

La pretensión de este trabajo, en su sentido más amplio, es informar y mejorar el uso de la simulación en la enseñanza clínica en España y, en particular, apoyar el uso efectivo de la simulación en la educación universitaria de los alumnos de medicina en la Universidad de Cantabria. Entiendo esta experiencia de colaboración interdisciplinar como una oportunidad de valor indiscutible para promover avances en la enseñanza universitaria hacia modelos de enseñanza más individualizados y experienciales, tal y como se ha defendido ampliamente en la reforma de la universidad hacia el EEES.

Asimismo, vamos a huir de paradigmas positivistas y de su afán por cuantificar, objetivizar y generalizar, configurándose como principales objetivos *“describir qué sucede en el lugar, cómo la gente involucrada entiende sus propias acciones y las de los otros, y el contexto en el que la acción sucede”* (Haya, 2011: 99-100). No nos interesa la búsqueda de una verdad absoluta e inmutable, sino más bien conocer cómo

los participantes en el contexto analizado ven el problema, acercarnos a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros (Rodríguez et al., 1996).

Por lo tanto, el objetivo primordial de la presente investigación es conocer y analizar el desarrollo general de dicha experiencia de aprendizaje en todas sus etapas (diseño y desarrollo de la simulación y debriefing) desde la perspectiva de sus protagonistas: los estudiantes y los profesores que toman parte en dicha experiencia. Nos interesa investigar, en definitiva, cómo es percibido, experimentado y valorado por los dos agentes fundamentales implicados, alumnos y profesores y, en último lugar, y fruto de los datos recogidos y su consecuente análisis, realizar alguna propuesta de mejora que contribuya a su afianzamiento en años venideros.

Como objetivos específicos señalamos:

- Documentar la organización, funcionamiento y desarrollo generales de esa experiencia de aprendizaje en las dos fases diferenciadas de las que consta, simulación y debriefing: objetivos, diseño, temporalización, participantes...
- Analizar cómo ha sido la participación de los distintos agentes implicados en dicha experiencia, alumnos y profesores, y sus percepciones, sentimientos, reflexiones y valoraciones respecto a cada una de las fases.
- Conocer y analizar los posibles ámbitos de aprendizaje y mejora potenciados desde la experiencia de simulación: conocimientos, habilidades, patrones de actuación, etc.
- Recoger posibles consideraciones de mejora por parte de alumnos y de profesores de todas las etapas del proceso y desarrollar propuestas que permitan mejorar esta actividad formativa y extenderla a otros cursos y asignaturas de la titulación de Grado de Medicina de la Universidad de Cantabria.

2. Marco teórico

2.1. La formación en las universidades y el conocimiento profesional

- La sociedad del siglo XXI y su relación con la Modernidad

El mundo en que ahora vivimos se encuentra inexorablemente unido a la tecnología, a la información y al conocimiento. En unos pocos años, la sociedad ha cambiado (y continúa haciéndolo) de manera vertiginosa debido a la imperiosa revolución científica y tecnológica de la que todos hemos sido testigos y, en gran parte, partícipes. La globalización, con el desvanecimiento de las fronteras entre ciudades, países e, incluso, continentes y la unificación de mercados, políticas, culturas, etc., se alza como uno de los fenómenos más determinantes en la historia de nuestra civilización.

Sin embargo, y a pesar de las promesas de un mundo unificado, la globalización y la revolución tecnológica no están exentas de mantener jerarquías y desigualdades pasadas o producir otras nuevas, que remiten al ideal modernista que en siglos precedentes, fruto de la Revolución científica, dividió a la sociedad, ya no por sistemas de clases, sino por meritocracias y tecnocracias. Con la Modernidad, el saber se convirtió en poder y, a pesar de las promesas de libertad, justicia e igualdad, la anterior división de la sociedad, realizada en base a la clase social y la dote (determinada desde el nacimiento), siguió presente con la única salvedad de que el determinante vertebrador de dicha ordenación era ahora el conocimiento. Y, actualmente, y a merced de la revolución tecnológica, está ocurriendo algo parecido: “la dominación no se ejerce y legitima ya sólo desde un mecanismo económico fundamental(capital/trabajo); involucra múltiples esferas del ámbito político y cultural, a través de la integración (o exclusión) por el consumo y el propio acceso al conocimiento” (Vázquez, 2002: 139).

Este intrincado periodo histórico-filosófico-social (Modernidad) tiene su origen en el desarrollo de una ciencia positivista que ha colocado al ser humano en el centro

del universo, antes dominado por cosmovisiones teocéntricas. La aparición de la ciencia marca un punto de inflexión en la historia. El positivismo significó una revolución en la forma de conocimiento y, por ende, en la forma de los hombres de enfrentarse al mundo: surge el hombre científico que se desliga de la supeditación a Dios y la interpretación mitológica del universo. Éste encamina sus esfuerzos a crear una nueva forma de racionalización que le permite un control absoluto sobre todo lo que le rodea, un mundo idílico aparentemente liderado por los ideales promotores que dieron sentido a la Ilustración del S.XVII: libertad, progreso y democracia. Tanto es así que se consideraba que la ciencia tenía las soluciones a todos los problemas, era la panacea, universal, inmutable, objetiva y equitativa. Era posible conseguir un conocimiento objetivo sobre la realidad y desarrollar una serie de valores que eran universales. El hombre era visto en la modernidad como un ser racional que tenía la capacidad de alcanzar, a través de la razón, unas cuotas insospechadas de progreso, siendo la forma de hacerlo la investigación científica (Kemmis, 1990).

Sin embargo, tras el primer impacto de la ciencia y la modernidad, la sociedad comienza a darse cuenta de la falacia que supone considerar a la ciencia como panacea de todos los problemas del mundo. Las personas no son más felices (trabajos alienantes- división del trabajo-, condiciones de vida estresantes...), la ciencia es productora de instrumentos tan aberrantes como la bomba nuclear, cada vez son más crecientes los conflictos internacionales y los problemas ecológicos... Así pues, ante la crisis de la modernidad comienzan a surgir críticas que darán lugar, a principios de los años 70, a la configuración de una nueva perspectiva científica, filosófica, social y cultural, donde la verdad absoluta a la que habíamos asistido anteriormente es sustituida por una relatividad cultural, científica e ideológica, llegando incluso a los peligros del “todo vale”: la Posmodernidad.

Este nuevo marco paradigmático considera que es necesario poner en valor otras perspectivas (distintas a las occidentales) que son igualmente válidas, abogándose por la necesidad de comenzar a cuestionarse que esos valores y visión del progreso quizá no sean los más adecuados, entendiendo que no tiene por qué haber un único conocimiento cierto. Tampoco este nuevo paradigma está exento de peligros, tanto o más espinosos que los anteriores, pero no es el tema que ahora nos ocupa pues, a pesar de los continuos cambios (buenos y malos) a los que se somete día a día la sociedad, la institución educativa y, muy en especial, la formación universitaria sobre la que se enclava este trabajo, se caracteriza por su desafortunado inmovilismo, siguiendo emplazada en los

principios obsoletos de la modernidad: el positivismo, la jerarquización, el control, la desvinculación respecto del espacio y el tiempo, la especialización, los conocimientos y profesiones de primera y de segunda categoría...

- **El saber especializado y performativo: la universidad.**

En este sentido, la universidad se ha constituido como la institución por excelencia en la que se ofrece formación en ese conocimiento especializado y restringido a los estudiantes y potenciales profesionales que tan valorado fue durante la Modernidad. Desde sus orígenes, la universidad se ha consolidado y constituido como una de las entidades de más valor y reconocimiento social, pero lo cierto es que, para los que la conocemos, no resulta difícil detectar un profundo y peligroso inmovilismo. Quizá, como señala Zabalza (2010), *la historia, las rutinas, los ritos y tradiciones, la consolidación de formas de hacer, la necesidad de mantener una imagen de institución antigua, cierta y noble ha ido provocando que se vayan adhiriendo a sus mecanismos de funcionamiento ciertos lastres, convirtiéndola en una institución poco proclive a los cambios*. Por eso, la tendencia tradicional de la universidad que, en demasiadas ocasiones, sigue aún prevaleciendo, ha sido la de anteponer el dominio y aprendizaje de un conocimiento teórico, científico y especializado, que ancla sus raíces en una ciencia básica, relegando las cuestiones prácticas, experienciales y aplicadas a un segundo plano siempre a expensas del trabajo y dominio de ese conocimiento básico.

Esta manera de concebir y organizar la enseñanza superior remite a esa racionalidad técnica que imperó durante los años 80 y que sigue vigente, a día de hoy, en demasiados centros de formación superior. La racionalidad técnica entendía que con la delimitación de unos objetivos claros y precisos y mediante la mera aplicación de conocimientos técnicos especializados, cualquier problema de la práctica era mecánicamente resoluble (Schön, 1998). La práctica profesional, se entiende, desde este enfoque, como reducible a un problema de selección de los medios adecuados. Es indispensable citar a Ralph Tyler, al que muchos consideran “padre” de los objetivos de la conducta, que estableció un modelo de educación radicalmente estructurado (pasos, objetivos –generales, específicos, operativos-, evaluación) a partir del modelo de planificación racional de las industrias (Ford y su cadena de montaje), en cuyo empleo basaba el éxito de cualquier proceso educativo.

Y la experiencia refleja que la misma concepción del conocimiento, el aprendizaje y la práctica se comparte muchas veces en la universidad, cuya preocupación fundamental descansa en la formación en ese conocimiento científico que parece considerarse indispensable y autosuficiente para un desarrollo eficiente de la práctica laboral en el futuro. Así es que la universidad enaltece la formación en un saber especializado¹ en consonancia con el ensalzamiento de la figura del especialista al que asistimos actualmente en la sociedad.

En este sentido, no todas las carreras universitarias y sus consiguientes profesiones tienen el mismo estatus en nuestra sociedad. En esta coyuntura, las humanidades se devalúan y ocupan una posición de segundo orden en favor de las carreras y profesiones que la sociedad identifica con un saber experto o especializado. Nathan Galzer (citado en Schön, 1998: 32) distingue entre:

- Profesiones principales, como son: medicina, derecho, ingeniería, empresariales. Son superiores en estatus. Tienen un fin claro, concreto, y operan en contextos institucionales estables. Son las profesiones que, por antonomasia, representan el conocimiento científico y tecnológico.
- Profesiones secundarias: educación, trabajo social... Dependientes de las disciplinas que son superiores en estatus. Sus fines, a diferencia de los de las primeras, son inestables y ambiguos, operando en contextos institucionales inestables y careciendo de una base de conocimiento sistemática y científica.

Noguera et al. (1998:99) apuntan que “los trabajos que no pudieron aplicar esa racionalidad tecnológica se vieron poco a poco rechazados como oficios, trabajos o artes, que requieren habilidad, pero sin base científica”.

Aunque conviene remarcar que el carácter científico es sólo uno de los aspectos que otorgan distintos estatus a las diferentes profesiones. Swain et al. (2003) añaden que las profesiones de más alto estatus o, como ellos las denominan, “higher professions”, se caracterizan por tener un campo propio de conocimientos y una jerga muy específica, separada de otros campos, que les dota de más autonomía de la deseable, fundamental

¹ Saber especializado: firmemente establecido, científico y estandarizado, con uniformidades suficientes en los problemas y en los mecanismos para resolverlos que se pueden establecer principios muy generales y aplicarlos, después, a los casos concretos. Los principios generales ocuparían un estatus alto mientras, los casos concretos, se situarían en un estatus más bajo (Schön, 1998).

para autorregularse y legitimar y mantener así su estatus y poder. Estas profesiones han estado tradicionalmente dominadas por los hombres, de raza blanca y de clase social privilegiada. Sin embargo, las profesiones de menor estatus, semi-profesiones o “lower professions”, suelen depender de otros campos de conocimiento y estar vinculadas con todo aquello que tiene que ver con el cuidado de los demás (enfermería, trabajo social, magisterio...), profesiones que, además, han estado, desde su aparición, fuertemente feminizadas.

En una revisión más actual, seguimos encontrando una preocupación considerable por la ruptura entre la vertiente científica y la humanística que, como advierten Borjas y Vílchez (2010), profesores universitarios en la carrera de ingeniería y que llevan años dando cuenta de los peligros de este falso divorcio, está dando lugar a la formación de clases sociales educativas. Dicha división, que comienza bien temprano desde la escuela, va acentuándose a medida que avanzamos en el trayecto educativo, llegando a su culmen en la formación universitaria donde los estudiantes son sometidos a un aislamiento absoluto de conocimientos, correspondientes únicamente a la formación técnico-teórica de su disciplina de estudio. Asistimos, por tanto, a una peligrosa separación de saberes y conocimientos en donde lo humanístico aparece claramente denostado, configurándose las ciencias como “*vehículo de intimidación*” (Borjas y Vílchez, 2009). En general, cuanto más abstracto es el trabajo que se realice, mayor es su estatus en el orden jerárquico académico; y cuanto más útil y aplicable a la práctica, menor es el estatus (Zeichner, 2010). Si bien este discurso pudiera parecer especulativo, la prueba fehaciente y empírica con la que constatamos esta clara discriminación se hace evidente si atendemos a la remuneración de las profesiones ligadas a carreras de corte tecnológico-científico, o profesiones principales, en contraposición con las de corte humanístico o secundarias.

Si analizamos el currículum universitario, también podemos comprobar cómo éste se organiza a merced de la ciencia básica en detrimento de sus aplicaciones en el mundo real. A pesar de que nuestra finalidad es la práctica, la teoría sigue ocupando un lugar y un tiempo honorífico en los planes de estudios universitarios, en perjuicio de una formación práctica que debiera ser proporcional a la teórica y que, sin embargo, suele quedar relegada a unos intervalos de tiempo reducidísimos y siempre a expensas de haber terminado con la “absolutamente necesaria” formación teórica. Las “habilidades” en el uso de la práctica vienen más tarde, cuando el estudiante ya ha aprendido la ciencia importante (Schön, 1998), siendo la formación en la carrera de

medicina un ejemplo representativo. Lo que suele ocurrir, en definitiva, ante esta desconexión entre teoría y práctica, es que recae en el estudiante la tarea de relacionarlas, lo que normalmente tiene lugar en los inicios de trayectoria laboral.

La supremacía de la teoría y la ciencia básica también es fácil de ver si atendemos a las relaciones institucionales que se establecen en la universidad y, muy especialmente, en el contexto educativo escolar, entre investigación y práctica. Los profesionales (o maestros) detectan y suministran a los investigadores problemas para estudiar. El investigador², a su vez, es el encargado de proporcionar soluciones. La transferencia de conocimientos sucede de arriba abajo, donde las universidades se configuran como expertos externos independientes de los centros educativos (Zeichner, 2010).

La cultura tecnocrática instaura el *criterio técnico de la decisión* (Vázquez, 2002), que aunque se esfuerce por aparentarlo, en absoluto es aséptico y desligado de una ideología y valores. De este modo, y en palabras de Vázquez (2002), hay en la universidad una tendencia a concebir el conocimiento únicamente como un problema de planificación y organización, con el consiguiente alejamiento de su compromiso social, fruto de la indiferencia ética y de la opción por la salida técnica. De igual manera, Brockbank y McGill (2002:45) advierten de la “primacía de la razón sobre la emoción, del pensador sobre el operador y de la transmisión de saberes y destrezas, de arriba abajo, del “experto” a los seres de menor categoría a quienes se conoce como aprendices. El saber predominante mantiene la adquisición de datos y destrezas como el resultado importante del aprendizaje, a menudo con exclusión de la emoción y la acción”. No es coherente lo que los docentes universitarios propugnan con lo que hacen y promueven en realidad. El discurso explícito, en la actualidad contando con gran auspicio del plan Bolonia en España, aboga por el desarrollo de aprendices independientes, autónomos, creativos y críticos, capaces de cuestionar paradigmas y discutir el saber recibido. Sin embargo, la realidad y el currículum oculto van en otra dirección. El trabajo habitual en la universidad, con la preeminencia de las clases magistrales y la evaluación mediante exámenes, valoran, en realidad, la repetición y la reproducción, dejando de lado, además, aspectos morales, éticos y políticos del trabajo de los profesionales (Zeichner, 2010).

² Afortunadamente, el concepto de investigación-acción se escucha cada vez más en los contextos universitarios y escolares y parece que la distancia entre los escollos de teoría y práctica, de investigadores y profesionales es, cada vez, más pequeña. Con este trabajo, pretendemos estrechar esos lazos todavía más.

- **Limitaciones del conocimiento científico y especializado:**

A tenor de la ineficacia constatada para solucionar muchos problemas y su capacidad para crear un sinfín de ellos nuevos y de mayor envergadura (problemas públicos, crisis nacionales, contaminación, malversación del conocimiento en su propio interés, corporativismo...), de unos años a esta parte se está empezando a desconfiar de los profesionales de clase estatus superior y del conocimiento especializado y técnico (Schön 1998) que los ha legitimado durante tanto tiempo, situando en el punto de mira a la institución que, por antonomasia, ha sido encargada de transmitirlo: la universidad.

Este autor también advierte de las limitaciones de un conocimiento profesional que es estático y se aviene mal al carácter cambiante de las situaciones prácticas reales, cuyas características complejas e idiosincráticas hacen difícil, en muchas ocasiones, esa mera aplicación o ejecución técnica de la teoría que propugnaba la racionalidad técnica. Así es que la incertidumbre, el carácter único, la inestabilidad y el conflicto de valores propios de la práctica son muy molestos para la epistemología positivista, que ha tendido a ignorarlos, atrapando en un enorme dilema a los profesionales que se atrincheran en ella: “su definición del conocimiento profesional riguroso excluye los fenómenos que han aprendido a ver como centrales para su práctica”.

Queda patente, por todo lo argumentado, la ineludible necesidad de repensar y reorganizar la formación universitaria para que exista mayor sintonía entre la formación de los profesionales y la realidad en la que éstos van a desenvolverse, formación que debe ser versátil y adaptada a las distintas realidades sociales, económicas, culturales y tecnológicas de nuestros tiempos. Merece la pena citar algunos principios declarados por la UNESCO en la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI (1998) y la Conferencia Mundial sobre la Educación Superior (2009) que claman: por una formación a los estudiantes para que se conviertan en ciudadanos con actitud democrática, bien informados y profundamente motivados, provistos de un sentido crítico y capaces de analizar los problemas de la sociedad, buscar soluciones para los que se planteen a la sociedad, aplicar éstas y asumir responsabilidades sociales; por su

consideración como participantes esenciales y protagonistas responsables del proceso de renovación de la enseñanza superior; contribuyendo no sólo a proporcionar competencias sólidas para el mundo de hoy y de mañana, sino también a la formación de ciudadanos dotados de principios éticos, comprometidos con la construcción de la paz, la defensa de los derechos humanos y los valores de la democracia.

2.2. El conocimiento práctico y reflexivo

- El aprendizaje reflexivo

El conocimiento teórico y/o especializado no es, ni mucho menos, desdeñable y, en efecto, ha de constituir una parte muy importante de la formación de los futuros profesionales. Sin embargo, no es suficiente para hacer frente al conjunto de situaciones diversas y complejas que van a presentarse a lo largo de la trayectoria laboral de cualquier profesional.

Hay infinidad de cuestiones prácticas que, como señala Schön, escapan a la racionalidad técnica y que él denomina “zonas indeterminadas de la práctica” (1992). Este autor, como señalamos en el apartado previo, entiende que cada caso es único, contextualizado, fruto de un conjunto de relaciones específicas que sólo se dan en ese contexto y, por ello, es necesario reflexionar, inventar y probar estrategias para esa situación concreta. Se torna, así, indispensable dejar atrás planteamientos técnicos y descontextualizados que separan los conocimientos de la acción misma que los dota de sentido.

Para salvar la separación ficticia que desde la tradición universitaria y formativa se ha establecido entre conocimiento y práctica, Schön y muchos otros autores, a los que haremos referencia, abogan por la formación de “profesionales reflexivos”, esto es, profesionales que reflexionen desde la acción y se conviertan así en investigadores en el contexto práctico. Se trata de que, con la base procedente del acervo de conocimientos científicos y técnicos que se estudian en la universidad y el entrenamiento práctico y reflexivo de los potenciales profesionales en contextos reales o que emulen a esa realidad, los estudiantes-profesionales sean capaces de construir sus propias teorías para los distintos casos únicos e irrepetibles.

Antes que este autor, un clásico entre los clásicos, John Dewey, reclamaba la necesidad de formar profesionales que fueran reflexivos y asentaba las bases de un pensamiento ligado a la reflexión. Para Dewey (1989), el pensamiento reflexivo tiene su origen en situaciones ambiguas, conflictivas, que presentan un dilema, que suponen varias alternativas. Son situaciones de duda e incertidumbre, esas que Schön (1992) denomina “zonas indeterminadas de la práctica”.

En esta misma línea, Elliot (1991), (citado en Zeichner, 2011) entiende que:

“Mejorar la práctica... implica necesariamente un proceso continuo de reflexión por parte de los profesionales [...]. Pero, dado que los juicios personales en principio son cuestionables hasta el infinito, los profesionales que sinceramente quieren mejorar su práctica también tienen la obligación de reflexionar sobre ellos mismos de forma continua e in situ. Los valores están infinitamente abiertos a la reinterpretación a través de la práctica reflexiva; no se pueden definir como referencias fijas e inmutables con las que medir las mejoras conseguidas en la práctica. La idea que el profesional reflexivo tiene de los valores que intenta llevar a la práctica se transforma continuamente en el proceso de reflexión sobre estas intenciones...”

Dewey (1989) distingue, asimismo, cinco fases del pensamiento reflexivo:

1. **Sugerencia:** ante una situación dilemática, la mente avanza una posible solución. La idea de qué hacer cuando nos encontramos en un aprieto es un sustituto de la acción directa. Es un modo de acción vicario, anticipativo.
2. **Intelectualización:** la dificultad se localiza y se define, se va convirtiendo en un auténtico problema, en algo intelectual.
3. **La idea conductora, hipótesis:** la primera sugerencia tiene lugar espontáneamente, viene de manera automática a la mente. Sin embargo, en la medida en que definimos una dificultad, vamos definiendo también esta idea. Los hechos o datos plantean el problema ante nosotros y la comprensión del problema corrige y modifica la sugerencia original, convirtiéndola en una suposición definida o hipótesis.
4. **Razonamiento:** la aceptación de una sugerencia en su primera forma resulta imposible cuando se la considera más detenidamente. Las conjeturas que a primera vista parecían plausibles se muestran inadecuadas cuando se consideran

todas sus consecuencias. El razonamiento contribuye a proporcionar términos intermedios que unifiquen elementos que en un principio parecían estar en conflicto. Marcelo (1987) añadiría a este respecto que la decisión entre las distintas alternativas posibles tiene lugar tras la estimación subjetiva de la situación en función de componentes afectivos, cognitivos y sociales, así como la valoración del resultado esperado. De este modo, ante situaciones iguales y en contextos semejantes, dos personas pueden tomar distintas decisiones en función de sus valores, creencias o “conocimiento práctico”.

5. **Comprobación de la hipótesis:** comprobación por medio de la acción directa. Si se comprueba que los resultados experimentales coinciden con los teóricos, la confirmación da lugar a una conclusión. Aunque no siempre existe esa confirmación, ya que a veces las consecuencias no refutan nuestra hipótesis. Sin embargo, esto no supone en absoluto un fracaso, pues la persona puede aprender de ellos también.

Un esquema parecido proponen Osterman y Kottkamp (1993), para quienes el aprendizaje es un proceso cíclico de cuatro estados que se relacionan dialógicamente:

- **Situaciones concretas:** el aprendizaje comienza cuando en la práctica se nos presentan situaciones problemáticas o indeterminadas. A pesar de ser muchos los tipos de problemas y las formas de hacerse consciente de ellos (tú mismo, por otros...), todos tienen algo en común: motivan al profesional a examinar la práctica y recoger información que les permita identificar qué es lo que no ha ido bien, lo que ha causado esa disonancia o problema.
 - Aquí cabe reseñar la dificultad para identificar los problemas, que suelen atribuirse a fracasos y señales de incompetencia. Por ello, una de las grandes finalidades de las *prácticas reflexivas* es animar y enseñar a los profesionales a descubrir sus problemas en la práctica.
- **Observación y análisis:** fase de recogida de información, focalizando la atención en la práctica en acción. Hay que tener en cuenta tanto aspectos cognitivos como emocionales, ya que nuestras acciones en la práctica (y conocimiento en la acción) están motivadas por ambas. Por ello, recoger información sobre: creencias, valores, intenciones, actitudes, sentimientos, ideas y acciones. Una vez recogida la información, **reflexionamos** sobre ella. Es un

proceso que puede llevarse a cabo de manera individual, pero muchas veces es difícil desarrollar una perspectiva crítica sobre nuestro propio comportamiento, por lo que el análisis y reflexión de manera colaborativa puede ser mucho más fructífero para nuestro aprendizaje.

En las fases anteriores, el problema se había configurado como algo intuitivo, un instinto sobre que algo iba mal o podría ir mejor. En esta fase, sin embargo, el problema comienza a definirse y clarificarse y comenzamos a ver nítidamente las discrepancias, incongruencias y fallos que lo han desencadenado.

- **Reconceptualización abstracta:** en esta fase pensamos nuevas formas de pensar y actuar, nuevas teorías o conocimientos en acción. Supone una búsqueda activa de nuevas estrategias, direcciones y restructuración de la situación. De nuevo este proceso será mucho más rico si se realiza colaborativamente.
- **Experimentación activa:** esta fase completa el ciclo. La experimentación produce una nueva experiencia concreta y el proceso de aprendizaje comienza otra vez, pero con una diferencia: nuestras habilidades de reflexión y nuestra auto-consciencia se han desarrollado, y somos ahora más habilidosos para recoger información.

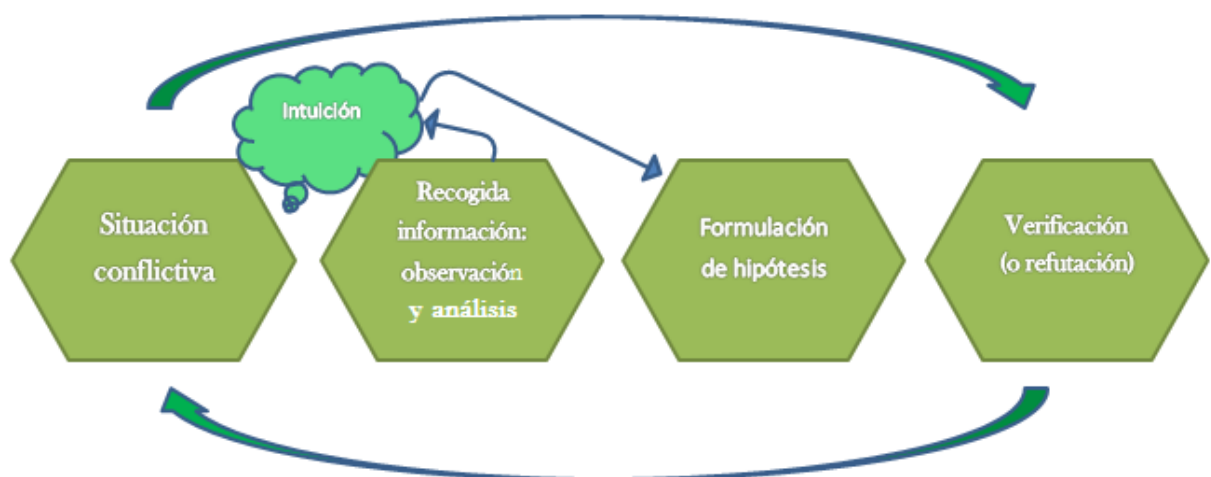


Figura 1. El proceso de pensamiento reflexivo.

La reflexión, como puede observarse, no consiste en una serie de pasos o procedimientos racionales, estructurados y lógicos. Supone, más bien, una forma global

de atender y responder a los problemas, involucrando de manera ineludible a los autores implicados (Flores, 2004). Schön (1998) sostiene, a su vez, que esos procesos de toma de decisiones que en muchas ocasiones carecen de lógica son realizados de un modo espontáneo, sin ser capaces de establecer las reglas o procedimientos que seguimos. Está aludiendo, de este modo, a un conocimiento implícito, intuitivo, desarrollado a través de la experiencia en diversas “zonas indeterminadas de la práctica”.

Este autor denomina “*conocimiento en la acción*” a este conocimiento de la práctica, generalmente tácito, que revelamos a través de nuestra ejecución espontánea y que puede ser explicitado gracias a la observación y reflexión. Se construye y reconstruye desde la práctica, es dinámico y situacional, difícilmente reductible a reglas y procedimientos.

De este modo, cualquier sujeto, en el desempeño de su labor profesional (maestro, médico, arquitecto, administrativo...), valora de manera constante las situaciones idiosincráticas a las que tiene que hacer frente: analiza la información, toma decisiones, las lleva a cabo y observa las consecuencias de esas decisiones. Como vemos, esa formación teórica y tecnicista que predomina en las universidades no se sostiene si analizamos la cantidad de situaciones complejas y diferentes que se presentan en la práctica laboral de manera continua y para las cuales el profesional, a la luz de una infinidad de cuestiones como las que hemos ido señalando (experiencias previas, intuición, componentes éticos y morales, personas involucradas...), y no sólo los conocimientos teóricos, debe “inventar” una solución ad-hoc, que puede tener los efectos deseados o no, pero sea cual sea el resultado, va a constituir una oportunidad para aprender. Por tanto, es necesario que la universidad ceje en su obstinación por los aspectos meramente teóricos y técnicos y comience a preocuparse por la formación de profesionales reflexivos que puedan desenvolverse con éxito en un mundo laboral que va a estar marcado por la toma de decisiones continua.

Marcelo (1987) realiza una consideración similar sobre el profesorado, al que considera como agente que toma decisiones, reflexiona, emite juicios, tiene creencias, actitudes, etc. que guían y orientan su conducta. Hasta ahora, se los había considerado como meros técnicos. Este autor, en la misma línea que los anteriores, aboga por la necesidad de alejarnos de principios positivistas en educación.

- **La formación reflexiva y experiencial: Practicum y ABP**

El papel de los alumnos y la concepción del aprendizaje que asume la universidad deben dar un giro de ciento ochenta grados. Algunas características de un aprendizaje práctico y reflexivo, en contraposición con la formación tradicional que tiene lugar en las universidades, descritas por Osterman y Kottkamp (1993) y sintetizadas en este cuadro:

	Tradicional	Reflexiva
Professor	• Experto • Centro del aprendizaje • Transmisor de información	• Colaborador • Co-constructor de conocimientos y aprendizajes • Facilitador, guía
Alumnos	• Receptores pasivos • Recipientes que llenar con un conocimiento objetivo y externo (especializado)	• Participantes activos de su aprendizaje
Técnicas	• Clases magistrales (sentarse y escuchar)	• Trabajo en grupos • Discusión • Investigaciones • Preguntas
Finalidad	• Se supone que su última es mejorar la práctica • Inmediata: la adquisición de conocimiento	• Mejorar la práctica, para lo que echarán mano de un conocimiento significativo para el alumno, no un conocimiento per sé-
Suposiciones	• El conocimiento da lugar a buenas prácticas • Dimensión racional.	• La mejora de las prácticas tiene lugar mediante la toma de conciencia de las mismas (y de los conocimientos desde la acción). Lo que lo motiva: cuando la práctica no alcanza su objetivo, cuando hay un problema. • Dimensión racional y

		emocional.
Contenido	• Conocimiento no es personal, ya está “descubierto” y listo para que otros lo adquieran. • Especializado, estandarizado, científico. • Práctica secundaria y subordinada a ese conocimiento. Relación implícita. Separadas, distintas, desiguales.	• Conocimiento en la acción, conocimiento personal, conocimiento como proceso. • El conocimiento es sólo útil cuando permite tomar conciencia de la práctica. • Teoría y práctica interdependientes, una alimenta a la otra y viceversa.
Proceso	• Profesor tiene un rol dominante, transmisor. • Alumno pasivo, subordinado • Relación asimétrica, vertical, no comunicativa. • Aprendizaje molecular, fragmentario. Individual.	• Profesor como guía y facilitador. • Profesor y alumno colaboran y comparten tareas. • Aprendizaje holístico y contextualizado. Colaborativo.

Figura 2. Características del aprendizaje práctico y reflexivo.

Para el desarrollo de unos estudios superiores que recojan todos los aspectos necesarios para la formación de un profesional reflexivo que hemos ido señalando, Schön (1992) propone una formación tutorizada y un aprendizaje en la acción a partir de un *Practicum Reflexivo*, que permita a los universitarios el aprendizaje a través de la acción, de la reflexión durante y después de la acción y el diálogo recíproco entre el tutor y el aprendiz.

Como señala Zabalza (2011), los *Practicum* emergen con cierta vacilación, desde hace unos años, en algunas carreras. Normalmente, estas iniciativas surgen a cargo de aquellos estudios superiores de ciclo corto referentes a las profesiones que tradicionalmente se han considerado secundarias y de menor estatus (enfermería, magisterio, trabajo social, etc.), mucho más relacionadas con el mundo práctico. Sin

embargo, sigue acuciando el desafío teórico-práctico de integrar trabajo y mundo de vida, sujeto laboral y saber productivo en todas las carreras universitarias (Fernández, 2009), especialmente en aquellas que normalmente han estado fuertemente arraigadas en la teoría y la tradición tecnicista y han tendido a desconectarse y desdeñar el mundo de la práctica.

En este sentido, como apunta Fernández (2009), los nuevos diseños curriculares deben intentar articular y armonizar los aprendizajes experienciales con las estructuras del mundo de la vida del sujeto. Es necesario apostar por una formación que florezca a partir de situaciones reales de trabajo. La pertinencia no radica en *seleccionar una técnica pedagógica sobre otra, sino en encontrar mecanismos en los que tanto el aprendizaje del aula y el de la experiencia puedan ser conectados y empleados para su óptimo provecho* (Grzelkowski, 1986: 111) (citado en Marhuenda, 2001: 3). En definitiva, la formación dependerá, en esta nueva era formativa, de la relación que se establezca entre el sujeto y las situaciones experienciales.

La línea argumentativa de esta compilación teórica ya ha dejado patente la falta de sentido de una formación dirigida al desempeño profesional que se distancie o desvincule, precisamente, de la experiencia o de la práctica que la dota de sentido, si bien es cierto que tampoco debemos desatender la reflexión que, de manera indefectible, debe ir ligada a la acción. Acción y reflexión son, en este sentido, dos caras de una misma moneda por la que se torna necesario pujar en unos tiempos en los que la formación universitaria arraigada en la tradición positivista ha quedado obsoleta. Pero, como hemos señalado, no se trata de que el aprendizaje experiencial sustituya al académico, sino de que ambos se complementen, se conjuguen, encuentren nuevas maneras de relacionarse con un verdadero sentido, con un equilibrio adecuado.

En esta línea, Kolb (1984) (citado en Zabalza, 2011: 28) conjuga, en su teoría del *aprendizaje experiencial*, el valor de la actividad directa (la práctica) y el valor de la reflexión. Este modelo parte de una experiencia real y concreta a la que el estudiante ha de enfrentarse y en la que participa activamente. Acción y reflexión se complementan continuamente y dan lugar a generalizaciones, que permiten enfrentarse de manera más fundamentada a nuevas situaciones experienciales y éstas, a su vez, posibilitan unas mejores conclusiones y optimización de esas generalizaciones inicialmente extraídas. De este modo, el aprendizaje a partir de la reflexión sobre la experiencia práctica no sólo transforma los modelos de acción, sino que hace surgir nuevos saberes en y de la acción misma. El práctico se comporta así como un investigador, construyendo,

primero, una problemática, formulando después una hipótesis y actuando en consecuencia y analizando los resultados de su acción, que culminarán en la verificación (o refutación) de esa hipótesis (Schön, 1998).

Oser y Baeriswyl (2001), (citado en Zabalza, 2011: 29), analizan el Practicum de las distintas carreras universitarias en términos similares, combinando la experiencia directa y la reflexión, la teoría y práctica. Estos autores proponen una serie de secuencias para que se produzca un aprendizaje significativo a partir de la experiencia:

- a) *anticipación del plan de acción a desarrollar* (pensar en lo que se va a hacer, observar, colaborar, participar, diseñar, manipular, construir, resolver, etc.) y los problemas previsibles.
- b) *realización de las actividades previstas* en los correspondientes contextos.
- c) *construcción del significado de la acción* a través de un intercambio comunicativo (contar lo que se ha hecho y por qué).
- d) *generalización de la experiencia* a través de la identificación de los elementos comunes en las experiencias de diversos sujetos.
- e) *reflexión sobre experiencias similares* existentes en la bibliografía, en lo explicado en clase, en los libros de texto, en bases de datos, Internet, la literatura, etc.

En el entramado acción-reflexión de los Practicum, las emociones van a jugar un papel fundamental. Verse involucrados en una situación real de ejercicio profesional, tener que enfrentarse a las demandas de otras personas, adaptarse a las reglas del trabajo y a las exigencias del contexto de prácticas, etc., suponen una implicación personal mucho más profunda que atender unas explicaciones en clase (Zabalza 2011). Cuando una persona se enfrenta a una situación práctica real, cuando ha de relacionarse con otros sujetos y/o actuar en situaciones que pueden resultar conflictivas, como ocurre en el Practicum, las variables personales y el componente emocional afloran de una manera mucho más intensa que en el decurso de la formación tradicional que tiene lugar en la universidad. El Practicum constituye, de esta manera, una gran oportunidad para hacerles enfrentarse consigo mismos, con sus puntos fuertes y también débiles. Pero no hay que quedarse ahí y relegar toda la importancia del Practicum a la dimensión emocional, como actualmente pasa con los Practicum de muchas carreras universitarias, por ejemplo en Magisterio. Como dice Zabalza (2011), se debe reorientar y reenfocar constantemente el sentido del Practicum: ayudar a que los estudiantes se enfrenten con

las otras dimensiones de las tareas y problemas que están presentes en su trabajo y a ayudarles a buscar esas conexiones entre la teoría y la práctica, entre los estudios de la Facultad y lo que están viendo y haciendo en el Practicum, entre la docencia y la investigación, entre el trabajo en las aulas y el que se lleva a cabo fuera de ellas, entre los componentes académicos con los profesionales, los conocimientos con las habilidades, actitudes y valores...

Guardando gran relación con el aprendizaje experiencial fruto de la sinergia entre teoría, práctica y reflexión que hemos descrito, cabe citar una metodología de enseñanza que nace en el contexto clínico en las décadas de los 60 y 70, ante la ineficacia de la formación tradicional en medicina (atrincherada en clases magistrales expositivas), en varias universidades norteamericanas: el Aprendizaje Basado en Problemas o ABP.

McGrath (2002) (Fernández, M. et al., 2006: 398) lo definen como un “*método de aprendizaje en grupo que usa problemas reales como estímulo para desarrollar habilidades de solución de problemas y adquirir conocimientos específicos*”.

En este enfoque se propone una situación inicial que plantea un problema, una cuestión ambigua, conflictiva, dilemática; una situación que recuerda al concepto de “zona indeterminada de la práctica” acuñado por Schön. Algunas de sus características, apuntadas por Morales y Landa (2004) y Barret (2005), (citado en Solaz-Portolés et al., 2011: 179), son:

- El aprendizaje está centrado en el alumno. Tiene la responsabilidad en su propio proceso enseñanza-aprendizaje.
- Los profesores actúan como facilitadores o guías: plantean preguntas a los estudiantes que les ayudan a cuestionarse y encontrar por ellos mismos la mejor ruta de entendimiento y manejo del problema.
- Los problemas forman el foco de organización y estímulo para el aprendizaje: el problema representa el desafío que los estudiantes enfrentarán en la práctica y proporciona la relevancia y motivación para el aprendizaje.
- Promueve la metacognición y el aprendizaje autorregulado.
- Sitúa a los estudiantes en un papel de profesionales activos que intentan resolver un problema o situación próxima a la realidad.
- Requiere de conocimientos integrados e interdisciplinarios, forma al estudiante para la vida real y genera responsabilidad para asumir sus retos.

El ABP parte, de esta manera, del contexto laboral inmediato y la problemática real que de él se deriva, instaurándose como otra metodología de enseñanza-aprendizaje que acerca a esa formación práctica y en estrecha relación con el mundo laboral real al que los estudiantes y potenciales profesionales van a enfrentarse el día de mañana.

- **El uso de la simulación en contextos educativos universitarios**

Los mundos virtuales pueden constituir contextos útiles para la experimentación, ya que se configuran como mundos representativos de la práctica. De este modo, los aprendices se ven involucrados en experiencias que simulan la práctica, pero sin las presiones, distracciones y riesgos que tienen las situaciones reales. Y dicha práctica desarrolla la capacidad para la reflexión en la acción (Schön, 1992).

Las simulaciones aún son poco utilizadas en la educación superior (la literatura escrita a este respecto es limitadísima), pero están actualmente en pleno apogeo y abanderando muchos cambios educativos, siendo su utilización especialmente reseñable en los contextos médicos de formación.

Marhuenda (2001) subraya que la formación con el uso de la simulación se inicia en Gran Bretaña, a mediados de los años sesenta, de la mano de la educación empresarial con el lanzamiento de las miniempresas (*Young Enterprise*) en 1963, y la posterior aplicación del juego de casos (*Business Games*). Las características que, según este autor, debe tener la educación a través de simulación:

- ha de representar alguna situación real de algún tipo (ha de suponer una simplificación de la realidad, concentrándose en lo esencial y acelerando el desarrollo de ésta).
- debe ser operativa y constituir un modelo de trabajo
- ha de implicar activamente a los participantes, que deben poder aplicar los conceptos y conocimientos aprendidos, de manera que puedan tener el control sobre su propio proceso de aprendizaje
- un componente importante es la presión del grupo de iguales para realizar las tareas y el potencial de transformación de la relación profesor-alumno.

Como señala Schön (1992), es importante combinar el aprender haciendo de los alumnos con sus interacciones con los tutores y los otros compañeros; debe realizarse, además, especial énfasis en las “zonas indeterminadas de la práctica” y el diálogo reflexivo que ha de tener lugar entre componentes de la situación, ya que el análisis y crítica juegan un papel protagonista a la hora de producir un pensamiento reflexivo y aprendizaje. Asimismo, es esencial que sean los propios prácticos, los profesionales que día a día se enfrentan a esa diversidad y complejidad de situaciones que tienen lugar en la práctica, quienes diseñen y construyan esas simulaciones: son quienes mejor pueden definir los problemas y configurar las situaciones para ajustarlas a sus métodos y a su conocimiento profesional.

2.3. El aprendizaje mediante simulación en contextos médicos

- Origen y definición de la simulación como herramienta formativa:

El aprendizaje a través de la simulación en contextos clínicos, aunque novedoso, tiene una trayectoria ampliamente consolidada en algunas universidades y hospitales norteamericanos de remarcado prestigio (Universidad de Harvard, de Stanford, de Florida, de California...), donde, en las últimas dos décadas, el uso de la simulación se está generalizando de forma progresiva y la investigación en este campo se encuentra en pleno apogeo, entendido como una forma de mejorar la formación de los profesionales de la salud en todas las etapas de su formación como profesionales, de favorecer la seguridad de los pacientes y de evitar los errores médicos (Palés y Gomar, 2010).

En España, en los últimos años, estamos heredando los modelos surgidos en Estados Unidos y la educación en base a la simulación comienza a cobrar importancia en la formación médica universitaria, si bien es necesaria una investigación más profunda y una práctica más persistente y estructurada que permita aludir a un verdadero afianzamiento de su uso en la formación estudiantes clínicos, residentes e, incluso, la formación continua de médicos con una larga trayectoria profesional. Vázquez (2007) resalta la proliferación de instancias en España que han emprendido el uso de la simulación, con especial mención al Hospital Virtual de Valdecilla, localizado

en Cantabria, y que representa una alianza entre servicios hospitalarios e Instituciones extrahospitalarias.

Respecto a los orígenes de la utilización de la simulación como herramienta formativa, muchos autores (Galindo y Visbal, 2007; Takayasu et al., 2006; Friedrich, 2002) señalan que el contexto clínico no es completamente pionero. De hecho, el entrenamiento con simulación se ha venido utilizando en todas aquellas profesiones u oficios que requieren alta responsabilidad, destreza, control y prevención, que permitan evitar o corregir situaciones de alto riesgo que podrían culminar en accidentes catastróficos. De este modo, encontramos una larga trayectoria en el uso de la simulación para la formación de los profesionales en la aviación, la milicia, la astronáutica o la ingeniería nuclear. En este sentido, Friedrich (2002) asemeja la constante toma de decisiones que tiene lugar en un quirófano a las situaciones de crisis a las que los pilotos de aviones han de enfrentarse en la cabina de mando. Por ello, la simulación en medicina fue desarrollada de la misma manera que el entrenamiento de los pilotos para prepararles para eventos críticos en aviación.

Además, la formación con simulación en el contexto sanitario fue originariamente desarrollada para entrenar a los anestesiólogos en prácticas de alto riesgo (Palés y Gomar, 2010). Con el paso de los años, sin embargo, se encuentra en expansión y está siendo utilizada para cada vez más variedad de especialidades médicas.

A continuación, dos definiciones de simulación médica acuñadas por distintos autores:

“Educación médica basada en las simulaciones que en sentido amplio podríamos definir como cualquier actividad docente que utilice la ayuda de simuladores con el fin de estimular y favorecer el aprendizaje simulando en lo posible un escenario clínico más o menos complejo” (Ziv, 2008).

Vemos cómo esta definición resalta la importancia y el valor de la simulación como herramienta educativa en tanto en cuanto es capaz de recrear, gracias a los elementos virtuales, los escenarios y situaciones clínicos del tipo y nivel que se consideren necesarios, sustituyendo las verdaderas experiencias por prácticas dirigidas que reproduzcan los aspectos más importantes de una situación real. Además, como apuntan Galindo y Visbal (2007), la simulación permite al estudiante corregir y repetir

la experiencia cuantas veces sea necesario, para llegar a desarrollar una serie de habilidades que permitan un actuar profesional más diestro.

“La simulación con fines pedagógicos consiste en la utilización de diversos métodos de réplica artificial de fenómenos, procesos o situaciones del mundo real con el fin de lograr un objetivo académico establecido” (Gómez, 2004).

Esta definición añade un elemento que no encontramos en la anterior: la necesidad de programar y estructurar al máximo las experiencias de simulación dentro del plan de estudios, identificando de manera clara cuál es su pertinencia con las necesidades y requerimientos de cada plan, el momento del proceso de enseñanza-aprendizaje en el que debe ubicarse, los objetivos académicos buscados con cada ejercicio de simulación, su relación con los diferentes tipos de saberes y su utilidad dentro de las estrategias evaluativas (Gómez, 2004). En definitiva, el papel de la simulación dentro del plan de estudios no es asunto baladí y para que tenga un verdadero sentido formativo que evite una aplicación anecdótica y carente de utilidad debe ser claramente definido y reevaluado constantemente a la luz de unas necesidades y objetivos académicos.

En cuanto a las ventajas, hablando en términos educativos, Gómez (2004) y Ziv y Berkenstad (2008), señalan las siguientes:

- La simulación como un imperativo ético: la tensión entre la necesidad de realizar preparación con pacientes y el riesgo potencial de daño por falta de destrezas adecuadas. La simulación, en este sentido, posibilita un ambiente seguro de entrenamiento sin riesgo.
- Diversidad de escenarios susceptibles de ser objeto de simulación, permitiendo, incluso, la replicación de los casos más inusuales.
- Posibilita repetir intensivamente los procedimientos hasta lograr el objetivo académico planteado.
- Se pueden permitir errores y realizar seguimiento de los mismos. Además, pueden utilizarse los errores cometidos y las grabaciones de los mismos como pretexto de discusión de sesiones académicas posteriores.

- Los participantes pueden ver los resultados de sus decisiones y acciones, pues la simulación permite grabar las sesiones con el fin de realizar un análisis y evaluación posterior del proceso.
- Permite feedback de compañeros y de otros docentes, tanto a tiempo real como tras la simulación y en el momento en que tiene lugar la revisión del registro audiovisual.
- Posibilita entrenar en grupo: trabajo en equipo.
- Permite un aprendizaje más lúdico, un modo más activo y recreativo de adquisición de conocimientos.
- Aumentar confianza del profesional.

Podríamos proseguir con listados de ventajas de varios autores más pero, como puede cotejarse con el análisis realizado por los dos citados, son especialmente cuatro los ámbitos esenciales que toda la literatura señala como puntos fuertes de una formación basada en la simulación: una formación orientada al que aprende, respetando su ritmo y necesidades individuales; el error entendido como una oportunidad para aprender en lugar de un fracaso y, en el caso de los contextos clínicos reales, además, de una negligencia médica que pone en riesgo la vida del paciente; los beneficios de recibir feedback de otros compañeros y docentes, así como ser capaces de autoevaluar el propio comportamiento gracias al análisis posterior de la grabación de la actuación y, por último, y no menos importante, el desarrollo de habilidades interpersonales y de trabajo en equipo.

Sin embargo, también conviene resaltar algunas limitaciones, como las que recoge Gómez (2004), si bien es cierto que los beneficios de la simulación en entornos formativos compensan con creces estos puntos flacos:

- Altos costos
- Manejo inapropiado puede dar lugar a la desensibilización de los practicantes ante situaciones reales
- La simulación imita, pero no reproduce exactamente la realidad.
- El comportamiento de los participantes en actividades simuladas puede no ser igual al que se asumiría en una situación clínica real.

- **El elemento promotor de aprendizaje dentro de la experiencia de simulación: la reflexión o debriefing.**

Ya hemos señalado que las experiencias que se llevan a cabo en las prácticas de simulación clínica simulan y simplifican la práctica eliminando las distracciones, riesgos y presiones que se dan en el mundo real, lo que teniendo en cuenta lo embrollado y delicado de la práctica médica, cobra en este contexto especial relevancia.

Sin embargo, donde reside el corazón e impulso al verdadero aprendizaje es en la fase que prosigue a la simulación per se, en la que se dialoga y reflexiona junto con el profesor y el resto de alumnos implicados sobre lo acontecido durante dicha simulación, la fase de “debriefing”.

El proceso de debriefing implica una reflexión guiada y estructurada sobre lo sucedido durante la simulación. En ella los alumnos y el profesor reflexionan de forma crítica sobre lo ocurrido. Es un proceso que proporciona a los estudiantes la oportunidad de analizar la experiencia emocional y la toma de decisiones acontecida durante el cuidado de los pacientes. También es una herramienta útil para promover el trabajo de equipos clínicos interprofesionales. Sin embargo, si bien hay consenso en la literatura en cuanto a que el debriefing es uno de los elementos esenciales del aprendizaje experiencial, no existe evidencia empírica que apoye un modelo de debriefing sobre otro (Morse, 2012). Sí se ha propuesto que el aprendizaje más significativo o más profundo se produce cuando se utiliza un debriefing estructurado y facilitador.

Así es que este TFM explorará el efecto de un modelo estructurado de debriefing que se ha denominado: *Debriefing with Good Judgement* (Rudolph et al, 2006; Rudolph et al, 2007).

A este respecto, Rudolph et al. (2006), que han entrenado a casi doscientos educadores médicos y dirigido unos tres mil debriefings, documentan y conceptualizan el método de la siguiente manera:

En primer lugar, entienden que la “Práctica Reflexiva” que hemos definido en este marco teórico tiene como misión explicitar aquellas asunciones y marcos mentales que dirigen y determinan la acción profesional, de manera que dichos profesionales sean capaces de generar una autoconsciencia sobre lo que hacen y autocorregir y optimizar sus habilidades y prácticas profesionales. Estos patrones mentales internos se hacen visibles a través de las acciones. Por tanto, el objetivo fundamental de los profesores

durante el debriefing es ayudar a los estudiantes manifestar y explicitar estos modelos, analizando y reflexionando sobre su impacto en las acciones y coadyuvando, de este modo, a reestructurar o crear unos nuevos que optimicen la práctica profesional.

Distinguen tres maneras diferenciadas de orientar el debriefing, de las cuales sólo vamos a centrarnos en la considerada más adecuada y deseable: “Debriefing with Good Judgment Approach”. En esta aproximación se examinan tanto las asunciones del profesor como las de los estudiantes, ya que ambos pueden tener el conocimiento o estar equivocados. Se trata de indagar el porqué de las actuaciones y de las decisiones tomadas, sus consecuencias y maneras alternativas de haber actuado más eficazmente. Además, los errores no se consideran algo vergonzoso y criticable, sino una oportunidad para aprender y, por tanto, deseables. Las fases de que constaría el “Debriefing with Good Judgment”, según Rudolph et al. (2008) son:

- Fase de reacciones: en ella, los alumnos, con ayuda del profesor, deben explicitar las emociones iniciales experimentadas durante la simulación: qué ha sido más excitante, problemático...
- Fase de análisis que consta, a su vez, de cuatro fases:
 1. Observar el “hueco” o lagunas entre las acciones que hubieran sido deseables y las que se han llevado a cabo.
 2. Discutir y reflexionar acerca de las acciones que se han llevado a cabo. Los docentes y compañeros han de proporcionar un feedback de las actuaciones de los alumnos.
 3. Investigar las asunciones y modelos mentales que subyacen a la actuación llevada a cabo.
 4. Ayudar a estrechar el “hueco” entre las acciones deseables y las que se han llevado a cabo a través de la discusión y el diálogo.
- Fase de resumen: sintetizar las reflexiones y conclusiones a las que se ha llegado y establecer “reglas” que permitan generalizar lo aprendido.

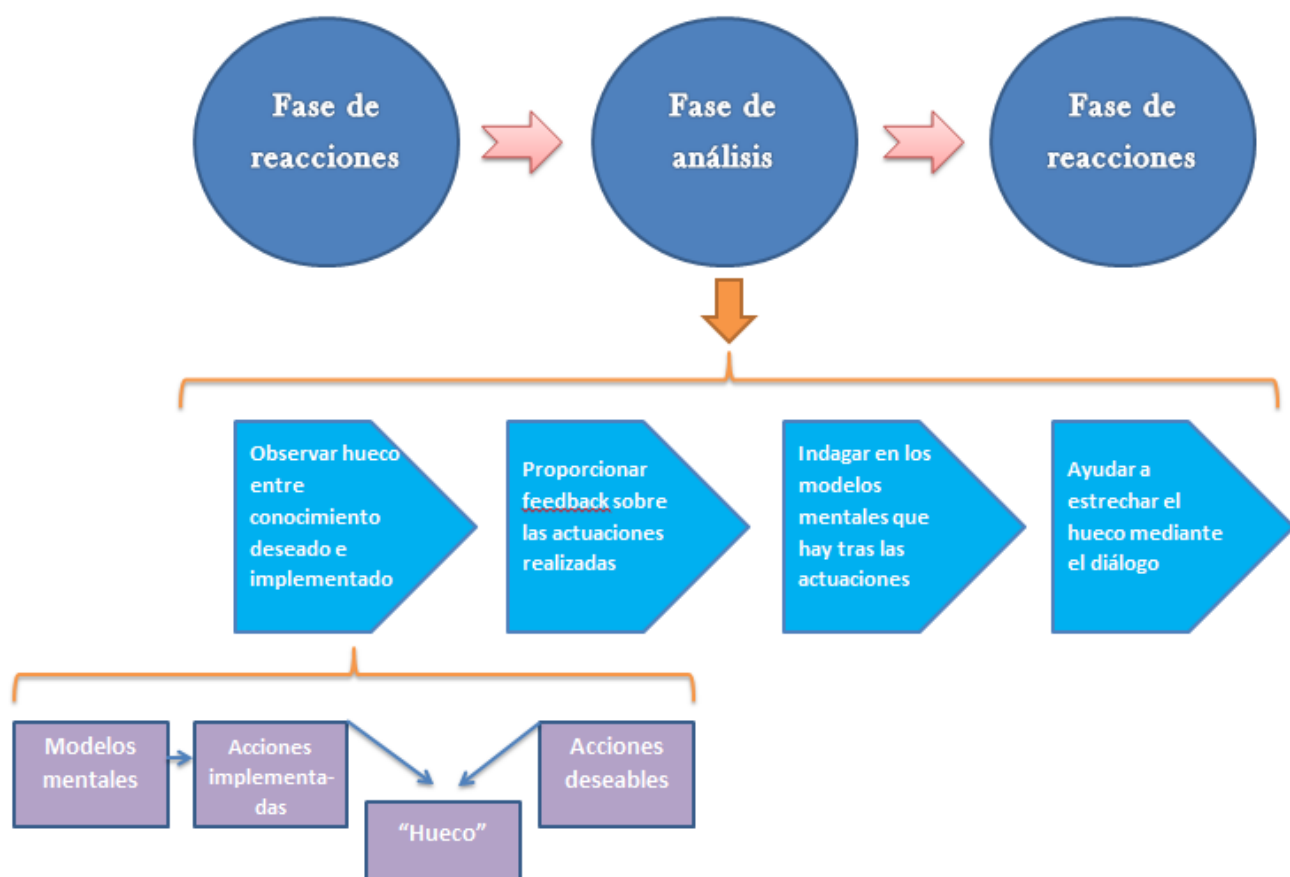


Figura 3. Fases del “Debriefing with Good Jugment”.

Por último, y dado que el objetivo fundamental de esta investigación es conocer la experiencia de simulación (y debriefing) desde la percepción y valoración de los verdaderos protagonistas, los alumnos, realizo una pequeña mención al movimiento de voz del alumnado en la escuela y a la educación inclusiva, que se imponen cada vez más en los discursos educativos y que necesariamente también debemos hacer extensivo a una educación universitaria que quiera romper con la tradición científica y teórica avalada por unos educadores profesionales a los que se considera únicos sujetos de conocimiento y poder.

Este movimiento reclama una educación en la que todos sean bienvenidos, “reconociendo a cada alumno como un agente que tiene la capacidad, oportunidad y el derecho de entrar en el juego, de participar, de decidir, de opinar y de tener el control de las cuestiones que le afectan vitalmente; de tener, en fin, su lugar y su voz” (Susinos y Rodríguez-Hoyos, 2011: 18).

Sí es cierto que la universidad y, en especial, la escuela, cuentan, actualmente, con algunos mecanismos de participación: escuchar a los compañeros, asociaciones profesor/alumno, evaluación del profesor o escuela/universidad por parte del alumno (Fielding, 2011). Sin embargo, suelen ser mecanismos superficiales que utiliza la institución, consciente del auge y la reivindicación por parte de muchos sectores de la necesidad dar voz al alumnado, que tan sólo arañan el verdadero sentido de la participación y del “entrar en el juego”, dando lugar al amparo de un estatismo y un discurso de exclusión cada vez más silencioso y, por ende, mucho más perverso. Porque la realidad que se esconde bajo ese discurso implícito que auspicia que se silencien determinadas voces implica, como señalan Susinos y Calvo (2010), “el mito de la experticia como fuente privilegiada o única del saber”, bajo el que la voz, las experiencias y las vivencias del (único) sujeto que aprende, el alumno, para la (co-) construcción del conocimiento y como fuente valiosa de aprendizaje son vilipendiadas.

En la universidad, asimismo, merecen ser reseñados los sistemas estandarizados que usualmente se utilizan para que el alumnado evalúe a los docentes y conocer su opinión sobre la calidad de la enseñanza. Dichos sistemas, que suelen tomar la forma de cuestionarios largos y tediosos, otorgan la voz a los alumnos “por la vía de la despersonalización”, constriñendo enormemente su capacidad para “crear” opiniones ajustadas a su experiencia y florecidas desde sus vivencias personales, resultando, en definitiva, en procedimientos irrelevantes para la mejora de la actividad de los docentes universitarios (Calvo y Susinos, 2010).

Ante el peligro de estas perversiones, Fielding (2011) aboga por una institución que se configure como comunidad en la que jóvenes y adultos, alumnos y profesores, se conviertan en compañeros y co-creadores del aprendizaje y de la vida en esa comunidad, cuyas relaciones se basen en la confianza, el respeto, la autonomía y el cuidado mutuo. Una comunidad donde la voz del alumnado es “emergente y dialogística, relacional y recíproca, tanto en su mutuo compromiso como en las intenciones a las que aspira”.

En consonancia con estos principios y valores, que debieran convertirse en derechos imperativos del alumnado, presento brevemente los resultados de una investigación de corte cualitativo realizada por Takayesu et al. (2006), cuyo objetivo preeminente era, precisamente, dar voz a los estudiantes para analizar su experiencia en el uso de la simulación como herramienta de aprendizaje y para acercarnos mejor a la

comprensión de sus perspectivas en cuanto a su utilidad. Los resultados, agrupados en torno a cinco categorías principales, fueron los siguientes:

1. El conocimiento y el currículum: la experiencia de simulación favorece la auto-evaluación, la memoria y recuerdo, la motivación, la consolidación de aprendizajes... Los alumnos resaltaron que la atmósfera de la simulación podía mostrar las lagunas en el conocimiento teórico y ayudar, gracias al entrenamiento práctico, a rellenar dichas lagunas y a afianzarlas.
2. Cognición y pensamiento crítico: los alumnos también consideraron que la simulación como herramienta formativa promueve la toma de decisiones, el pensamiento activo, la integración de conocimientos y la oportunidad de aprender haciendo. Constituye su primera oportunidad de pensar y hacer muchas cosas al mismo tiempo de manera independiente en un ambiente clínico, ya que rol que suelen asumir los estudiantes durante sus prácticas en contextos sanitarios reales es totalmente pasivo (además de las limitaciones que supone por estar supeditado al trabajo con pacientes reales).
3. Trabajo en equipo y comunicación: aunque no era uno de los objetivos principales, la mayoría de los estudiantes señaló que la experiencia de simulación les ayudó a trabajar como un equipo y desarrollar habilidades comunicativas e interpersonales.
4. Ambiente de enseñanza-aprendizaje: resaltaron el realismo, la interactividad, la seguridad y la experiencia emocional. Muchos destacaron el realismo emocional de la experiencia, como si ellos estuvieran de verdad interaccionando con un paciente vivo. Además, subrayaron la importancia del feedback en tiempo real que les reportaban los docentes.
5. Sugerencias para el uso / lugar en la carrera de medicina: demandaron más experiencias de simulación durante todos los años de formación en la universidad, considerando que debiera ser un aspecto obligatorio de la experiencia curricula.

3. MARCO METODOLÓGICO

La investigación cualitativa

La hegemonía positivista en todos los campos del saber a la que hemos hecho referencia en el marco teórico de este trabajo, ha dado lugar a que, a lo largo de mucho tiempo, la investigación social (y educativa) haya estado supeditada a un método científico que se ha considerado inexpugnable. Como señalan Hammersley y Atkinson (2003: 16), los investigadores de las ciencias sociales “han sufrido la tensión entre las concepciones del método científico modeladas a partir de prácticas de ciencias naturales, por una parte, y las ideas acerca del hecho diferencial del mundo social y de las implicaciones que conlleva cómo debe ser estudiado, por otra.” Pero lo que los acérrimos de la metodología positivista parecen no considerar es que la tradición cuantitativa en investigación surge a partir de unas ciencias naturales cuyo objeto de estudio y las variables que utiliza así lo permiten y demandan, pues su finalidad y sentido descansan en la cuantificación, la objetivación absoluta y generalización.

Las ciencias sociales y humanas, sin embargo, tienen un elemento distintivo y condicionante del que carecen ciencias como la biología o las matemáticas y que hacen imposible que los elementos vertebradores de la investigación cuantitativa (objetivación y generalización) se sostengan. Me estoy refiriendo, con ello, a la existencia de un contexto: de situaciones, lugares y personas diferentes que no permiten que la puesta en marcha de un mismo “experimento” tenga en todos ellos los mismos resultados y consecuencias. El punto de partida, las variables de las que van a partir estas ciencias, van a ser subjetivas, personales y, por tanto, todo aquello que obtengamos a partir de ello va a serlo también. A pesar de estas consideraciones, desde el positivismo, el mundo social es tratado con el mismo mecanicismo que el mundo natural (Torres, 1988). “Los positivistas argumentan que sólo mediante un ejercicio de control físico y estadístico de variables y gracias a un riguroso sistema de medición, la ciencia puede producir un corpus de conocimiento cuya validez sea conclusiva, remplazando así los mitos y dogmas del sentido común.” (Hammersley y Atkinson, 2003: 19).

En consecuencia con todo lo argumentado, y sin desdeñar las posibilidades de la investigación cuantitativa para otros ámbitos de estudio, la presente

investigación puede tomar sentido únicamente desde una metodología cualitativa que “se orienta a analizar casos concretos en su particularidad temporal y local y a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales” (Flick, 2004: 27), dada la idiosincrasia de la práctica educativa y la complejidad y singularidad del contexto social en el que ésta se desarrolla. De ahí que los objetivos de esta metodología y los propios de la presente investigación huyan de paradigmas positivistas y de su afán por cuantificar, objetivizar y generalizar, configurándose como principales objetivos “describir qué sucede en el lugar, cómo la gente involucrada entiende sus propias acciones y las de los otros, y el contexto en el que la acción sucede” (Haya, 2011: 99-100). En el caso de este TFM, esta consideración local y personal de los sujetos envueltos en la realidad objeto de estudio cobra especial relevancia si recordamos que su objetivo fundamental reside en conocer la experiencia de simulación (y debriefing) desde la percepción y valoración de los verdaderos protagonistas. Porque el objeto de las ciencias sociales es a la vez sujeto y, como tal, construye sus propios significados a la luz de sus vivencias y experiencias personales, embebido en un contexto social que lo condiciona (y al que éste determina también). Una investigación cualitativa que parte de la propia vida no puede ser una representación de procesos objetivos (Flick, 2003). La investigación cualitativa debe partir, por tanto, de la construcción de la realidad y la interpretación por parte de su objeto-sujeto, pues “una investigación que descuide estos aspectos no reflejará todas las dimensiones de esa realidad e, incluso, podríamos decir que captará lo menos revelador de ella” (Torres, 1998: 13). De este modo, la investigación cualitativa se enfrenta con la construcción de la realidad por parte de su objeto.

Debemos considerar, además, que el investigador también es sujeto y, por ello, resulta imposible y, además, indeseable que se desvincule de sus experiencias y reflexiones subjetivas y personales, pues formamos parte del mundo social que estudiamos. Una investigación que ancla raíces en lo social no puede dejar de lado la biografía de los investigadores y sus características personales, su contexto, sus valores e, incluso, sus intereses (Hammersley y Atkinson, 2003). Abogamos, en este sentido, por un tipo de investigación que construya el conocimiento a partir de la relación dialógica entre las representaciones de los participantes y entre la percepción y comprensión de los investigadores; entre la perspectiva emic y la etic.

3.1. *El diseño de la investigación cualitativa.*

En contraste con investigaciones eminentemente cuantitativas, que se caracterizan por la linealidad de su proceso, el diseño de una investigación cualitativa tiene un carácter mucho más flexible y adaptado al contexto de aplicación (Sabariego y Bisquerra, 2004), constituyéndose necesario el diseño métodos abiertos y dinámicos que consideran la complejidad del objeto de estudio. Hablamos, en nuestro caso, y como proponen Glasser y Strauss (1967), (citado en Haya, 2011), de un diseño circular y emergente que nos permite reconsiderar y readaptar de manera continua el proceso de investigación en su conjunto y sus distintas fases, diseño que exige una toma de decisión constante. Este proceso circular implica, por tanto, que la secuencia de decisiones no es algo fijo, obligando al investigador a reflexionar permanentemente sobre los pasos y determinaciones que se van tomando y a someterlos a una revisión, evaluación, construcción y reconstrucción continuas (Goetz y LeCompte, 1988; Flick, 2004). Las diferentes partes de la investigación mantendrán, en consecuencia, una relación de interdependencia e interactividad mutua constante durante el proceso, y las modificaciones en cada una de las fases conducirán a nuevas modificaciones en las demás (Colás, 1998).

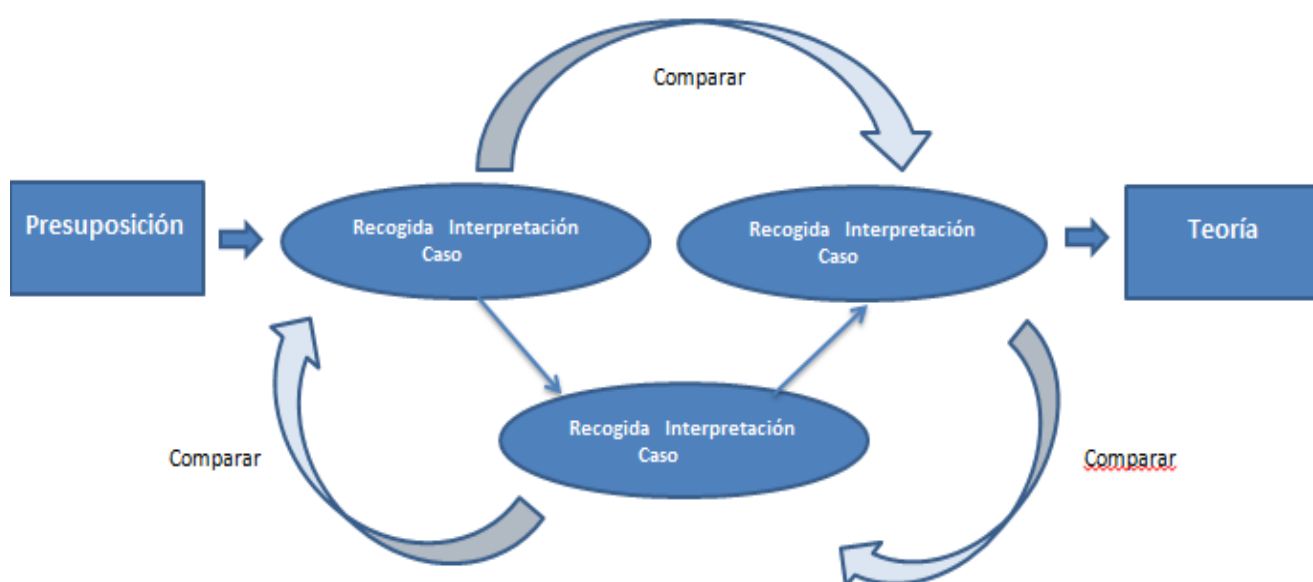


Figura 4. Circularidad del proceso de investigación (adapt. de Flick, 2004: 59)

Hammersley y Atkinson (2003) consideran que esta reformulación constante es fruto del desarrollo no apriorístico de las investigaciones cualitativas que, a diferencia de las cuantitativas, cuyo objetivo último es el de comprobar hipótesis ya existentes, tratan de desarrollar teorías a partir de los datos de campo. En este sentido, Flick (2004) insiste en la importancia de que el investigador se libere de posibles prejuicios y conocimiento teórico a priori al introducirse en el campo, manteniendo una “atención flotante” que permita descubrir fenómenos y relaciones que, en un principio, pudieran no haber dentro de nuestras presuposiciones.

“En cuanto esforzamos voluntariamente la atención con una cierta intensidad comenzamos también, sin quererlo, a seleccionar el material que se nos ofrece: nos fijamos en un elemento determinado y eliminamos en cambio otro, siguiendo en esta selección nuestras esperanzas o nuestras tendencias. Y esto es precisamente lo que más debemos evitar. Si al realizar tal selección nos dejamos guiar por nuestras esperanzas, corremos el peligro de no descubrir jamás sino lo que ya sabemos, y si nos guiamos por nuestras tendencias, falsearemos seguramente la posible percepción” (Freud, 1958: 112), (citado en Flick, 2004:66).

3.2. Técnicas de recogida de información.

Como hemos indicado con anterioridad, en investigación cualitativa los métodos y técnicas están al servicio de los sujetos participantes, y no al revés. Se trata de diseños emergentes, abiertos, flexibles, dinámicos, en constante construcción y reformulación a la luz de nuevos datos, relaciones y sujetos relevantes para el estudio. La elección de las técnicas para la recogida de información es, entonces, un proceso fluido y abierto en el que continuamente se reconsideran las alternativas que tenemos a nuestro alcance. Su elección va a depender de los fines del estudio y los sujetos participantes; no obstante, cuando entremos al campo, iniciemos la recogida y contemos con análisis preliminares, será necesario revisar los planes y las elecciones realizadas (Goetz y LeCompte, 1988).

Estos autores distinguen dos categorías de técnicas de recogida de datos en función de si se produce interacción o no entre investigadores y participantes. De este modo nos encontramos con las técnicas interactivas (observación participante, entrevista cualitativa, historia de vida), que implican algún tipo de relación entre investigador-

investigado y que pueden dar lugar a reacciones en los participantes que afecten a la información reunida; por otro lado, las técnicas no intrusivas o poco reactivas (revisión de documentos: oficiales y personales), que no exigen nada o muy poco de interacción y no causan reacciones que puedan afectar a la información recogida. Estas técnicas deberán posibilitar “conocer los significados de contextos y situaciones específicas por un lado, y permitir a los participantes expresar sus opiniones y percepciones acerca de lo que acontece, por otro” (Haya, 2011: 104-105).

A continuación describiremos algunas de éstas técnicas, las cuales han sido utilizadas para este proyecto de fin de máster:

La entrevista cualitativa:

Ya hemos incidido en que el objetivo preeminente de este trabajo de fin de máster no es tanto conocer “objetivamente” la experiencia de simulación y debriefing desarrollada por los alumnos de la Facultad de Medicina, sino descubrir cómo éstos, personalmente, la han vivido y sentido, cuáles han sido sus experiencias, ideas, emociones, sentimientos, reflexiones, propuestas, etc. Si queremos averiguar, entonces, cómo estas personas han experimentado una vivencia, si queremos comprender una pequeña parcela de su mundo y de su vida, ¿por qué no preguntárselo? ¿por qué no hablar con ellas? Al fin y al cabo, como sugiere Kvale (2011), la conversación es uno de los modos principales de interacción humana. Y, como ya hemos señalado en apartados anteriores, una investigación social que parte de las subjetividades de sus objetos (que son sujetos que construyen sus propios significados del mundo, su propia realidad) ha de admitir como válido y veraz cualquiera de los relatos de los participantes, pues la búsqueda de una verdad objetiva e inmutable no es, en ningún caso, una finalidad de este tipo de investigaciones. Tan sólo conocer cómo los participantes en el contexto analizado ven el problema, acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros (Rodríguez et al., 1996).

En una entrevista cualitativa, el investigador-entrevistador pregunta para acceder a la realidad particular que vive cada uno de los sujetos participantes y escucha lo que los sujetos tienen que decir, con sus propias palabras, acerca de su mundo, sus actividades, sus experiencias y opiniones, sus temores, sus sueños, sus esperanzas, su vida. Como señalamos con anterioridad, el conocimiento se construye a través de la interacción entre entrevistador y entrevistado (Kvale, 2011). Puede configurarse,

además, como una parte integrante de la observación participante, como una vía adicional muy rica para conocer sentimientos, pensamientos o intenciones de las personas y acontecimientos que no han sido susceptibles de ser observados y pueden explicar determinadas organizaciones y comportamientos de personas y grupos (Colás, 1998).

No obstante, no debemos pensar en la entrevista como una conversación al uso entre dos compañeros. Se trata, en cambio, de una “conversación profesional” con unos objetivos y estructura muy claros y previamente establecidos, en la que, a pesar del entendimiento mutuo y la interacción que se necesitan para que ésta tenga lugar, existe una asimetría clara entre el entrevistador y el entrevistado, siendo este último el que tiene el “poder” para establecer el escenario, controlar la secuencia y utilizar el resultado para sus propósitos (Kvale, 2011).

Existen tres modalidades de entrevista (Goetz y LeCompte, 1988; Colás, 1998) cuya diferencia estriba en el grado de determinación y prefijación de las preguntas:

- a) Entrevista basada en una conversación informal o entrevista no directiva.
- b) Entrevista basada en directrices o entrevista focalizada.
- c) Entrevista estandarizada.

Para nuestra investigación elegimos la entrevista focalizada, que implica el establecimiento de un guion de preguntas previo o directrices generales en que se procuran cubrir todos los temas de interés, aunque destaca la flexibilidad en cuanto a la aplicación, que no requiere predeterminar también la secuencia y/o el estilo de las preguntas en el curso de la entrevista, a diferencia de lo que ocurre con la estandarizada (Goetz y LeCompte, 1988). Se utilizan preguntas más o menos abiertas y el entrevistador puede y debe decidir durante la entrevista cuándo y en qué secuencia hacer las preguntas. “El entrevistador se enfrenta también a la cuestión de si, y cuándo, indagar con mayor detalle y apoyar al entrevistado para adentrarse profundamente en el campo, o cuando volver a la guía de entrevista en el momento en el que el entrevistado se desvía del tema” (Flick, 2004: 107). Su enfoque es, por tanto, más informal y posibilita al entrevistador adaptarse a las características particulares del entrevistado y del rumbo que ha tomado su entrevista, permitiendo adoptar una actitud más natural y receptiva. Se trata de entrevistas en que todo es negociable, adoptando el investigador un papel flexible (Rodríguez et al., 1996). Además, al entrevistado se le ofrecerán una serie de explicaciones generales sobre la investigación de la que ellos van a ser

informantes y la entrevista en concreto que les va a ser realizada (Rodríguez et al., 1996).

Los contenidos habituales de las entrevistas cualitativas son:

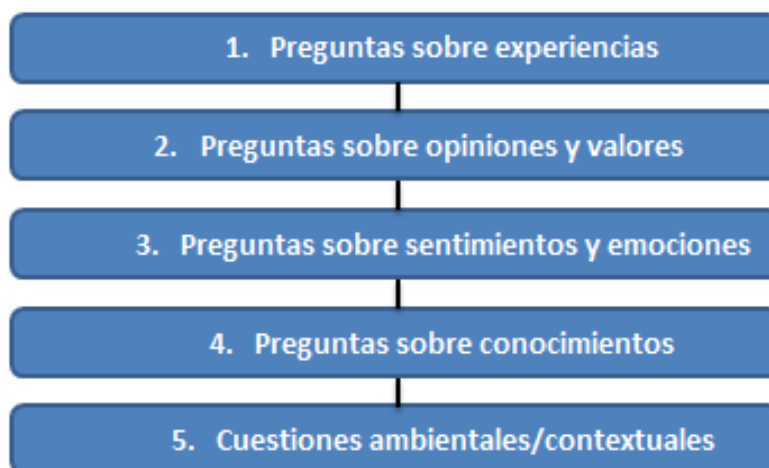


Figura 6. Contenidos de entrevistas cualitativas (adapt. De Colás, 1998).

La utilización de entrevistas implica, asimismo, unos requisitos éticos que debemos tener en cuenta y asegurar: la necesidad de obtener el consentimiento informado de los sujetos para participar en el estudio, asegurar la confidencialidad, considerar las consecuencias para los sujetos y estar atentos al papel del investigador en el estudio (Kvale, 2011).

En definitiva, podemos entender la entrevista cualitativa focalizada como una conversación dirigida por unos objetivos y temas relevantes para el estudio y cuya finalidad fundamental es la de recoger información que permita construir conocimiento. Es flexible en tanto en cuanto permite una adaptación ad hoc al entrevistado y al curso mismo de la entrevista, aunque no la exime de un fuerte componente de planificación antes, durante y después de su desarrollo.

La observación participante:

Al igual que indicamos que la conversación, como competencia necesaria y habitual en la vida cotidiana, puede convertirse en una potente técnica de investigación si se sistematiza y se definen claramente unos roles, la destreza de observar puede

constituirse también como un importante método de recogida de información. Es, de hecho, una de las técnicas principales en investigación cualitativa e implica una interacción social entre el investigador y los grupos investigados (Colás, 1998). Permite al investigador obtener información de un fenómeno tal y como este tiene lugar (se observa en situaciones naturales) y es especialmente indicado para recoger información sobre conductas o situaciones complejas, difícilmente explicitables verbalmente por parte de los participantes. Además, la observación es preferible, en muchas ocasiones, a otros métodos porque los individuos no son conscientes de la importancia de sus propias conductas o les resulta extremadamente difícil traducirlas a palabras (Rodríguez et al., 1996). Nos permite, en definitiva, captar y comprender la realidad de una manera holística y obtener de los individuos sus definiciones de la realidad y los constructos que organizan su mundo (Goetz y LeCompte, 1988). En este tratamiento globalizado, se integran no sólo las percepciones visuales, sino también las basadas en la audición, tacto y olfato (Adler y Adler, 1998) (citado en Flick, 2004: 149).

Se trata, asimismo, de un proceso sistemático dirigido siempre por un objetivo claro y preciso, a través de un contacto directo con el contexto y situaciones específicas. A pesar de su sistematicidad, y al igual que ocurría con la entrevista, también tiene un carácter flexible y abierto en el que no se tienen claramente delimitadas las cuestiones que se van a responder, aunque el investigador sí ha de partir de unos interrogantes generales que guíen dicha observación (Colás, 1998).

Denzin (citado en Flick, 2004: 154), define la observación participante de la siguiente manera:

“La observación participante se definirá como una estrategia de campo que combina simultáneamente el análisis de documentos, la entrevista a respondientes e informantes, la participación directa y la observación y la introspección” (1989:157-158).

Flick (2004) también resalta que, muchas veces, en el proceso de observación es necesario integrar entrevistas adicionales para reconstruir algunos procesos e interacciones ocurridos en el ambiente de prácticas y que no han podido ser observados, por lo que el conocimiento de los investigadores en la observación participante se basa sólo parcialmente en la observación; también es esencial tener en cuenta las declaraciones verbales de los participantes sobre ciertas relaciones y hechos.

Constatamos, de esta manera, cómo las distintas técnicas cualitativas van de la mano y se interrelacionan mutuamente. Como señalan Hammersley y Atkinson (2003), no hay diferencias demasiado significativas entre la observación participante y las entrevistas, pues en ambos casos necesitamos tener en cuenta el contexto y los efectos del investigador, así como crear una relación de comunicación y confianza. Por ello, lo ideal no es elegir entre una u otra técnica, primar una sobre las demás, sino favorecer una triangulación y hacer que se relacionen dialógicamente como un todo dentro del proceso de investigación, y no como partes aisladas o desconectadas que después hemos de acoplar.

Hasta ahora hemos hecho sólo referencia a la observación *participante* pues, en contra de la opinión de muchos autores, así consideramos a la observación que para este proyecto hemos llevado a cabo. Podríamos decir, sin embargo, que hemos asumido un papel no participante en el sentido de que no ha sido nuestra finalidad mimetizarnos con los participantes e inmiscuirnos y participar en la actividad. En contrapartida, lo que nos ha interesado eminentemente ha sido registrar los acontecimientos tal y cómo tienen lugar habitualmente cuando el investigador no se encuentra presente, por lo que, a pesar de estar junto con los participantes en el mismo lugar, hemos ocupado un sitio y mantenido una compostura que resultara lo más desapercibida posible (asiento apartado del resto, silencio absoluto...), para facilitar la máxima naturalidad de la situación. Sin embargo, desde nuestra visión de la investigación cualitativa y de los procesos sociales no podemos aludir a una observación que se considere no participante, pues, como señalan Goetz y LeCompte (1988), siempre que un investigador observa un escena adquiere roles y estatus, siempre va a existir una determinada influencia, siempre vamos a participar, aunque sea como resultado de la ausencia de interacción, en los fenómenos o procesos sociales que observamos. De hecho, sólo es posible hablar de observación no participantes cuando el fenómeno se observa mediante cámaras y grabadoras ocultas o a través de falsos espejos. En todos los demás casos, es imposible evitar la interacción (Goetz y LeCompte, 1988).

Para la recogida de datos pueden utilizarse diferentes y variados sistemas de registro cuya diferencia principal estriba en el grado de estructuración o protocolización (preestablecimiento de categorías o aspectos de observación y análisis). Según Flick (2004), cuanto más estructurados o detallados son estos mecanismos, mayor es el peligro de que los aspectos que no se han incluido en la hoja pasen inadvertidos. Por ello, para la investigación social resulta deseable evitar dichos protocolos en la medida

de lo posible y garantizar así que la atención del observador no se restrinja y limite su sensibilidad a lo nuevo. Como sistema de registro hemos utilizado, entonces, un sistema narrativo, con carácter abierto y sin categorías preestablecidas, y como consecuente método las de notas de campo, que nos han permitido recoger las interacciones, procesos y actividades que tienen lugar en el contexto observado. Los sistemas narrativos nos permiten recoger, en definitiva, “todo el proceso de la conducta sin interrupción y con el mayor detalle posible, considerando los diferentes puntos de vista y señalando las particularidades de la vida exterior así como la subjetividad singular del observador” (Rodríguez et al., 1996:162).

Para finalizar, algunas ventajas e inconvenientes de la observación participante como método de recogida de información:

Ventajas	Inconvenientes
1. Adaptabilidad para comprender relaciones y dinámicas de los grupos. 2. Posibilita grandes oportunidades de observación, con lo que aumenta la validez de los resultados. 3. Facilita obtener datos internos del grupo que resultarían inasequibles utilizando otros procedimientos. 4. Ofrece mayor profundización en la vida de los grupos. 5. Pone en evidencia toda la riqueza y complejidad de la realidad estudiada. 6. Credibilidad de los resultados al trabajar con fuentes próximas y de primera mano. 7. Permite observar tanto comportamientos verbales como no verbales.	1. Proyección de sentimientos o prejuicios del observador 2. Incidencia de su comportamiento en la dinámica de grupo 3. Pérdida de la capacidad crítica del observador debido a su total identificación con el grupo.

Figura 8. Ventajas e inconvenientes de la observación participante (adapt. Colás, 1998)

Grupos de discusión:

Una alternativa a la entrevista unipersonal es el grupo de discusión. Comparte la mayoría de características señaladas para la entrevista, pero en lugar de ser realizada a una sola persona, el grupo de discusión tiene lugar con un pequeño grupo, que participan en la entrevista que suele durar de una hora y media a dos horas (Patton, 1990) (citado en Flick, 2004:127).

El hecho de tener lugar en grupo da lugar a que esta técnica de recogida de información deba añadir algunos aspectos que no aparecen en las entrevistas, comenzando, por ejemplo, con el complicado rol que debe asumir el entrevistador, que se convierte, en este caso, también en moderador. De este modo, el investigador debe ser flexible, objetivo, abierto, empático, persuasivo, un buen oyente. Y con objetividad, Flick (2004) se refiere a una mediación entre los diferentes participantes. El entrevistador debe animar a todos a participar y dar sus opiniones, impedir que participantes o pequeños grupos dominen la entrevista y a conseguir respuestas de todo el grupo para cubrir el tema lo máximo posible.

A pesar de las dificultades que entraña enfrentarse con un grupo en lugar de con una sola persona, tiene grandes ventajas que dan lugar a que determinados autores prefieran ésta técnica sobre las entrevistas. Las ventajas principales son (Hammersley y Atkinson, 2003; Flick, 2004):

- el bajo coste y la riqueza de datos
- el estímulo mutuo entre los entrevistados que da lugar a que se incentiven a hablar entre unos y otros
- corresponden a la forma en que las opiniones se producen, expresan e intercambian en sus ambientes naturales (las entrevistas y encuestas se apartan de las formas cotidianas de comunicación y relaciones)
- pueden proporcionar una considerable visión de la cultura participante: lo que se pierde en términos de información puede ser compensado por la iluminación que los relatos proporcionan dentro del repertorio de perspectivas y de discursos de los que son nuestros entrevistados.

En cuanto a la constitución del grupo, Flick (2004) distingue entre grupos naturales, es decir, grupos formados en la vida real, con sus interacciones y formas de relacionarse habituales, preocupados por la cuestión de debate del grupo

independientemente de la investigación; o grupos que forma el investigador con sujetos que no se conocen entre sí y que se organizan sólo para la cuestión de investigación. Por otra parte, también pueden ser homogéneos (comparten ciertas características y experiencias pertinentes para la pregunta de investigación) o heterogéneos (diferentes características). En nuestro caso, hemos elegido a grupos naturales y homogéneos.

Para finalizar, en cuanto al proceso usual de debate, aunque no responde a un esquema único y fijo, ya que está influido por la dinámica y composición del grupo, se puede resumir en los siguientes pasos (Flick, 2004):

- Explicación del procedimiento, de lo que va a suceder y lo que se espera de los participantes.
- Presentación de los miembros y fase de calentamiento, para preparar el debate. Poner de relieve el terreno común de los miembros.
- Comienzo del debate real: a partir del “estímulo” del debate: una provocación (en cualquier forma: estímulo visual, pregunta...).

3.3. Diseño de la investigación.

Ya hemos aludido en apartados anteriores al carácter emergente y flexible de la investigación cualitativa. De ahí que el diseño inicial de este TFM reuniera sólo un esbozo de los pasos y elementos constitutivos de la investigación en aras de poder modificar, adaptar y reconstruir constantemente las fases y decisiones que se han ido tomando según las necesidades y los intereses particulares de los protagonistas y los contextos singulares de aplicación. Esto explica que existan algunas diferencias entre el plan de acción trazado inicialmente y lo implementado al término del TFM, distancia que en una investigación de este cariz se torna deseable e indicativa de que ha existido gran adaptabilidad, pensamiento activo y dinámico y reconsideración constante de las relaciones entre los distintos elementos, fases y protagonistas del trabajo.

El proyecto, desde la entrada al escenario hasta la elaboración de las conclusiones de la investigación, ha tenido una duración aproximada de ocho meses, de febrero a septiembre, concentrándose especialmente en los cuatro primeros el contacto con los participantes y las visitas al Hospital Virtual.

A continuación describiremos con mayor detenimiento las fases de que ha constado este trabajo, previo aviso de que no ha sido un desarrollo lineal y nos hemos visto obligados, de manera constante, a volver sobre nuestros pasos y repensar cada una de las acciones y decisiones tomadas.

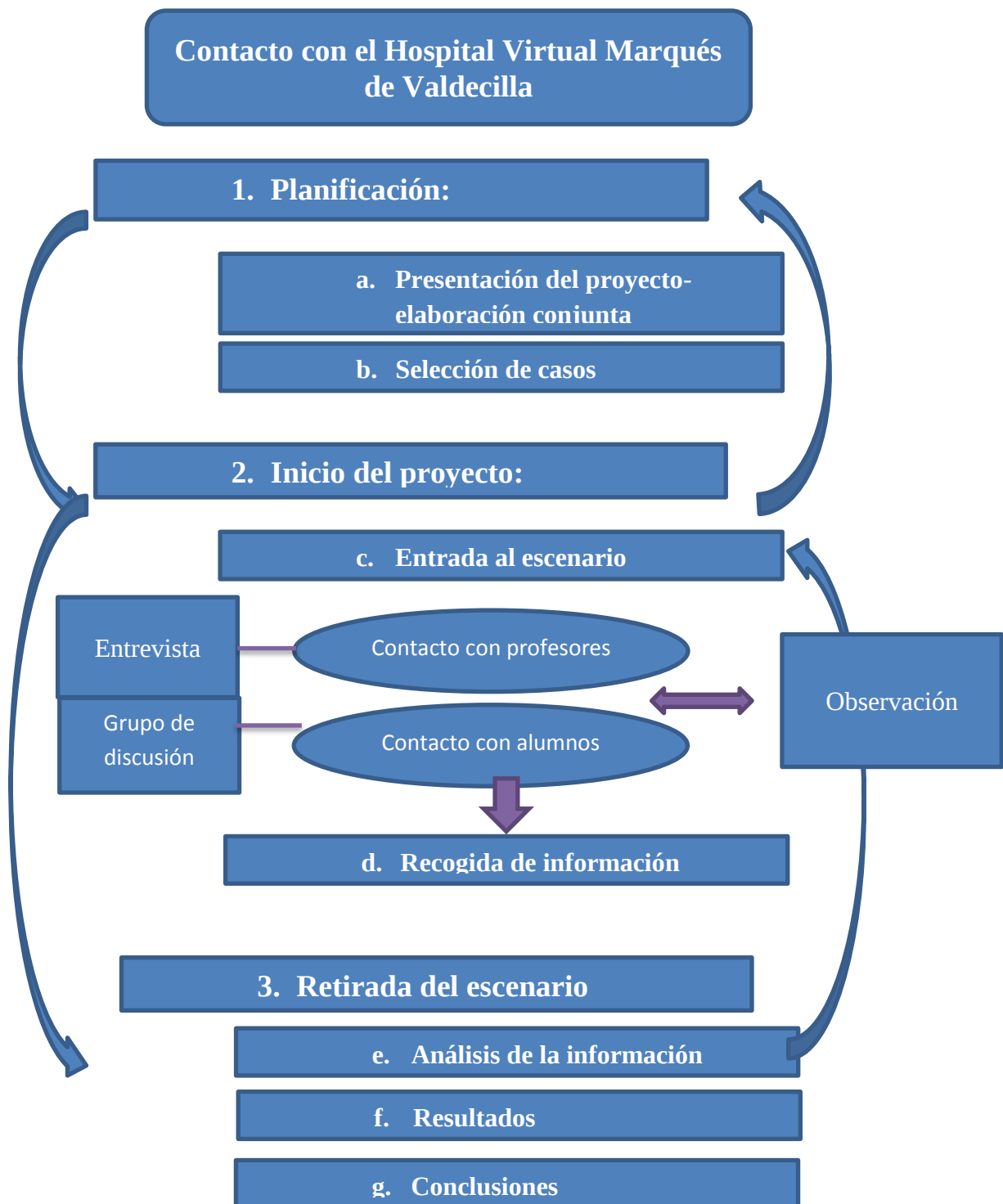


Figura 9. Fases de la investigación

Contacto con el Hospital Virtual Marqués de Valdecilla:

Ya hemos señalado en la justificación que este trabajo parte del interés común de distintas instituciones para la mejora de la formación de los profesionales médicos en la Facultad de Medicina de Cantabria. Pero es el Hospital Virtual Marqués de Valdecilla, junto con dos profesores de la Universidad de Harvard, la entidad que anima, en un primer momento, a la participación e integración, en su iniciativa pionera, de personas con formación pedagógica. Su pretensión no es otra que la de potenciar el trabajo interdisciplinar y arrojar nuevas perspectivas y ámbitos de trabajo e investigación a una labor de formación de profesionales a través de la simulación que hasta ahora, en Cantabria, había sido desarrollada eminentemente por personal del campo de la medicina.

Como señalan Goetz y LeCompte (1998), una de las fases cruciales en investigación cualitativa es la de identificar a las personas que pueden facilitarnos el acceso a una muestra para nuestra recogida de datos. Establecer el contacto con los máximos responsables garantiza la colaboración para el estudio y, además, suele ser requisito obligatorio para inmiscuirnos en cualquier institución. Flick (2004) apunta la importancia que el acceso al campo tiene en la investigación cualitativa donde, a diferencia de la cuantitativa, se requiere un contacto más estrecho e intenso que permita que los participantes se impliquen lo máximo posible, por lo que el investigador y sus habilidades comunicativas se configuran como un elemento esencial para conseguir dicho consentimiento y colaboración. Para ello, éste debe argumentar razonadamente los motivos de su investigación e intentar conectar, en la medida de lo posible, con los intereses y expectativas de una institución que, normalmente, va a tender a mirar con recelo cualquier intrusión en su vida y sus rutinas.

En nuestro caso, sin embargo, hemos evitado todos estos problemas de autorización y reticencias asociados al inicio de la investigación y a la entrada en el campo, ya que el primer contacto y demanda de participación ha partido de la misma institución, que se pone en contacto con mi tutora a finales del mes de Noviembre. Por ello, esta labor de “convencimiento” para la realización de una investigación tiene lugar a la inversa, buscando la institución la colaboración de los investigadores a la luz de unos intereses y necesidades particulares: la necesidad de que una persona con formación pedagógica forme parte de un proyecto hasta ahora desarrollado tan sólo por médicos.

Ante nuestro desconocimiento de la labor allí realizada, y antes de aceptar cualquier compromiso a desarrollar un trabajo conjunto con ellos, realizo, este mismo mes, una primera visita en la que conozco al director del Hospital Virtual, que me explica a grandes rasgos la labor allí realizada, y a varios individuos que conforman parte del personal que trabaja en el Hospital Virtual usualmente. Además, visiono parte de una experiencia de simulación que están desarrollando médicos adjuntos (y no estudiantes como ha sido el objeto de estudio de mi trabajo).

Tras un tiempo de sopesar la decisión decidimos embarcarnos en este proyecto, no exento de riesgos, y realizo un segundo contacto, después de las vacaciones de Navidad, con el director del Hospital Virtual, así como con uno de los profesores de Harvard. Este segundo contacto da lugar un sinfín de ellos más (emails, llamadas telefónicas...) gracias a los que mi tutora y yo, contando con la información facilitada por el Hospital Virtual y a la luz de nuestra propia perspectiva y visión de los procesos educativos y la investigación, definimos, de manera bastante informal y muy a grandes rasgos, los objetivos y pasos que puede tener mi proyecto de fin de máster: documentar y evaluar la experiencia de simulación y debriefing llevada a cabo en el Hospital Virtual con los alumnos de la Facultad de Medicina de 4º, en la asignatura de Obstetricia y Ginecología, y de 6º, en Medicina Interna, y colaborar con uno de los docentes, el de Medicina interna (la asignatura de Obstetricia ya había sido desarrollada en el primer cuatrimestre), en la planificación de la experiencia de simulación que sería llevada a cabo para su asignatura.

Como vemos, estos objetivos iniciales han sido enormemente matizados y reelaborados a lo largo del proyecto, consecuentemente con el carácter flexible y circular al que hemos aludido en apartados anteriores, hasta dar lugar a los objetivos “definitivos” cuya última modificación ha sido realizada paralelamente al desarrollo de la recogida y análisis de la información. Por ejemplo, el objetivo que hacía referencia a colaborar con uno de los docentes en la planificación de la simulación para su asignatura fue imposible llevarlo a cabo por cuestiones temporales. Constatamos, como señala Colás (1998), un diseño de investigación emergente que hemos ido elaborando a medida que ha ido avanzando la investigación.

3.3.1. Planificación

a) Presentación del proyecto- elaboración conjunta.

A partir de este primer esbozo de elaboración conjunta, y sabiendo y teniendo en cuenta los intereses de la institución, mi tutora y yo nos reunimos y desbrozamos un poco más el proyecto, haciéndolo acorde con la filosofía de investigación y visión de la educación que tanto su equipo, como ella y yo compartimos y a lo que ya nos hemos referido con anterioridad: la necesidad de que en cualquier trabajo de investigación de raíces sociales dotemos de voz a los que mejor pueden permitirnos construir el conocimiento acerca del fenómeno de estudio, sus protagonistas, visión de la investigación y la educación en la que sólo una investigación de tipo cualitativo puede tener lugar.

Es en este momento cuando comenzamos a dilucidar el gran objetivo ya mencionado que guiará las actuaciones posteriores y marcará el camino que tomará la recogida de información: conocer y describir el desarrollo general de la experiencia de simulación y debriefing de la mano de sus protagonistas, los estudiantes y los profesores: cómo lo perciben, experimentan y valoran. Para este propósito sólo técnicas como la entrevista, el grupo de discusión y la observación participante, que permiten recoger los relatos y construcciones particulares de los protagonistas, pueden tener cabida.

Todas estas decisiones han sido compartidas y negociadas con los responsables del Hospital Virtual Marqués de Valdecilla, comprobando, de esta manera, cómo ha existido una comunicación fluida y constante con la institución. Sus miembros han sido informados de todas y cada una de las decisiones tomadas para esta investigación en las que ellos, además, han podido participar activamente, configurándose el resultado final de esta investigación como sinergia de los pensamientos y decisiones de todos los implicados.

b) Selección de casos:

En investigación cuantitativa, el muestreo probabilístico es el más eficaz para garantizar que un grupo de personas seleccionadas representa con exactitud un universo mayor, permitiendo, de este modo, efectuar la generalización a la que investigaciones encuadradas bajo este paradigma aspiran (Goetz y LeCompte, 1988). En investigación cualitativa, sin embargo, el objetivo no es universalizar una hipótesis para toda la población, sino que su objetivo esencial es descubrir el máximo conocimiento posible sobre un conjunto de realidades particulares. Partimos, por consiguiente, de un muestreo intencional, al que Colás (1998) se refiere de la siguiente manera:

“Su intencionalidad es teórica, es decir, ampliar el abanico y rango de los datos tanto como sea posible, a fin de poder obtener la máxima información de las múltiples realidades que pueden ser descubiertas. Su objeto es generar una teoría adecuada a las condiciones y valores locales” (1998:251-252).

Por tanto, en investigación cualitativa, el muestro es un proceso abierto y ad hoc, no determinado apriorísticamente, para el que el investigador debe determinar un conjunto de características que deban poseer los individuos y, posteriormente, buscar los grupos apropiados que se ajusten a dichos parámetros (Goetz y LeCompte, 1988).

En el caso de la presente investigación el muestreo ha resultado una tarea sencilla. Sólo hemos establecido dos criterios: el primero y fundamental ha sido el de voluntariedad, que contando con la incondicional colaboración de los máximos responsables del Hospital Virtual no ha significado problema alguno. El otro criterio al que nos hemos adscrito ha sido, evidentemente, la elección de docentes y alumnos de la Facultad de Medicina de Cantabria que hayan participado en la experiencia de simulación realizada en el año 2011/2012 en cualquier asignatura de la carrera. Y teniendo en cuenta que son sólo dos las asignaturas, Obstetricia (desarrollado en el cuarto curso) y Medicina Interna (en sexto), que de momento han incorporado la experiencia de simulación, la selección de la muestra ha venido prácticamente predeterminada con el objetivo mismo de la investigación. Volvemos a resaltar que la primera se desarrolló durante el primer cuatrimestre, cuando todavía este proyecto de fin de máster se encontraba en un momento incipiente y Medicina Interna, sin embargo,

ha tenido lugar durante el segundo, habiendo tenido lugar la experiencia de simulación y debriefing en el mes de Abril.

A pesar de ello, han surgido durante esta fase algunas complicaciones reseñables, pues si bien los dos docentes de las respectivas asignaturas han querido participar desde un primer momento y han mostrado gran disponibilidad, esta participación no ha resultado tan sencilla, como enseguida detallaré, en el caso de los alumnos.

Conviene señalar también que, con la idea general que en los inicios teníamos acerca de las técnicas a utilizar, la elección final de las mismas se ha ido decidiendo conforme hemos ido seleccionando a las muestras y en función de las disponibilidades y necesidades de cada uno de los participantes, apuntando de nuevo a ese diseño circular y emergente al que ya nos hemos referido en repetidas ocasiones. De este modo, una vez seleccionada la muestra, decidimos realizar una entrevista a cada uno de los profesores y un grupo de discusión con un pequeño grupo de alumnos de cada asignatura, siendo el requisito para la formación de éste último la voluntariedad, disponibilidad e inclinación a participar.

3.3.4. Inicio del proyecto

c) Entrada al escenario:

Como hemos indicado con anterioridad, el primer contacto fue establecido con el director del Hospital Virtual de Valdecilla, que nos sirvió de enlace para contactar con los dos profesores responsables de las asignaturas en que se ha introducido la experiencia de simulación y éstos, a su vez, fueron el engarce para establecer contacto con los alumnos.

El primer contactado fue el docente de la asignatura de Ginecología (en el mes de Marzo) en el que, en un primer momento, vía correo electrónico, se explicitaron los propósitos de la presente investigación así como los requerimientos concretos referidos a su participación. Más adelante, un segundo contacto telefónico que sirvió para concertar una cita en la que realizar la entrevista, a finales de mes.

Aproximadamente un mes más tarde tuvimos el primer contacto con el profesor de Medicina Interna, contacto que, esta vez, fue personal, por mediación del director del Hospital Virtual. En esa reunión le explicamos los objetivos de la investigación y concretamos una fecha para la realización de la entrevista (Mayo). Además, y dado que las prácticas de simulación tendrían lugar dos semanas más tarde, en la tercera semana de Abril, solicitamos permiso para la realización de observaciones de dos de esas prácticas, elegidas por conveniencia temporal puesto que todas tienen características similares.

Tras este contacto es el docente quien, en una reunión informativa con los alumnos sobre la experiencia de simulación que iban a desarrollar, introdujo la presente investigación e hizo explícitos los propósitos de la misma, pidiendo los permisos necesarios para la observación.

También a principios de Abril se contactó con la delegada de 4º de medicina (grupo que ha cursado la asignatura de Ginecología), por correo electrónico, mediante el cual se hicieron explícitos los propósitos de la investigación y se demandaron entre cuatro y cinco voluntarios para realizar el grupo de discusión. A pesar de este primer contacto y otros dos más telefónicos, este grupo mostró muchas restricciones temporales y fue imposible, por mediación de la delegada, reunir a un grupo voluntario y concertar una cita para el grupo de discusión. Ante estas dificultades, en el mes de Mayo decidí acudir a la Facultad de Medicina, previa presentación al grupo por una de las Vicedecanas, para solicitar yo misma estos voluntarios. Finalmente, y ante las primeras negativas, conseguí reunir un pequeño grupo (conformado por tres personas) y concertar una cita para la aplicación de la técnica a mediados de Junio.

En el caso de los alumnos de la asignatura de Medicina Interna de 6º, el proceso de selección y concierto de cita no fue tan complicado como el anterior. El primer contacto con ellos tuvo lugar en el momento mismo de la observación, en Abril, en el que en el inicio introduje y explique la investigación y mi papel allí, pidiéndoles, además, colaboración para la realización del grupo de discusión, para el que allí mismo concertamos una cita que tuvo lugar a finales del mes de Mayo.

Temporalización	Contactos y actividades
Noviembre 2011	- El Hospital Virtual Marqués de Valdecilla traslada la demanda de participación en su proyecto de alguien con formación pedagógica - Primera visita de “sondeo” a la institución. Reunión con el director
Enero 2012	- Compromiso explícito a formar parte de la actividad del Hospital Virtual y realizar un proyecto de investigación educativa acerca de la experiencia de simulación - Elaboración conjunta de un plan inicial de investigación
Marzo 2012	- Primer contacto con el profesor de Obstetricia y Ginecología - Realización de la entrevista
Abril 2012	- Primer contacto con el profesor de Medicina Interna - Realización de las observaciones en la asignatura de Medicina Interna - Primer contacto con los alumnos de 6º de medicina y concierto del grupo de discusión - Primer contacto con la delegada de 4º de medicina (asignatura de Obstetricia)
Mayo 2012	- Segundo contacto con los alumnos de 4º de medicina. - Realización de la entrevista al profesor de Medicina Interna - Realización del grupo de discusión con los alumnos de 6º de medicina

Junio 2012	- Realización del grupo de discusión con los alumnos de 6º de medicina.

Figura 10. Temporalización de la investigación

d) Recogida de información:

Como ya hemos señalado anteriormente, tres han sido las técnicas de recogida de información utilizadas para esta investigación: las entrevistas, los grupos de discusión y las observaciones.

- Las entrevistas:

En el cuadro anterior podemos observar la disposición temporal de las dos entrevistas, con un margen de separación entre ellas de dos meses. Esta acusada diferencia de tiempo es consecuencia de la diferente distribución de ambas asignaturas (con sus respectivas experiencias de simulación) en el calendario académico, así como de la disponibilidad horaria de los participantes a los que, como ya hemos indicado, hemos procurado amoldarnos en todo lo que nos ha sido posible intentado perturbar al mínimo su actividad habitual.

Ya indicamos que se trata de un tipo de entrevista semiestructurada en la que hemos utilizado una guía de preguntas más o menos abiertas, de carácter flexible y adaptable al curso de la “conversación” que con ambos entrevistados ha tenido lugar. De ahí que el orden de las preguntas haya sido diferente para ambos casos e, incluso, hayamos omitido alguna otra por considerar que ya ha sido respondida, a colación de alguna otra cuestión, en el transcurso de la entrevista.

En su diseño final han colaborado, además, algunos profesores de la Facultad de Educación, matizado algunos aspectos y realizando diferentes aportaciones, con la finalidad de obtener una entrevista más completa y consistente.

Por último señalar que, previa solicitud de los permisos pertinentes, las entrevistas han sido grabadas en audio para facilitar su análisis posterior.

A continuación presentamos el guion utilizado para la realización de la entrevista, organizado por distintos bloques temáticos que van desde cuestiones más generales relativos a la formación universitaria, hasta otros centrados en aspectos muy concretos de la simulación y el debriefing.

Cuestiones generales. Inicio de la conversación	- ¿Cuántas simulaciones has organizado para la asignatura? - ¿Cuál es tu valoración general de la experiencia? ¿Por qué? - ¿Qué diferencias esenciales encuentras entre las asignaturas que has impartido de manera tradicional en la facultad de medicina y las que han integrado la experiencia de simulación? ¿Qué puedes destacar de una que no tenga la otra y viceversa? - ¿Qué tipo de aprendizaje facilita una y otra? ¿Por qué? - ¿Cuál prefieres? ¿Por qué?
Cuestiones relativas al diseño de la experiencia de simulación	- ¿Cómo ha sido la planificación de la experiencia de simulación con los contenidos de la asignatura? - ¿Qué dificultades has tenido para coordinar con el resto de los contenidos? - ¿Qué te ha resultado más fácil de la planificación de la simulación? ¿Por qué? - ¿Cómo ha sido la coordinación con otros profesionales? ¿Has echado en falta alguna ayuda? - ¿Cambiarías algo?
	- ¿Cuál es tu valoración general de esta parte? ¿Por qué? - ¿Qué papel has tenido en esta parte?

Cuestiones sobre el desarrollo de la simulación	- ¿Cuál es tu opinión sobre la actuación de los instructores en la simulación? - ¿Cómo valoras la participación del alumnado? ¿Cómo crees que ellos se han sentido? ¿Cómo puede mejorar? - ¿Mejorarías o cambiarías algo?
Cuestiones sobre el proceso debriefing	- ¿Cuál es tu valoración global del momento del debriefing? - ¿Qué papel has tenido en esta parte? - ¿Qué te ha resultado más difícil? ¿Y más fácil? ¿Por qué? - ¿Cómo valoras la participación del alumnado? ¿Cómo se puede mejorar? - ¿Mejorarías o cambiarías algo? ¿Qué mantendrías?
Conclusión y cierre	- ¿Añadirías algún cambio en el plan de estudios de la titulación? ¿Por qué? - ¿Qué le dirías a un compañero que nunca ha utilizado la simulación en su asignatura? - ¿Quieres añadir algo más?

Figura 11. Guion de la entrevista

- **Grupos de discusión:**

La confección del guion para los grupos de discusión tiene una estructura similar a la de las entrevistas y se organiza prácticamente en torno a los mismos bloques temáticos. Únicamente se sustituye el relativo al diseño de la simulación por otro que indaga acerca de los contenidos y la evaluación de la misma. De nuevo destacamos la

flexibilidad en cuanto a su aplicación. En este caso, además, insistimos en la garantía de anonimato y confidencialidad de los participantes y los datos aportados en respuesta a una preocupación evidente y generalizada por las repercusiones que las opiniones aportadas puedan tener y en aras de evitar respuestas socialmente deseables, en lugar de sus verdaderas opiniones y pensamientos.

Al igual que hemos hecho para la entrevista, tras haber conseguido el consentimiento de los participantes, los grupo de discusión han sido grabados.

Cuestiones generales. Inicio de la conversación	- ¿Cuántas simulaciones habéis hecho en la asignatura? ¿De qué tipo (caso clínico)? - ¿Cuál es vuestra valoración general de la experiencia? ¿Por qué? - ¿Me podrías decir cuáles eran vuestras expectativas, las ideas que teníais antes de la experiencia? ¿y los sentimientos y sensaciones de después fueron acordes? - ¿Qué os ha resultado más llamativo, novedoso? ¿Por qué? - ¿Qué diferencias esenciales encontráis entre las asignaturas impartidas tradicionalmente en la facultad de medicina y las que han integrado la experiencia de simulación? ¿Qué podéis destacar de una que no tenga la otra y viceversa? - ¿Qué tipo de aprendizaje facilita una y otra? ¿Por qué? - ¿Cuál creéis que ha conseguido un mejor aprendizaje? - Si tuvierais que elegir, ¿cuál preferís? ¿Por qué? - ¿Qué importancia creéis que tiene en vuestra formación?
---	---

Cuestiones relativas a los contenidos y la evaluación de la experiencia de simulación	- ¿Qué opinión tenéis acerca de los temas sobre los que habéis desarrollado la experiencia de simulación? ¿Cambiaríais algo? - ¿Y sobre la coordinación con los contenidos de la asignatura? ¿Cambiaríais o mejoraríais algo? - ¿Tiene algún peso la simulación en la evaluación de la asignatura? ¿Por qué?
Cuestiones sobre el desarrollo simulación	- ¿Qué destacaríais de momento de la simulación? - ¿Cómo os habéis manejado/defendido? - ¿Cómo os habéis sentido? - ¿Qué os ha resultado más fácil de la actividad? ¿Por qué? - ¿Qué os ha resultado más difícil de la actividad? ¿Por qué? - ¿Qué opinión os merece la actuación de los instructores? - ¿Cómo valoráis vuestra participación? ¿Y la de los compañeros? ¿Y la del profesor? - ¿Qué mejorarías o cambiaríais? - ¿Qué mantendrías?
Cuestiones sobre el proceso de debriefing	- ¿Qué destacaríais del momento del debriefing? - ¿Cómo os habéis manejado/defendido? - ¿Cómo os habéis sentido? - ¿Qué os ha resultado más fácil de la actividad? ¿Por qué? - ¿Qué os ha resultado más difícil de la actividad? ¿Por qué? - ¿Qué opinión os merece la actuación de los instructor/profesor?

	- ¿Cómo valoráis vuestra participación? ¿Y la de vuestros compañeros? - ¿Creéis que es necesario ver la grabación de la simulación para realizar el debriefing? - ¿Os ha permitido establecer relaciones con los contenidos trabajados en la asignatura? - ¿Qué mejorarías o cambiaríais? - ¿Qué mantendrías?
Conclusión y cierre	- Si se volviera a repetir una situación similar a la del momento de la simulación... ¿pensáis que actuaríais de otra manera distinta a como lo habéis hecho inicialmente? - ¿Qué le diríais a vuestros compañeros de un curso por debajo de cara a enfrentarse por primera vez a una experiencia como la que vosotros habéis tenido? - ¿Queréis añadir algo más?

Figura 12. Guion del grupo de discusión

- **Observaciones:**

Antes de realizar la entrevista al profesor de Medicina Interna y el grupo de discusión con sus alumnos, realizamos dos observaciones de dos sesiones de la experiencia de simulación. La aplicación de esta técnica de recogida de datos no estaba prevista en un primer momento, y es a raíz de una conversación con el director del Hospital Virtual como se nos ocurre la idea de añadir, a los relatos contados por los protagonistas, información proveniente de una observación. A pesar de estar presentes tanto en el momento de la simulación como en el debriefing, decidimos restringir la

observación y la toma de notas de campo a esta segunda fase, el debriefing, ya que tiene objetivos educativos más interesantes y donde se pone en juego todo lo acontecido en la primera, que por sí misma resulta excesivamente difícil de comprender para alguien procedente de otro campo de conocimiento, dadas la jerga utilizada y las acciones médicas llevadas a cabo.

Como ya señalamos con anterioridad, el papel que tomamos es no participante, procurando perturbar lo menos posible el desarrollo habitual de las sesiones de debriefing observadas.

El alumnado de dicha asignatura se divide en grupos de ocho alumnos, que a lo largo de una mañana van realizando las sesiones de simulación y debriefing. En total son seis grupos, y por razones temporales a las que hemos aludido previamente sólo hemos realizado una observación de los dos primeros.

A pesar de que no es de nuestro interés realizar una lista detallada de los aspectos a observar, pues procuramos mantener una actitud abierta y liberada de prejuicios que nos permita recoger aspectos novedosos igualmente relevantes, sí resaltamos algunos aspectos interesantes susceptibles de observar que nos ayudan a focalizar la atención y no sobrecargarnos con la cantidad de información que llega a nosotros:

- Ambiente general de la sesión de debriefing: participantes, cómo se sitúa el espacio, duración, materiales utilizados...
- Participación de los estudiantes: interacciones entre ellos, con el profesor/instructor, iniciativa en la interacción...
- Participación del instructor y el profesor.
- Resolución de dudas y establecimiento de conclusiones.
- Ambiente relacional de la sesión.

3.3.3. Retirada del escenario

e) Análisis de la información:

Como señala Colás (1998), el análisis de la información en investigación cualitativa consiste en la aplicación de técnicas y procedimientos que permitan establecer inferencias y ver si se han cumplido los objetivos planteados. Para esta autora es una de las cuestiones más dificultosas, dado el carácter tan abierto y flexible de esta metodología y la escasez de orientaciones que existen al respecto.

En esta investigación, atendiendo al carácter circular y emergente que previamente hemos mencionado, abogamos por una recogida y un análisis de información que están interconectados y se desarrollan en paralelo, de manera que aunque ha existido un momento concreto para dedicar de manera exhaustiva al apartado de análisis de datos, éste, en realidad, ha ido realizándose de manera constante a lo largo de todo el estudio.

Para facilitar y sistematizar esta fase de la investigación hemos realizado, en primer lugar, una transcripción de toda la información procedente de las distintas fuentes de datos (entrevistas, grupos de discusión, observaciones). Dichas transcripciones nos han servido, a su vez, para la realización de una codificación temática. Este proceso se entiende como *“representar las operaciones por las cuales los datos se desglosan, conceptualizan y vuelven a reunir de nuevas maneras. Es el proceso central por el que se construyen teorías a partir de los datos”* (Straus y Corbin, 1990: 57), (citado por Flick, 2004: 193). La categorización parte de asignar códigos a distintos fragmentos de la información, organizados por bloques temáticos o categorías. Además, pueden existir categorías de distintos niveles (superiores e inferiores), así como conceptos que se sitúan en el mismo nivel. Utilizando estos códigos se procede al desarrollo de teorías por medio de un proceso de abstracción (Flick, 2004).

A continuación, se recogen y se describen las categorías y los códigos utilizados para el análisis de la información:

Categorías	Códigos	
Diseño	<i>Planificación</i>	Testimonios y declaraciones generales por parte de los profesores sobre la planificación de la experiencia: dificultades, facilidades, coordinación con otros profesionales.
	<i>Contenidos</i>	Declaraciones relativas a las características del caso clínico desarrollado y a su coordinación con los contenidos que se han impartido en la asignatura.
	<i>Evaluación</i>	Observaciones y testimonios que se refieren a la evaluación de los alumnos sobre experiencia de simulación.
Simulación	<i>Experiencia implementada</i>	Declaraciones relativas al planteamiento y las características generales de la experiencia de simulación desarrollada.
	<i>Actuación de los profesores y actores</i>	Testimonios y reflexiones relativos al papel de los profesores durante el proceso de simulación así como sobre intervención e interpretación de los diferentes actores que tomaron parte en el desarrollo de la simulación.
	<i>Actuación de los alumnos</i>	Declaraciones y valoraciones generales sobre el comportamiento y la participación de los alumnos durante la fase de simulación.
	<i>Facilidades</i>	Declaraciones y testimonios relacionados con las cuestiones que resultaron más sencillas en el desarrollo de la simulación a los profesores y a los alumnos.
	<i>Dificultades</i>	Declaraciones y reflexiones relativas a los aspectos más conflictivos/complicados a los que los informantes tuvieron que hacer frente durante la simulación.
	<i>Puntos fuertes</i>	Consideraciones y percepciones respecto a los beneficios y aspectos más destacables de la etapa de simulación.
	<i>Aspectos a mejorar</i>	Declaraciones acerca de algunas limitaciones encontradas en el desarrollo de la simulación y cómo éstas podrían mejorarse.

Debriefing	<i>Experiencia implementada</i>	Declaraciones y observaciones relativas al planteamiento y a las características generales de la experiencia de debriefing desarrollada.
	<i>Actuación de los profesores/instructores</i>	Testimonios y reflexiones relativas a la intervención y participación de los profesores o instructores encargados de dirigir la fase de debriefing.
	<i>Intervención de los alumnos</i>	Declaraciones generales acerca de la participación de los alumnos durante la fase de simulación.
	<i>Facilidades</i>	Declaraciones y observaciones relacionadas con las cuestiones que resultaron más sencillas en el desarrollo del debriefing a los profesores y a los alumnos.
	<i>Dificultades</i>	Declaraciones y observaciones relativas a los aspectos más conflictivos/complicados a los que los informantes tuvieron que hacer frente durante el debriefing.
	<i>Puntos fuertes</i>	Consideraciones y observaciones respecto a los aspectos más destacables o beneficiosos percibidos en la fase de debriefing.
	<i>Aspectos a mejorar</i>	Declaraciones y observaciones acerca de algunas limitaciones encontradas en el desarrollo del debriefing y cómo éstas podrían mejorarse.
Evaluación final	<i>Valoración global</i>	Testimonios y consideraciones que hacen referencia a la valoración final que realizan los informantes de la experiencia al completo en todas sus etapas.
	<i>Aprendizaje</i>	Valoraciones y reflexiones referidas al aprendizaje conseguido y diferencias con el aprendizaje desarrollado en asignaturas tradicionales de la licenciatura de medicina que no han incorporado la experiencia de simulación.
		Reflexiones y sugerencias sobre el diseño de futuras

	<i>Orientaciones futuras</i>	experiencias de simulación y del plan de estudios de la titulación así como consejos y recomendaciones a docentes y alumnos que vayan a participar en años próximos.
--	-------------------------------------	--

Asimismo, los códigos asignados a las transcripciones y la información procedentes de la utilización de las distintas técnicas mencionadas con anterioridad son los siguientes:

- Entrevista nº1, profesor de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina, cuarto curso: E. 1.
- Entrevista nº2, profesor de Medicina Interna en la Facultad de Medicina, sexto curso: E. 2.
- Grupo de discusión nº1, estudiantes de medicina en la asignatura de Medicina Interna, sexto curso: G. D. 1.
- Grupo de discusión nº2, estudiantes de medicina en la asignatura de Obstetricia y Ginecología, cuarto curso: G. D. 2.
- Observación nº1, primer grupo de estudiantes de Medicina Interna en el desarrollo del debriefing: Obs. 1.
- Observación nº2, segundo grupo de estudiantes de Medicina Interna en el desarrollo del debriefing: Obs. 2.

f) Resultados:

1) DISEÑO

1. 1. Planificación:

Ya hemos señalado con anterioridad que el Hospital Virtual de Cantabria abre sus puertas hace aproximadamente una década, dedicándose, en sus inicios, a la formación continua de médicos y residentes a partir de experiencias de simulación importadas principalmente de Norteamérica.

La introducción de este tipo de formación en el currículum universitario data, sin embargo, de muy pocos años, habiendo tenido lugar la primera experiencia de simulación con alumnos de la Facultad de Medicina en el año 2009/2010, en la

asignatura de Medicina Interna, impartida en el sexto curso, introduciéndose, un año después, en la asignatura de Obstetricia y Ginecología, de cuarto.

De tal modo, son sólo dos las asignaturas que por el momento integran en su currículum este tipo de experiencias, experiencias cuya dedicación temporal durante el cuatrimestre es aún insuficiente, sobre lo que más adelante reflexionaremos con mayor minuciosidad.

A pesar de que aún no constituye una experiencia consolidada y más ampliamente desarrollada e integrada en el currículum de las asignaturas señaladas con anterioridad, su desarrollo conlleva una importante preparación o planificación previa por parte de los profesores responsables de las asignaturas y encargados principales de implementarlo.

Ambos, médicos en activo además de docentes universitarios, llevan muchos años dedicados a la enseñanza y no han tenido demasiados problemas a la hora de llevar a cabo la planificación de estas experiencias, similares, al fin y al cabo, a los casos médicos que ellos están habituados a tratar casi todos los días. De ahí que uno de los docentes considere la elección de los escenarios a representar como la tarea más sencilla:

“Lo más fácil... escoger los escenarios” (E.2).

Las mayores dificultades encontradas, como ambos señalan, hace referencia a las limitaciones temporales.

En primer lugar, por la necesidad de adaptarse a un calendario tan apretado como es el de la carrera de medicina:

“Yo he dicho, bueno, los días que podáis, lo ponemos. Hemos hecho una cartelera, hemos ido reajustando la pizarra... y al final ha salido 2, 5, 14, 22, tal, tal, tal... cuando ellos han podido. Es decir, yo he respectado clases, asignaturas, optativas, no sé qué, patatín, patatán, prácticas de no sé qué...” (E. 1).

En segundo lugar, si bien ha sido una experiencia corta dentro de las asignaturas, el trabajo que subyace a ellas es largo y exhaustivo, desde la elección de los casos a simular, hasta el establecimiento de un guion de interpretación o la preparación de los medios tecnológicos necesarios. Y si contamos con que además de profesores, con el constreñimiento temporal que ya implica, estos docentes son también médicos, las barreras u obstáculos que supone la falta de tiempo se acrecientan mucho más.

De ahí que, en el caso de la asignatura de Medicina Interna, la experiencia de simulación y debriefing se haya desarrollado a lo largo de tan sólo un día en el que han pasado lo distintos grupos (formados por ocho alumnos). Cada sesión completa (simulación y debriefing) ha durado aproximadamente una hora para cada grupo. Estas limitaciones temporales no han permitido que todos los estudiantes hayan podido desarrollar dicha experiencia, habiéndose elegido a los primeros cincuenta alumnos (de unos cien matriculados) que consiguieran apuntarse en una lista proporcionada por el profesor.

No ha sido tan restringido el caso de Obstetricia y Ginecología, en el que han participado todos los estudiantes, divididos en grupos de diez (también eran cien), a razón de dos grupos cada semana, prolongándose la experiencia, por consiguiente, durante cinco semanas. Cada grupo, entre simulación y debriefing, ha desarrollado una experiencia de cuatro horas.

Una solución para evitar tanta premura podría ser, sin lugar a dudas, la coordinación y ayuda entre distintos profesionales. Sin embargo, resulta curioso, aunque no sorprendente, que apenas haya existido, relegándose la colaboración únicamente al director del Hospital Virtual y, en el caso del profesor de Obstetricia y Ginecología, a otro médico y profesor del ámbito de Ginecología con el que ha desarrollado conjuntamente la experiencia de simulación.

“No, no ha habido coordinación [...]. Entonces yo lo he presentado ahí y nos lo han dado, bien, y la única coordinación, es decir, ha sido que yo me he adaptado, los días se han adaptado a las ocupaciones o necesidades que tuvieron los alumnos por otras asignaturas” (E. 1).

De hecho, este docente se sorprende cuando le preguntamos si ha existido algún tipo de comunicación o colaboración con el otro profesor que, hasta ahora, ha desarrollado la experiencia de simulación en su asignatura, cosa que parece no resultarle plausible por impartir clases en otro curso y en otra asignatura. Vemos cómo, incluso dentro del mismo ámbito de conocimientos, el de la medicina, existe una parcelación o desconexión importante entre los distintos “subámbitos”, que a su vez se caracterizan por un campo muy restringido de conocimientos y una jerga todavía más específica de la que ya distingue y dota de autonomía al ámbito más general. Esa concepción del especialista a la que aludimos previamente se estrecha todavía mucho más dentro de la misma carrera de medicina, resultando la separación e independencia entre los distintos campos verdaderamente acusada.

A pesar de esta parcelación tan extrema de su propio campo de conocimiento de la que parecen no ser conscientes, los docentes sí han echado en falta cierta ayuda proveniente del campo de la educación a la hora de planificar esta experiencia de simulación. Puede que este tipo de iniciativas de aprendizaje innovadoras y, en gran medida, desconcertantes para algunos profesores, encorsetados bajo las rutinas y “certezas” de la enseñanza tradicional, acucien la necesidad de apoyo y fomenten una colaboración mayor entre profesionales de distintos ámbitos que pueden empezar a sentar las bases para la promoción de experiencias y aprendizajes caracterizados por la interdisciplinariedad.

“Bueno... no de manera urgente, ¿no? Pero es probable que alguien que tuviera conocimientos pedagógicos más profundos hubiera sido de utilidad a la hora de diseñar algunos aspectos...” (E. 2).

La última dificultad encontrada hace referencia a la planificación con los alumnos, a su preparación previa para que entiendan que es una práctica distinta a las desarrolladas convencionalmente en medicina sin desvelarles, a su vez, demasiada información que pueda asentar prejuicios o expectativas que influyan en sus actuaciones. La idea es que vayan “en blanco”, que sean capaces de improvisar o actuar como lo harían en una situación real, para lo que los docentes consideran necesario contar lo menos posible de lo que en la práctica va a tener lugar.

“Ni me lo habían comentado en cursos anteriores ni nada, me habían dicho qué era eso, o sea, no teníamos ni idea de totalmente nada. Yo por eso, de hecho, tampoco los profesores lo querían mantener un poco en secreto y tal para que tú de alguna manera, jolín, pues empieces a actuar, porque de hecho consiste en un poco saber desenvolverte y saber actuar ante ciertas situaciones que si de alguna manera ya las prevés porque te lo cuentan o porque piensas un poco cómo va...” (G. D. 2).

Como observamos, son los propios prácticos, los médicos que todos los días se enfrentan a la variedad y complejidad de situaciones, quienes diseñen y construyen esas simulaciones. Tal y como hemos visto, Schön ya destacó la pertinencia del protagonismo de los prácticos a la hora de diseñar y planificar las experiencias de simulación, por considerar que dichos profesionales son quienes mejor pueden definir los problemas habituales y configurar las situaciones para ajustarlas a sus métodos y a su conocimiento profesional. Sin embargo, tampoco conviene desprestigiar el valor de la teoría para el diseño de estas experiencias. De hecho, estos prácticos, médicos en

activo, son también docentes y teóricos en la universidad, confluendo en ellos esta armonía necesaria que debe existir entre la teoría y la práctica, sobre la que nos explayaremos en reflexiones posteriores

1. 2. Contenidos:

Ya hemos señalado en el apartado anterior que la elección de los contenidos susceptibles de simulación ha sido una tarea relativamente sencilla para el profesorado. El criterio preeminente que ha regido la selección ha sido el de representatividad de los casos dentro de esa especialidad médica. De ahí que para la asignatura de Obstetricia y Ginecología se haya simulado un parto y para la de Medicina Interna un caso típico de urgencias, un infarto.

Sin embargo, a ambos casos clínicos se les han añadido algunas complicaciones que, si bien han respetado la necesidad de ser asequibles para los alumnos, han permitido la aparición de ciertas discrepancias y situaciones conflictivas y de tensión a la hora de enfrentarse al caso, deseables para el favorecimiento del aprendizaje.

“Pues hemos escogido una serie de situaciones, una serie de escenarios en virtud de que sean problemas frecuentes, de que sean susceptibles de simularse, porque hay cosas que son más fáciles de plantear la simulación mientras no... que sean susceptibles de simularse con ese, con esa tecnología concreta que íbamos a usar, ¿no? Y después, que tengan una dificultad razonable para el nivel de los estudiantes, de manera que ni sean absolutamente simples y evidentes en sí mismo ni tampoco que tengan un nivel de complejidad que se escape del nivel que se espera de un estudiante” (E. 2).

Pero, además de estos contenidos puramente conceptuales, la experiencia de simulación ha servido para desplegar otro tipo de habilidades y capacidades básicas para el desarrollo de la profesión médica y muy difícilmente aprehensibles a través de explicaciones meramente teóricas.

“Hemos insistido mucho en el comportamiento humano porque el aspecto humano no se puede perder nunca, nunca, nunca, nunca. Y si solamente hacemos maniobras técnicas, malo...” (E. 1).

Se ha insistido mucho en el desarrollo de habilidades intra e interpersonales, focalizando la atención en el importante componente ético indiscutiblemente ligado a cualquier profesión y, muy especialmente, a aquellas que tratan con personas, como es la medicina.

“Hay algo que no hemos dicho, (...), que es la esfera psicológica del paciente, que se consiguió muy bien, y de hecho nos ponía en muchos aprietos, porque por ejemplo nuestro paciente que era un neumotórax a tensión pues no se quería pinchar. Y claro, no se quería pinchar. Y si no pinchas a un paciente con neumotórax a tensión se te muere, es el tratamiento, hay que pincharle” ... “Te ponen el aspecto ético”. (G. D. 1)

Esta experiencia permite superar, por tanto, la tendencia universitaria que canaliza sus objetivos únicamente en la adquisición de unos conceptos y unas habilidades puramente instrumentales. Además de la dimensión técnica, a la que también incluye, esta iniciativa supone esa experiencia de aprendizaje holística demandada, como vimos, por autores como Zeichner, Schön y Brokbank y McGill, en la que se integran de forma compleja, además, los aspectos éticos, morales, políticos, emocionales, etc., que se ponen en juego en cualquier profesión.

Finalmente, señalar que ha existido una coordinación absoluta entre la experiencia de simulación desarrollada y los contenidos trabajados en sendas asignaturas pues, como hemos dicho, se trata de casos clínicos comunes y ampliamente estudiados. En este sentido, resulta muy beneficioso el hecho de que sean los propios profesores responsables de las asignaturas los que organizan y planifican la experiencia junto con el Hospital Virtual (a pesar de la necesidad detectada de mayor comunicación y ayuda por parte de otros profesionales). Esto evita que ambas instituciones se configuren como departamentos estancos y descompasados que parcelan e inevitablemente des-coordinan sus actuaciones con los estudiantes.

1. 3. Evaluación:

A pesar de saber de antemano que en esta experiencia, por breve y puntual, no ha existido evaluación final (entendida de manera tradicional), sí nos ha parecido interesante indagar acerca de la opinión que merece dicha ausencia a unos estudiantes acostumbrados a ser evaluados de prácticamente todo lo que han trabajado y estudiado durante la carrera.

“Los silencios hubiesen sido prolongadísimos si te están evaluando. Yo me acuerdo que en un momento cogí y dije, ponle morfina, cuánto le pongo, dije 3 mg. No me lo pensé, yo sabía que estaba entre... igual tenían que haber sido 4, pero más o menos se le ponían de inicio 4 o así, dije 3 mg. Yo si estoy en el examen no digo ni ponle morfina ni 3 mg., me callo la boca...” (G. D. 1).

Todos los estudiantes, gratamente sorprendidos, apuntan a lo beneficioso y productivo que ha resultado el hecho de que su actuación durante la experiencia no haya desembocado en una nota final. Hacen referencia, en numerosas ocasiones, al miedo al error que han interiorizado gracias a un sistema educativo de inclinación tecnicista y focalizado únicamente en los resultados, que ha tendido a entender la equivocación como motivo de humillación y penalización, estropeando y pervirtiendo el valor del error y las grandes oportunidades que constituye para el aprendizaje.

“Que alguien lo diga ¿entiendes?, pues esto, que me he equivocado ya me corregirán luego, pero es muy constructivo en ese aspecto. Me parece muy bien que no se evalúe porque es cuando verdaderamente te vale para algo. Si no, vamos a estar todos callados esperando que alguien haga algo” (G. D. 1).

Todos coinciden en que la ausencia de evaluación les ha permitido relajarse, participar más, disfrutar y, sobre todo, aprender. Hacemos referencia, de nuevo, a ese aprendizaje lúdico sobre el que incidimos en la justificación de este trabajo, según el cual, y en contra de la tradición escolar y universitaria, diversión y aprendizaje no son, en absoluto, incompatibles.

“Porque si no aquí todos estamos a lo mismo, claro, aquí a nosotros lo que nos interesa es sacar la carrera. Y entonces si a ti en un momento que te dicen, cuenta, venimos todos que ya no disfrutamos, ya no aprendemos, estás... solamente quedándote con la información a ver si no me vaya a preguntar algo. Yo ese día, estábamos relajados, sabíamos que no nos iban a preguntar nada, que estaban disfrutando, aprendiendo cosas y ya está. O sea, yo creo que no, que no...” (G. D. 2).

De hecho, y a tenor de las palabras de los estudiantes, parece el componente recreativo carente de evaluación final ha conseguido aprendizajes mucho más constructivos y significativos que si la experiencia se hubiese desarrollado bajo las características habituales de las clases y experiencias universitarias.

2. SIMULACIÓN

2. 1. Experiencia implementada:

En este apartado vamos a tratar de describir, de manera general, en qué han consistido las experiencias de simulación concretas que han sido objeto de estudio. Ya hemos señalado en el apartado de diseño que ambas prácticas no han tenido

exactamente las mismas características, dado que la diferencia de tiempo destinado a ellas ha sido considerable. No obstante, y como tampoco es hacer un estudio comparativo lo que nos interesa, trataré de explicar las generalidades que las experiencias desarrolladas en la asignatura de Obstetricia y en la de Medicina Interna comparten.

En ambos casos las experiencias se han desarrollado en un quirófano virtual, equipado con los mismos materiales e instrumentos que encontramos en uno real y lo más importante, el maniquí que emula al paciente. Este quirófano colinda con otra sala, separada por un cristal unidireccional, lo que permite la observación de todo el proceso de simulación sin la presencia física del profesor. Esta sala cuenta, además, con pantallas en las que se puede observar con mayor detalle lo que ocurre en el interior del quirófano. Dentro de la sala y participando como actor o actriz en estas simulaciones, encontramos también lo que se denomina un “confederado”, desarrollando diferentes papeles, como puede ser el de enfermero o enfermera. Su función consiste en realizar las mismas cosas que se harían si el caso fuera real (pinchar glucosa, poner una vía...) bajo las instrucciones del alumno-médico. Además, dicho individuo tiene un pinganillo en la oreja por el que se le dan instrucciones de qué hacer en función de cómo se va desarrollando la sesión y de las decisiones que los alumnos toman. En ocasiones, el profesor puede intervenir también como actor. En la sala contigua pueden situarse: el profesor (o profesores) responsable de esta asignatura, un médico del Hospital Virtual formado en técnicas de simulación y debriefing, denominado “instructor”, el director del Hospital Virtual y un actor encargado de dar voz al muñeco que representa al paciente.

El grupo de alumnos se divide en dos y cada uno desarrolla un caso médico distinto. En el primero participa el primer subgrupo mientras el otro observa (bien dentro del quirófano o bien desde la sala contigua), invirtiéndose los papeles para el segundo caso.

Como adelantamos en el apartado de contenidos, el desarrollo de la simulación se ha centrado especialmente en el desarrollo de habilidades relacionado con el manejo con los pacientes, relegando a un segundo plano, en opinión de los estudiantes, la resolución del caso y el dictamen de un diagnóstico.

“Es que yo creo que lo enfocaron, más que los conocimientos de ver si llegamos al diagnóstico y tratamos bien, más a ver cómo nos desenvolvíamos con el paciente, ese era el enfoque...” (G. D. 1)

“Yo creo que salí con la sensación de que lo que se pretendían no era llegar al diagnóstico sino aprenderte a manejar el paciente” (G. D. 1).

De este modo, y estableciendo cierta distancia respecto a las clases magistrales que tienen lugar habitualmente en la universidad, donde prima el diagnóstico, la finalidad de este ejercicio práctico se ha centrado en el desarrollo de unas habilidades personales e interpersonales que difícilmente pueden ser aprehensibles mediante el estudio, sin estar directamente involucrado en dicha situación. El valor esencial de esta experiencia y que la diferencia de todas las demás se halla, primordialmente, en que los alumnos se ven inmersos en una situación cuasireal en la que, por primera vez, ellos son los únicos protagonistas y máximos responsables. La causa preeminente de la necesidad de priorizar unos aspectos sobre otros tiene que ver, como ya hemos señalado, con la escasez de tiempo dedicada al desarrollo de la experiencia de simulación y debriefing, especialmente acusada en esta última fase de la práctica, que torna imprescindible la necesidad de elegir. Se hace comprensible, de esta manera, que esta obligada elección entre unos y otras cuestiones que pueden verse favorecidas por dicha experiencia, otorgue prioridad al tratamiento de aquellas habilidades que no pueden ser desarrolladas en los contextos habituales en que tiene lugar la formación de estos médicos en potencia.

2. 2. Actuación de los profesores y actores:

Tanto profesores como alumnos coinciden en destacar el trabajo y la interpretación de los actores y actrices que tomaron parte en la simulación. Resaltan, de manera muy especial, el realismo de sus actuaciones y el trato afable que recibieron por parte de los mismos.

“De 10, la verdad es que de 10. La enfermera... porque tenía un realismo que parecía que estaba tratando allí al típico hombrecillo” (G. D. 1).

“Y es que además les veías a ellos encantados, que es que yo creo que a nadie, bah, los que yo conozco, nadie más de, con los que hemos tenido prácticas...” (G. D. 2).

Respecto a los docentes, existe cierta divergencia en cuanto a sus actuaciones, puesto que en uno de los casos, el de Obstetricia y Ginecología, el médico asumió el papel de actor, interpretando a un médico joven, mientras que en el caso de Medicina

Interna el docente permaneció tras el cristal de la sala contigua observando las actuaciones de los alumnos. No obstante, su trabajo no fue tan sólo observar, ya que existió una importante labor de coordinación y control resultado de un devenir de acontecimientos que precisó de determinados cambios ad hoc sobre lo que inicialmente estaba planificado. Es interesante, en este sentido, que la experiencia de aprendizaje, a pesar de una planificación previa que huye de cualquier improvisación, se adaptara a las características y al ritmo de los aprendices, algo esencial en cualquier proceso de educativo con independencia del lugar o práctica que se esté desarrollando, partiendo de la concepción de cada estudiante como un sujeto con características, habilidades y ritmos singulares.

“El diseño de la actividad, el diseño de los escenarios, la coordinación de la actividad... Durante la simulación en sí misma pues la dirección del escenario, ¿no? Porque hay veces que las cosas se modifican sobre la marcha porque no es absolutamente predecible...” (E. 2).

Los alumnos destacan, asimismo, los beneficios de la ausencia de este docente en el momento de la simulación (a pesar de estar observándoles tras el cristal).

—A mí me gustó que R. no estuviera.

—O sea, estaba pero no estaba.

—O sea, no verle.

—Sí, sí, eso a mí me dio la vida.

—Pero intuyes lo que está pensando, yo ya me veía entrando en la simulación y pidiendo algo y la cara de R., que se le ven los ojos aunque no cambie la expresión de decir, ay Dios mío, qué penita me das. Yo lo agradecí (G. D. 1).

De nuevo se hace patente el miedo al error, a la equivocación, fraguada e interiorizada desde la escuela y que una orientación universitaria marcada por clases magistrales y focalización en los resultados ha consolidado y acrecentado.

El caso de la asignatura de Obstetricia y Ginecología contó con una peculiaridad. Además de la simulación de un caso clínico real, los alumnos, con ayuda de los docentes, ensayaron técnicas médicas de extracción del bebé a la hora del parto.

“Pero luego, por ejemplo, había ciertas cosas que te enseñaban, por ejemplo te enseñaban a hacer un tacto vaginal o te enseñaban a cómo extraer al bebé,

cosas básicas, que eso lo hacíamos uno por uno y te iba diciendo qué tienes que reconocer” (G. D. 2).

Los estudiantes resaltan la disposición de los docentes y el aprendizaje guiado que se desarrolló. Resulta muy fructífero, como señala Schön (1992), combinar el aprender haciendo de los alumnos con sus interacciones con los tutores y los otros compañeros, como ha sido en este caso. El diálogo establecido entre los sujetos que han tomado parte en la situación ayuda a desarrollar ese pensamiento y aprendizaje reflexivos esenciales para el desarrollo de profesionales competentes al que aludimos en el marco teórico de este trabajo.

“Fue increíble. Yo te repito lo que te he dicho antes, o sea, tener una persona como es D.M., y que nada más verte, te viene como una sonrisa, te dice: “vamos a hacer esto, vamos a hacer lo otro”, y lo has entendido y es que encima te dice: “pero si no has entendido, dímelo que te lo repito hasta que lo entiendas”, bueno, eso, es que es impagable, de verdad que es impagable” (G. D. 2).

Además, como ya señalamos anteriormente, la simulación posibilita que el estudiante corrija y repita la experiencia todas las veces sea necesario, para llegar a desarrollar una serie de habilidades que permitan un actuar profesional más competente y “experto” (Galindo y Visbal, 2007). Y dicha repetición es otra cosa efusivamente destacada por el alumnado. En contrapartida a las clases tradicionales focalizadas en la evaluación a las que estos alumnos y docentes están habituados, vislumbramos en esta experiencia un “enfoque de formación guiada por errores” que otorga a la equivocación un valor crucial como oportunidad para aprender.

—Es que estaban contigo y si no lo sabías hacer te volvían a enseñar y como que le veías muy dispuestos.

—O repetías otra vez, y eso lo hicimos uno por uno, que hay que tener paciencia, que ellos lo están dando muchísimas veces y no, realmente, vamos, se empeñaba, poniendo... (G. D. 2).

2. 3. Actuación de los alumnos:

En cuanto a la intervención de los alumnos en la fase de simulación, destacamos que, al igual que los actores que tomaron parte en ella, éstos han desarrollado una gran variedad de papeles: médico joven, médico mayor, amiga, padres o madre, esposo o esposa... Resulta muy remarcable que no se les haya restringido únicamente a

representar el papel profesional que desarrollarán en un futuro, el de médicos, obligándoles, de esta forma, a ponerse en el lugar de todos los sujetos implicados en una circunstancia médica y acercándoles los conflictos éticos y morales que cualquier situación de este calibre implica.

Si bien los docentes se muestran sumamente satisfechos con su intervención y participación, no es así percibido por algunos estudiantes, quienes, críticos mucho más exigentes, apuntan a una no demasiado buena actuación empañada por los nervios en la que se sintieron incompetentes y peor preparados que el resto de sus compañeros.

“La mía bastante pobre, el día de la simulación, yo lo reconozco, de los cuatro que estábamos claramente la que menos participé fui yo” (G. D. 1).

“Yo les vi bastante más preparados de lo que me sentí yo” (G. D. 1).

Otros alumnos, sin embargo, aun conscientes de sus errores y limitaciones al ahora de actuar, se muestran mucho más optimistas y satisfechos con su desempeño durante la simulación.

“Yo bueno, cuando el paciente preguntaba que me quedaba así un poco parada, pero por lo general yo me noté bien. Ya te digo que iba con pocas expectativas y eso puede influirte, pero yo me vi bien” (G. D. 1).

Otro hallazgo interesante es el relativo al trabajo en equipo que han desarrollado. La mayoría de alumnos destacan lo provechoso de trabajar en grupo y de haber compartido dilemas y responsabilidades. Los alumnos de medicina, acostumbrados a un estudio y trabajo con una marcada orientación individualista y bajo grandes dosis de competitividad, especialmente acentuadas en los últimos años cercanos al MIR, se sorprenden de lo grato y fecundo que resulta trabajar en grupo para llegar a soluciones conjuntas y beneficiosas para el paciente.

—Era en plan rollo de lluvia de ideas, era como si ahora los cuatro nos ponemos aquí a decir marcas de tabaco, a ti a lo mejor se te ocurren tres, pero pim, pim, empiezan a salir un montón.

—En cuánto a medicina todos tenemos muchos... lo que digo, tenemos conocimientos pero nos complementamos mucho porque igual el detallín que le falta a uno lo tiene el otro, entonces yo tengo comprobado que si te pones a hacer un caso o discurrir un caso uno solo a discurrir entre dos, llegas a muchísimas más salidas.

—El apunte que te da uno dice, es verdad, y te recuerda datos, y tú le recuerdas otro a él, y él no sé qué, llegas a muchísima más información, podrías resolver,

ya no es que tengas... por ejemplo si estás haciendo preguntas de examen, tú sólo respondes 50 y el otro solo también 50, entre los dos responderías más de 100, complementas muchísimo. Es lo que quiero decir (G. D. 1).

Teniendo en cuenta que una de las máximas del trabajo real en el campo de medicina tiene que ver con la colaboración y comunicación entre distintos profesionales médicos, sería recomendable introducir, durante la carrera, más experiencias y prácticas que implicaran un trabajo en equipo y la consecución de objetivos compartidos.

2. 4. Facilidades:

En general, todos apuntan que el dictamen del diagnóstico fue la tarea más sencilla de la simulación. Sin embargo, todos ellos consideran que llegar al diagnóstico correcto no era el objetivo prioritario de la experiencia, más enfocada a desarrollar habilidades para el trato con el paciente y con el resto de profesionales, que les ha resultado mucho más dificultoso y sobre lo que incidiremos en el apartado subsiguiente.

Aquellos que no representaron el papel de médicos convienen en lo sencillo de sus actuaciones y consideran que prácticamente no tuvieron que hacer nada, a pesar de que en una situación real, quizá el rol más complicado de todos lo tenga aquel familiar o conocido que en una situación de estas características y ante su desconocimiento sanitario está obligado a mirar mientras los profesionales médicos actúan.

2. 5. Dificultades:

En contraposición con las facilidades, lo más conflictivo para los alumnos a la hora de actuar se ha emplazado en lo referente al trato personal y a la actuación bajo una situación de presión e impredecibilidad. Todos apuntan el nerviosismo, el estrés, la falta de seguridad y confianza a la hora de actuar en una situación realista como la que han acometido.

“Bueno, con un poquito de estrés, el estrés razonable, y quizás con una, con la percepción de la dificultad para aplicar en la práctica los conocimientos teóricos que tienen, que es precisamente de lo que se trata” (E. 2).

“Yo creo que nos faltó, y es lo que dice José, seguridad y confianza en nosotros mismos y se notó de cara al paciente. O sea, yo me pongo en el paciente y me vienen cuatro tíos y empiezan a preguntarse entre ellos y ummm, digo, ¿puede venir otro médico?, seguro, o sea, seguro, yo creo que eso es lo que nos faltó, esa seguridad”. (G. D. 1)

“Pero es un poco como que al principio te choca, te desconcierta, te pone ahí como en cierta presión, jolín, es una forma de... eso, de saber actuar en las situaciones que son realmente reales y que no te va a salir todo súper fácil en realidad, tienes a una persona que te está presionando, tienes al marido que es súper llorón, o lo que sea, y tienes ahí dentro todo el mundo y tú tienes que tener templanza y es obvio, lo que sentí en ese momento fue: “madre mía, trágame tierra”, pero con buena cara intenté sacar lo que tienes que sacar ahí, al bebé, y al final salió bien, así que...” (G. D. 2).

Todos ellos, sin quererlo, han aportado un sinfín de argumentos en contra de esa racionalidad técnica dominante durante los años 80 y que, desgraciadamente, sigue vigente en muchas universidades. Sus dificultades y conflictos a la hora de desempeñar esa situación real no han tenido que ver tanto con los conocimientos y medios, sino con la incapacidad de los estudiantes para utilizarlos y aplicarlos en una situación marcada por su carácter imprevisible y la toma de decisiones ad hoc.

“Por decirlo así, exacto, por decirlo así, no te sabes ni colocar, ni... no estás en situación” (G. D. 1)

“Sí, es básicamente eso que hemos apuntado, sobre todo eso, que si tienes 10 de conocimientos, aplicas... igual por la situación y sobre todo por la inexperiencia, aplicas uno, o 0,5, porque...” (G. D. 1).

Por tanto, son aquellas “zonas indeterminadas de la práctica” (Schön, 1992), que requieren tanto la aplicación de conceptos teóricos como la experimentación y toma de decisiones constante, donde los estudiantes encuentran los principales problemas y, por ende, sobre las que la universidad debiera incidir, empezando a generar experiencia desde la etapa formativa. No se trata de desdeñar una formación teórica que, indudablemente, es completamente necesaria, pero ésta sí ha de complementarse y coordinarse con una formación de cariz práctico o experiencial que permita que el estudiante no fragmente el sinfín de conocimientos, técnicas, habilidades y decisiones que un profesional en ejercicio conjuga y coordina a la hora de enfrentarse a las situaciones singulares de su práctica.

Además, muchos estudiantes aluden a la falta de coordinación existente a la hora de acometer el trabajo de manera grupal. Esta descoordinación seguramente encuentre su sentido en la tendencia de trabajo individualista y competitivo que domina en la universidad a la que aludimos con anterioridad, en detrimento a un trabajo en equipo que prevalece en la vida laboral.

2. 6. Puntos fuertes de la simulación:

Son muchos los beneficios y aspectos destacables que tanto los alumnos como los docentes resaltan de la etapa de simulación de que consta esta experiencia.

En primer lugar, todos ellos coinciden en señalar el notable realismo de la simulación. Dicha simulación permite recrear escenarios y casos clínicos reales con las características que se consideren necesarias, salvaguardando al paciente de sufrir riesgos reales que pueda poner en peligro su vida.

“Yo creo que una de las ideas es percibir esas sensaciones en un entorno en el cual en el fondo sabes que es un entorno seguro, que no va a pasar nada, nada se va a morir, que se hagan las cosas bien” (E. 2).

“A mí la realidad, el realismo” (G. D. 1).

Asimismo, la puesta en marcha de un caso que emula a la realidad permite desarrollar todas las implicaciones y consecuencias derivadas de cualquier decisión tomada, evitando la linealidad que implica el tratamiento habitual de los casos clínicos trabajados y analizados en el aula en donde es imposible comprobar los efectos de cuantas acciones llevemos a cabo. De este modo, y como hemos señalado con anterioridad, la experiencia de simulación permite poner en marcha y coordinar un conjunto de conocimientos y habilidades cruciales, no sólo conceptuales, a la hora de hacer frente a la práctica, respetando el carácter holístico y circular que estas situaciones implican en la realidad.

“Nº3 dice que la diferencia con los casos que se trabajan normalmente en clase, en los que te viene un paciente con unos síntomas y le das un tratamiento y ya está. Sin embargo, en la simulación puedes ver cómo todo lo que haces tiene consecuencias, una decisión lleva a otra consecuencia...” (Obs. 2).

Los alumnos apuntan, además, lo beneficioso de equivocarse sin la presión que supone la evaluación, para localizar sus puntos débiles y bloqueos e intentar actuar para su mejora. La simulación, asimismo, posibilita repetir intensivamente los procedimientos hasta lograr el objetivo académico planteado. Al no existir riesgos para el paciente los errores son permitidos y, además, deseables, y se utilizan, tanto en el momento de la simulación como en el debriefing, sobre el que reflexionaremos posteriormente, para promover el aprendizaje.

“Así se aprende mucho, pasándolo mal y viéndote en apuros y de los errores y además que, joder, no puedes cometer ningún error grave en... o sea, en la vida... o sea, a ver si me entiendes, en una práctica, un simulacro, es un simulacro” (G. D. 1)

No debemos olvidar tampoco el componente lúdico que conlleva la simulación. Los alumnos se divierten, disfrutan, y eso repercute en su motivación y, por ende, en su aprendizaje.

Además, algunos alumnos resaltan lo rentable de trabajar en grupos pequeños. En cualquier situación de aprendizaje, cuanto menor sea el grupo, más posibilidades existen de ofrecer ese seguimiento individualizado y respetuoso con el ritmo y características de los estudiantes tan necesario para favorecer un buen aprendizaje.

“Yo veo más productivo eso, hacerlo en grupos pequeños pero mejor un grupo de tres o cuatro antes que solo, porque no significa que no lo sepas lo que vas a hacer, pero igual eso, te quedas un poco bloqueado y uno dice una idea, el otro, sabes, te lo sabes, pero es que en ese momento no se te ocurre” (G. D. 1).

Por último, los alumnos aluden a la experiencia y la práctica como potenciadoras de aprendizajes mucho más significativos y duraderos. Experiencias como ésta conllevan una concepción del alumno como agente activo y constructor de su propio proceso de enseñanza-aprendizaje. El eje central del aprendizaje es el alumno, que participa y se implica en la tarea, en contraste con la docencia tradicional de la universidad a la que están acostumbrado estos estudiantes, donde han adquirido un papel pasivo y receptivo y han sido relegados a escuchar, tomar notas y, como única forma de participación, a plantear preguntas al profesor a lo largo de la clase.

“Habla nº5 y dice que todo lo que haces en el hospital virtual se te queda” (Obs. 2).

2. 7. Aspectos a mejorar de la simulación:

Curiosamente, este es uno de los apartados sobre los que menos información me han proporcionado tanto los estudiantes como los docentes. La simulación es para ellos una experiencia extraordinaria a la que nunca antes habían tenido acceso, experiencia en la que, como hemos dicho, los alumnos pueden, por primera vez, sentirse y actuar como los médicos potenciales que son. De este modo, y en coherencia con su entusiasmo, la principal limitación que han encontrado a la simulación reside en la falta de tiempo para

desarrollar dicha experiencia. La experiencia completa (simulación y debriefing) se desarrolla en tan sólo un día, lo que da lugar a que todo el proceso suceda de una manera ajetreada y embrollada en exceso, sin demasiado tiempo para actuar ni para asimilar o asentar la información.

“Sin embargo, la alumna nº1 se queja del poco tiempo que han tenido en el tiempo de la simulación para aplicar dicho tratamiento” (Obs. 1).

Por otra parte, los alumnos realizan una pequeña crítica de los actores que desempeñan el papel de paciente o personal no sanitario quienes, con la experiencia médica que les avala, no pueden evitar cometer algunos vicios y utilizar, sin quererlo, una jerga visiblemente propia del ámbito médico. No obstante no podemos olvidar que estamos trabajando bajo unas condiciones de simulación que, aunque emulen de manera fidedigna a la realidad, nunca van a poder configurarse un calco exacto y siempre van a existir variables que van a distorsionarse en mayor o menor medida.

“El problema es que también son médicos y de no querer, el que te está hablando es médico y de no querer utiliza cierta terminología, casi sin querer, aunque sea muy llana, pero utiliza algunos aspectos, algunas palabras o alguna pista que un paciente no te daría. Es que me duele no sé cómo, me duele...” (G. D. 1).

Por último, una llamada de atención sobre la reflexión que realiza uno de los docentes quien sugiere que, aunque la simulación parece tener utilidad para desarrollar aprendizajes por incidir en la motivación del alumnado, no podemos estar seguros ya que no hay evidencias empíricas que contrasten dicha hipótesis. Podemos comprobar, de este modo, el carácter pionero de esta experiencia que podríamos decir aún se encuentra en modo “experimental” y sobre la que se necesita investigar y reflexionar en años próximos para conseguir su consolidación como experiencia imprescindible en el currículum de medicina y promover su mejora continua.

“... pero no sé realmente hasta qué punto induce, mejor habilidades de forma persistente en el tiempo o hasta qué punto esa sensación de mejora de la motivación se traduce en modificación de conductas que favorezcan el aprendizaje” (E. 1).

3. DEBRIEFING:

3. 1. Experiencia implementada:

El debriefing tiene lugar con el mismo grupo formado para la simulación, justo al término de ésta, en una sala próxima al quirófano virtual y provista de una mesa

circular alrededor de la cual se disponen los alumnos, el profesor y/o el instructor. Cuenta, también, con algunas pantallas y una pizarra.

Debido a los problemas de tiempo, los alumnos se disponen rápidamente en sus asientos y, sin apenas preámbulos, comienza a desarrollarse la sesión, que puede estar dirigida por el profesor o profesores de la asignatura o bien por algún instructor. Cada uno suele dirigir a un grupo de manera aleatoria.

Los dos procesos de debriefing que hemos analizado consisten, esencialmente, en la generación un debate acerca de lo acontecido durante la simulación. Se trata de que los alumnos hablen y den sus opiniones, expresen sus dudas y también cómo se han sentido.

“El nuestro fue tal cual, nos han dicho que... bueno, entramos, dijeron: a ver, qué... dar las opiniones cada actor, dais vuestras opiniones y luego el resto las debaten” (G. D. 2).

El docente mantiene un papel secundario que permite a los estudiantes explayarse con libertad.

“Intentamos, como viste, hacer un debriefing no muy directivo, y más bien de apoyo más que un debriefing muy crítico con las actuaciones”(E.2).

Los objetivos perseguidos en esta fase son principalmente tres:

“en principio pretendemos evocar algunos aspectos que tienen que ver con las emociones, con las cosas que se han sentido y también con aspectos que tienen que ver con la relación que ha surgido, ¿no? Y hasta qué punto han surgido equipos o líderes no previamente explícitos... Y después cómo otros aspectos que son hasta puramente técnicos: qué cosas se han hecho bien, qué cosas se han hecho mal...” (E. 2).

Vemos cómo, a pesar de que esta experiencia trata de seguir los cánones establecidos por el CMS y la Universidad de Harvard, la implementación del debriefing no se ajusta demasiado a la estructura concreta que autoras como Rudolph han desarrollado y aplicado en sus respectivas Universidades.

El poco tiempo destinado a la fase de debriefing y la ausencia de sistematicidad, en contraste con la duración de la simulación, hace pensar que los docentes españoles conceden mucha más importancia, dentro de esta práctica, a la fase primera, que eclipsa a lo que desde la experiencia norteamericana se considera el núcleo de la práctica e impulso del aprendizaje: el debriefing.

Sin embargo, también cabe mencionar que, a pesar de no adaptarse demasiado a la estructura de debriefing propuesta, tampoco su desarrollo tiene lugar de manera

caótica. Gracias a las observaciones pude observar ciertas pautas o patrones en la forma de actuar de los profesores, especialmente del instructor, con una mayor formación en el terreno de la simulación, que inducen a pensar que sí ha existido un intento por aproximarse.

“A continuación, les pregunta con qué cosas han estado satisfechos, qué creen que han hecho bien. (...). Ahora pregunta a los integrantes del grupo 2 qué creen que los del grupo 1 ha hecho bien. (...). Ahora el profesor les pregunta qué creen que podrían mejorar. (...). El profesor pregunta ahora por dificultades técnicas. (...). El profesor pregunta ahora si creen que el paciente del primer caso tenía un infarto. (...). El profesor termina diciendo que “bueno, si esto os ha ayudado, me alegro...”. (...). El profesor les dice que hay que ir concluyendo, si tienen algo que añadir para terminar.” (Obs. 2).

Además, también se respetan los principios de “Debriefing with Good Judgment Approach”, donde los errores no se consideran algo vergonzoso y motivo de crítica, sino una oportunidad para aprender.

3. 2. Actuación del profesor/instructor:

Tal y como acabamos de señalar, la fase de debriefing ha estado dirigida por el profesor de la asignatura correspondiente o bien por un instructor. La elección de uno u otro responde a criterios aleatorios. A pesar de esta dirección a cargo de uno de ellos, ambos han estado presentes en el debriefing y han participado y matizado aspectos cuando han considerado oportuno. En la universidad, cada profesor tiene su parcela de conocimientos y su asignatura (o parte de ella), de la que es único y máximo responsable, y dicha permeabilidad y trabajo coordinado entre distintos docentes resulta prácticamente impensable. Por ello, quizá esta experiencia no sea pionera solamente en cuanto a la práctica de simulación, sino también respecto a cuestiones metodológicas como el hecho de que en un mismo aula se encuentren dos docentes que participan e interaccionan con el alumnado, complementando sus actuaciones y ofreciendo a los estudiantes una atención y apoyo más individualizados.

En palabras de los docentes, su función preeminente es ayudar a los alumnos a explicitar y reflexionar sobre lo ocurrido en la fase de simulación, focalizando la atención tanto en los aspectos técnicos como en los emocionales.

“En el debriefing... un poco facilitar la verbalización de lo ocurrido, ¿no? Tanto de los aspectos emocionales como en los aspectos técnicos. Hemos corregido algunos aspectos técnicos, algunas cuestiones técnicas, puntuales y muy importantes, pero en las demás no hemos tenido en ese momento interés en corregirlas” (E. 2).

Como vemos, a pesar de que parece existir una intención por acercarse a la estructura y finalidad definida por los autores norteamericanos, el diálogo generado en el poco tiempo que dura esta fase no llega a alcanzar el fin último del debriefing: observar las lagunas entre las acciones que se han llevado a cabo y las que hubieran sido deseables, desenmascarando los modelos mentales que subyacen a dichas actuaciones y rellenando dichas lagunas mediante la discusión y la reflexión conjunta.

En el caso del instructor, ya hemos dicho que ha existido más sistematización en sus actuaciones que hacen pensar que su formación en el campo del debriefing es más exhaustiva, aunque las limitaciones temporales también han significado un obstáculo para que la finalidad del debriefing pudiera conseguirse. Además, dicho instructor se ha mostrado mucho más tímido y dubitativo que los docentes (que cuentan con una trayectoria mucho más larga en el campo de la docencia), y los diálogos generados, a pesar de ir más encaminados a la implementación de un debriefing como el desarrollado en la Universidad de Harvard, han sido mucho más pobres y menos participativos por parte de los alumnos que los dirigidos por los profesores. El instructor, de este modo, abrumado por los silencios que han sucedido a algunas preguntas, ha tendido a llenarlos con sus reflexiones generando una espiral en que él era quién preguntaba y también quien respondía.

“Nadie habla. El instructor juega con nerviosismo con el rotulador que tiene en la mano. (...) Al igual que antes, ante la ausencia de respuesta de los alumnos muchas preguntas son contestadas por el instructor” (Obs. 2).

A pesar de todo ello, la opinión de los estudiantes respecto a la actuación de sus docentes o instructor es excelente, resaltando la amabilidad y confianza profesada que ayudó a generar un clima relajado y distendido en el que todos se sintieron animados a participar.

“Yo sobre todo al jefe, que no sé cómo se llama, que dijo que era anestesiólogo y tal, que me pareció majísimo el hombre. Porque llego allí y era una maravilla y lo habíamos hecho muy bien, y tú dices, si hemos hecho una mierda y él dice que no, qué tío más majo”.

“Yo creo que muy bien, a mí me dio mucha tranquilidad, y además ahora pienso en el examen práctico y me da menos angustia” (G. D. 1).

Las críticas existieron, pero los alumnos convienen en afirmar que fueron absolutamente constructivas. Además, en todo momento los docentes procuraron enfatizar y reforzar aquello que hicieron bien, centrando la atención en lo que fueron capaces de hacer en lugar de las posibles limitaciones que cada uno tuvo en el desarrollo de la simulación.

“Eso te facilita aprender, que las críticas sean constructivas te facilita aprender, no te meten miedo. Si te meten miedo al cuerpo luego a la siguiente vas peor” (G. D. 1).

“El instructor les dice que también piensa que lo han hecho muy bien. (...). El instructor les dice “muy bien, eso es”. Les pregunta qué otras complicaciones les puede dar” (Obs. 2).

Los docentes procuraron acercarse al mundo cotidiano del alumnado, utilizando metáforas relacionadas con sus intereses para explicar algunos conceptos teóricos que pudieran resultar complicados.

“Entonces añade que es importante saber cambiar la hipótesis diagnóstica e introduce el concepto de “sesgo de anclaje” para explicar lo difícil que resulta cambiar de hipótesis cuando ya nos hemos hecho a la idea de una. Para ello pone un ejemplo de la vida cotidiana, con el fútbol” (Obs. 1).

3. 3. Intervención de los alumnos:

Tanto los profesores como los propios alumnos están satisfechos con la participación de estos últimos.

“Sí, sí, sí. Ellos se lo han tomado muy en serio, muy en serio, y yo creo que, además, su experiencia ha sido muy gratificante” (E. 1).

“Bien, aceptablemente buena. Siempre hay gente que es un poco más comunicativa, que le cuesta más abrirse... Pero tengo la sensación de que todos se han sentido razonablemente cómodos como para expresar un poco lo que habían sentido de nuevo en cuanto a las emociones o las cosas que sabían, las que no sabían...” (E. 2)

“Yo sí que comenté cosas” (G. D. 1)

“Yo sí que participé, en el simulacro porque ya te digo que éramos muchos, en la puesta en común, sí” (G. D. 2)

Desde luego, la intervención de algunos sobresalió por encima de la de otros, pero seguramente tenga más que ver con las características personales de cada uno de ellos (extrovertidos, comunicativos) que con las del propio debriefing. Como ya hemos señalado, el clima de seguridad y confianza generado animó a todos a participar, en mayor o menor medida, y absolutamente todos los alumnos tuvieron algo que decir en algún momento.

Esta fecunda participación está estrechamente relacionada con la ausencia de evaluación posterior a la experiencia. Los alumnos, de esta manera, no han sentido presión alguna por hacerlo bien y han hablado y opinado sin miedo a equivocarse, a diferencia de lo que suele ocurrir en aquellas prácticas oscurecidas por la presión de una nota final.

Además de la ausencia de evaluación, esta experiencia de simulación contiene elementos de gran valor, que no son demasiado habituales en las clases magistrales que tienen lugar en la universidad y que ayudan a explicar esta explosión en la participación de los estudiantes:

- Un espacio novedoso en el que ellos se convierten en protagonistas, en el que pueden experimentar cuánto quieran y equivocarse sin temor a represalias.
- Una actividad que por primera vez vuelca los aspectos teóricos que han protagonizado mayor parte de su formación universitaria y los concilia con una verdadera práctica que, hasta el momento, había tenido una relevancia mínima en su formación.
- El carácter lúdico una actividad en la que disfrutar y aprender se hallan estrechamente vinculados.
- Una sorprendente intervención del profesorado cuyo rol se desmarca visiblemente del asumido en las clases ordinarias transformándose en guías y mediadores del aprendizaje y convirtiendo a los alumnos en el centro del mismo.

3. 4. Facilidades:

Los docentes no han encontrado especiales dificultades a la hora de desarrollar el debriefing, y argumentan que están acostumbrados a realizar este tipo de prácticas en los distintos contextos y situaciones que implica su profesión. De nuevo, vemos como la concepción de debriefing asumida por los docentes, que la entienden como un debate o extracción de conclusiones respecto a la experiencia de simulación, a lo que, en efecto,

seguramente sí estén acostumbrados, dista bastante del debriefing exhaustivo, estructurado y con unas finalidades claramente delimitadas que los autores norteamericanos han desarrollado.

“(risas...) No es que quiera ser presuntuoso, pero vamos, no he notado ninguna dificultad especial. Ah... porque lo hacemos habitualmente, porque aunque no sea en otro entorno que no sea con el simulador, eso es una cosa que hacemos cotidianamente con los estudiantes o con los médicos residentes que están haciendo la especialidad” (E. 2).

En cuanto a los alumnos, las opiniones son un poco divergentes. Hay quienes piensan que esta parte es mucho más fácil que la de simulación, ya que lo único que debes hacer es hablar y dar tu opinión. Para otros, sin embargo, el hecho de tener que opinar y convertirte en el foco de atención durante unos segundos representa un hándicap importante. Por tanto, en función de unas características individuales y de una historia y circunstancias personales que han ayudado a configurar dichas características, la facilidad o dificultad del debriefing representa una moneda de doble cara.

“Yo creo que es que la puesta en común es mucho más fácil, es...”

“Sí”.

“No todo el mundo, que a la gente le gusta mucho hablar”.

“Ah, bueno, ya entiendo”.

“Tú como hablas por los codos, hija...” (G. D. 2).

Dejando de un lado los factores personales, los alumnos están de acuerdo en que si el debriefing ha resultado fácil y cómodo ha sido gracias al clima de seguridad y confianza generado por los docentes, junto con la ausencia de evaluación. Quizá sea de las pocas experiencias que han tenido durante la carrera en que se han sentido como agentes activos cuya opinión y reflexiones han sido demandadas y reconocidas, incluso al mismo nivel que las de los docentes, coherentemente con lo que propugna el Debriefing with Good Judgment desarrollado por Rudolph. Por último, otro elemento facilitador en el que convienen es el hecho de encontrarse entre compañeros conocidos con los que se sienten a gusto para participar y expresarse con libertad.

“Pues quizá lo que ya he dicho, la facilidad con la que te dejaba hablar con él el instructor, pedía tu opinión, te dejaba hablar, te daba espacios, eso. Y además lo agradable que era pues te ayudaba a expresarte y poder hablar. Y luego

también que estés con compañeros que conoces desde hace tiempo, eso te ayuda a expresarte. Si yo tengo delante cuatro chavales a los que no conozco de nada, que digo igual me pongo aquí a hablar y dicen, este chaval es tonto y además no tiene ni idea de nada” (G. D. 1).

3. 5. Dificultades:

En general, los alumnos no señalan especiales dificultades a la hora del desarrollo del debriefing. Tan sólo aquellos con más reticencias en convertirse en el centro de atención, a hablar y opinar en otros contextos de su vida parecen haber tenido algunos problemas a la hora de desempeñar un rol activo en esta fase de la experiencia. Además de las características personales, es posible que la herencia escolar también tenga mucho que ver en las dificultades que algunos de los estudiantes profesan a la hora de convertirse en protagonistas del diálogo. La tendencia tradicional de la escuela ha sido la de asignar un rol pasivo y receptivo al alumnado, recayendo todo el protagonismo del proceso de enseñanza-aprendizaje sobre la persona que se ha considerado tiene el conocimiento y cuya opinión es la más válida de todas, el profesor. Por tanto, no resulta extraño que algunos alumnos cuya formación se ha desarrollado bajo este paradigma no se sientan cómodos y seguros en un contexto que, a diferencia de lo que ha ocurrido siempre, ahora demanda y valora sus conocimientos y opiniones.

3. 6. Puntos fuertes:

Este apartado del trabajo está íntimamente relacionado con los elementos facilitadores del debriefing, con los que en ocasiones se desdibuja. En general, el beneficio claramente percibido que aporta el debriefing para la formación de los estudiantes tiene que ver con la reflexión y consolidación de los conceptos desarrollados durante la fase de simulación.

“Entonces, son recordatorios, ¿no? Prácticos, que en ese momento del debriefing la mente está más plástica y la puedes, pues fijar conceptos y tal. Yo la verdad es que, la verdad es que he quedado muy satisfecho en conjunto” (E. 1).

Ya hemos señalado que, desde la perspectiva norteamericana, la simulación per se configuraría como un medio para llegar a la fase donde tiene lugar el verdadero

aprendizaje, el debriefing. Es en esta parte de la experiencia donde los alumnos y el profesor reflexionan de forma crítica sobre lo ocurrido, ofreciendo la oportunidad de analizar la experiencia emocional y la toma de decisiones acontecida durante la simulación. En este proceso es donde se ponen en juego y se discute sobre todos las cuestiones surgidas durante la simulación, indagando en el porqué de las actuaciones y de las decisiones tomadas, sus consecuencias y maneras alternativas de haber actuado más eficazmente. Por ello, y a pesar de que la experiencia española de debriefing tiene aspectos que mejorar, todavía, respecto a como debiera realizarse, su mayor valor sigue residiendo en la capacidad para reducir la incertidumbre de la simulación y convertir las dudas y cuestiones conflictivas surgidas en conocimientos y certezas.

3. 7. Aspectos a mejorar:

Prácticamente todas las limitaciones encontradas en el proceso de debriefing derivan de un gran obstáculo al que ya hemos aludido con anterioridad: la falta de tiempo.

En primer lugar, el resultado de ir a contrarreloj en una fase tan importante redundaba en que muchas cuestiones interesantes surgidas durante la simulación sólo pueden ser tratadas de manera superficial, priorizando en cuestiones emocionales en detrimento de otras muchas técnicas también cruciales. De hecho, son muchos los alumnos que se quejan del poco énfasis que se ha puesto en los casos, en analizar qué se ha hecho y, sobre todo, como debería haberse hecho en función del diagnóstico correcto. Tampoco se han resuelto muchas dudas expresadas en varias ocasiones por los estudiantes, especialmente al final de la sesión, aludiendo a que ya tendrán tiempo, en su futuro profesional como residentes, de resolver todas las cuestiones sobre las que ahora tienen tanta incertidumbre.

“Sí, daría un poco más de tiempo a tratar algunos otros aspectos. Así en cada sesión con 25 minutos... pero lo que teníamos pues eh... daba un poco sólo para las cuestiones más prioritarias, ¿no? Pero en cada una de las sesiones, en cada uno de los escenarios realmente surgen muchas cosas que se podrían comentar, ¿no?” (E. 2).

“Porque igual íbamos mal de tiempo y no se pudo, pero yo lo eché mucho en falta, el que me dijeran, mira, un neumotórax se hace esto, esto y esto, y si es más grave esto y esto. O sea, luego complementarlo con algo de teoría pero ya a

posteriori, no que te den la clase y luego... no, o sea, cuando has hecho la práctica y ves las dudas que te surgen en la realidad, que te lo expliquen” (G. D. 1).

“La n°5 afirma haberse quedado con muchas dudas: “qué pedir, qué preguntar, cómo actuar, cómo mirar lo que puede tener sin ser intrusivo o hacer una burrada...”N°2 también tiene muchas dudas. El profesor les dice que no se preocupen, que con la práctica se van aprendiendo a hacer las cosas, cuándo estén de residentes...Nadie dice nada” (Obs. 1).

Asimismo, muchos alumnos consideran que sería muy útil y provechoso visionar, durante esta fase, las grabaciones que les han sido realizadas durante la simulación, pesar de que una minoría se muestra reacia por el medio a confrontarse con su imagen en la pantalla. Los que convienen en utilizar las grabaciones consideran que verse a sí mismos en el momento de la actuación puede ayudar a localizar posibles errores o limitaciones de las que no fueran conscientes, dirigir la atención sobre ellas y mejorarlas. En efecto, este aprendizaje enfocado por los errores puede ser muy fructífero, pero la impresión general de la conversación es que los alumnos ponen demasiado énfasis en sus hándicaps y muy poco en aquello que son capaces de hacer bien. A nadie se le ha ocurrido que, por ejemplo, visionar la grabación puede servir para localizar las fortalezas de cada uno y, de esta manera, dirigir esfuerzos a potenciarlas.

“Que te da vergüenza verlo, sí, pero yo creo que desde el punto de vista del aprendizaje aprendes mucho más” (G. D. 1).

“Lo de la grabación estaría muy bien porque sí porque además lo ves tú luego, ves en qué te has equivocado y... qué has hecho bien, qué has hecho mal” (G. D. 2).

Además, y aunque ya lo hemos mencionado en diferentes ocasiones, una gran limitación encontrada, por mi parte, ha sido la insuficiente experiencia de los profesores o instructores para desarrollar un verdadero proceso de debriefing. Como hemos dicho, éste ha sido entendido más bien como una especie de puesta en común o comentario acerca de lo sucedido en la simulación, que se ha considerado la parte vertebradora de la práctica. Desde luego, el debriefing es un proceso dialógico cuya esencia consiste, precisamente, en realizar un ejercicio retrospectivo e introspectivo sobre lo ocurrido en la simulación, pero tiene una técnica, una sistematicidad y unos fines que van mucho más allá de los que deducimos que los docentes consideran. Y la raíz del problema se

localice, seguramente, en la falta de formación de dichos docentes (ligado, a su vez, a la falta de tiempo) en la técnica de debriefing.

4. EVALUACIÓN FINAL:

4. 1. Valoración global:

La valoración global de la experiencia de simulación y debriefing realizada por todos los informantes es altamente satisfactoria. Tanto profesores como alumnos coinciden en destacar, por encima de todo, la utilidad que supone la implementación de una experiencia de estas características. Los alumnos recalcan que es la primera vez que han podido aplicar el conjunto de contenidos que llevan estudiando durante tantos años de carrera, sirviendo esta experiencia como puente entre una teoría y una práctica que, como dijimos, en la universidad tienden a estar totalmente desvinculadas.

“Para mí ha sido buena, vamos, es algo novedoso y que es como que aplicas los conocimientos, porque siempre te hablan de teoría y luego aquí pues puedes actuar y no es como en el hospital que estás simplemente mirando, aquí eras tú el que tomaba las decisiones” (G. D. 1).

“Yo también, yo creo que la experiencia es muy buena, más que nada por eso, porque ves aplicados los conocimientos teóricos a la práctica entonces es como que las cosas no te quedan tan ajenas ni tan en los libros solamente, lo puedes ver más aplicado a lo que vas a tener que hacer tú en un día a día cuando seas futuro médico, etcétera, etcétera. Va a ser una experiencia muy divertida, yo me lo pasé muy bien” (G. D.2).

Aunque ya reflexionaremos sobre ello en el siguiente apartado, mencionar que los alumnos no entienden por qué en una carrera donde la práctica es crucial, la formación de los seis años que dura la licenciatura es eminentemente teórica. Formación teórica que la mayoría desdeña llegando a afirmar, incluso, que esta experiencia práctica es la única que les ha permitido realizar, en todos estos años, un aprendizaje verdaderamente significativo.

“A mí no se me va a olvidar en la vida, a mí no se me va a olvidar en la vida, de hecho creo que es la única asignatura en la que me quedo realmente con algo que digo: jolín, es que quiero, de verdad, quiero verme en esa situación porque sé hacerlo, sé hacerlo, y creo que sí que puedo hacerlo” (G. D. 2).

Además del valor de la experiencia, los informantes resaltan también el componente de entretenimiento que implica el desarrollo de una práctica como la

acontecida. Los docentes y, muy en especial, los alumnos, han disfrutado enormemente con la participación en esta práctica, y eso es algo que repercute de manera directa en su motivación y, en definitiva, en su aprendizaje. Uno de los docentes, de hecho, resalta que el mayor valor de una experiencia que aún debiera considerarse piloto es precisamente ese, el producir un aumento de la motivación de cara a conseguir mejores aprendizajes en la asignatura. Este docente se muestra más escéptico que el anterior en cuanto al alcance real de la experiencia para producir una mejora de las habilidades y conocimientos del alumnado, esencialmente por el limitado periodo de tiempo que ha sido dedicado a dicha práctica.

“Está bien, es satisfactoria para los estudiantes y es entretenida. Su impresión es que es útil también y la mía también, aparte que es útil. Aunque como viste, puesto que el número de actividades de cada estudiante es muy reducido, es una al año, creo que el mayor valor está en mejorar la motivación más que que suponga un aumento tremendo de las habilidades, ¿no? Porque porcentualmente, pues es una parte pequeña” (E. 2).

Además del componente lúdico, el aumento de la motivación que se produce en los estudiantes está incentivado por el hecho de convertirse, por primera vez, en protagonistas de su proceso de enseñanza-aprendizaje. Hasta ahora, estos alumnos no se habían visto a sí mismos como los médicos que en un futuro próximo van a ser, encargados de tomar las decisiones y principales responsables del diagnóstico y tratamiento de un paciente. Las prácticas de hospital que han tenido hasta ahora no han sido, a su modo de ver, unas prácticas reales en las que han podido actuar y sentirse útiles. Su papel ha sido pasivo y receptivo, limitándose a seguir y observar las actuaciones de unos médicos que sí tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para poder actuar. Esta experiencia de simulación, sin embargo, les ha otorgado la primera oportunidad de convertirse en protagonistas activos con el poder de actuar y de decidir.

“Por mi parte es la primera vez que te enfrentas sin alguien que te respalde detrás” (G. D. 1).

“Y vas detrás de alguien y él hace y tú miras, y él hace y tú miras, y es que realmente yo he tenido una crisis, en plan de: ¿qué hago aquí?, ¿qué hago aquí? Porque no me dejan hacer nada, no...”

“Sí, sí, lo hacen todo ellos, te miran mal, pues ese es tu momento de que, como mejores riesgos, puedes ensayarlo lo que quieras, como todavía no eres capaz

pues obviamente no te van a poner un paciente, pero es una manera de tú sentirte que vales y que lo que estáis estudiando durante cinco años realmente esforzándote muchísimo, pues que vale para algo y que puedes, que puedes” (G. D. 2).

4. 2. Aprendizaje:

La formación en la universidad, especialmente en las carreras superiores, tiende a ser eminentemente teórica. Como señalamos en la primera parte de este trabajo, parece que un tratamiento teórico en la formación profesional, en detrimento de la práctica y la experiencia, otorga un mayor estatus a los estudios mismos y, paradójicamente, al desarrollo práctico de la profesión a la que dicha formación hace referencia. Normalmente, el desempeño en la práctica y el desarrollo de las consecuentes habilidades experienciales viene una vez nos hemos (sobre) formado en el campo teórico, en lo importante, corriendo a cargo del estudiante la responsabilidad de realizar las conexiones entre teoría y práctica.

Bajo esta manera de concebir el aprendizaje subyace paradigma de la racionalidad técnica, que entiende que el hecho de tener unos determinados conocimientos teóricos va a conducir, de manera inexorable, al desarrollo de unas habilidades prácticas que nos van a permitir su aplicación al mundo laboral real. Sin embargo, como vamos a constatar a tenor de las declaraciones de docentes y alumnos, esta linealidad asumida entre teoría y práctica no es en absoluto real y las habilidades prácticas sólo es posible desarrollarlas, precisamente, a través de la propia práctica, de la experiencia.

“No hombre, yo prefiero la... la obstetricia en ginecología se explica teóricamente, hay que buscar una... un componente más práctico, más funcional” (E. 1).

“En todo caso lo que sí es percible es dar asignaturas que tengan un contenido práctico importante, ¿no? Porque el conocimiento teórico por sí mismo pues eh... (...). Pero en las ciencias y en las técnicas es mucho más importante porque tú te puedes saber la teoría de hacer un puente pero, sin embargo, después no ser capaz de diseñarlo en la práctica cuando ves en concreto el río pasa por aquí, ¿no?” (E. 2).

“No es blanco o negro como en los libros. Quiere decir, para que tenga un infarto tiene que tener esto, esto, esto y esto. Pero luego me ponen el paciente delante y yo no sé si tiene esto, o esto, ¿sé mirarlo, sé interpretar las pruebas, le

ausculto y sé interpretar los ritmos que oigo? No. Entonces cómo voy a aplicar los conceptos teóricos, cómo voy a saber si tiene criterios clínicos si no sé buscarlos” (G. D. 1).

“Yo, estás... es que en ningún momento yo, a mí ni se me... yo, cuando salí de ahí estaba deseando salir a la calle y el que se pusiera una señora a parir, porque estaba diciendo yo: “jolín, es que si se pone a parir algo sé hacer”, y me llevaban dando un cuatrimestre entero clase y que ni idea, que sí, que sí, que la teoría pues te lo imaginas, es tal, lo ves cómo lo hacen ellos pero es que en ningún momento...” (G. D. 2).

De esta manera, los informantes coinciden en resaltar la necesidad de la experiencia para conseguir verdaderos aprendizajes. La teoría, desde luego, es importante y necesaria, pero no es suficiente si no lo complementamos y coordinamos con una formación de cariz práctico.

Sin embargo, tampoco es conveniente ensalzar demasiado el valor de la práctica en detrimento de la teoría. La raíz del problema, del eterno divorcio existente entre teoría y práctica en diversos ámbitos formativos se encuentra, precisamente, en el hecho de considerarlos como entes aislados, desacoplados, capaces de sobrevivir y desarrollarse de manera independiente. Esta es, desde nuestra perspectiva, una de las grandes falacias asumidas desde la universidad y muchos otros ámbitos profesionales. La teoría y la práctica se necesitan mutuamente, se desarrollan de manera dialógica y han estado y siempre estarán estrechamente vinculadas.

Como señalan los docentes, muchos conocimientos teóricos necesitan vivenciarse para poder ser verdaderamente comprendidos, para producir aprendizajes realmente significativos. Pero esto no significa dejar de lado la teoría y dedicarse tan sólo a lo práctico, sino hacer que, de alguna manera, ambas confluyan, como gracias a la simulación y al debriefing sucede en esta experiencia.

El problema es que a los alumnos e, incluso, a muchos docentes, les ha sido transmitida la idea de que hay que elegir, de que es necesario priorizar uno y otro en función de los objetivos y características de la asignatura.

Por eso, algunos alumnos declaran la inutilidad de los conocimientos teóricos en favor de los pocos prácticos. Para estos alumnos, la formación que tiene lugar en la universidad está más orientada a aprobar un examen en lugar de al desempeño de su labor profesional futura. La tendencia habitual de las asignaturas consiste en transmitir cantidades ingentes e imposibles de información que luego deben plasmar en un

examen. Pero es este tratamiento de la teoría desvinculada absolutamente de su vertiente práctica lo que, probablemente, haya dado lugar a unas declaraciones tan categóricas.

“En una asignatura tradicional te da un tocho de 200 folios, te dicen que lo aprendas, tú te lo aprendes en el tiempo que buenamente puedes, unos más y otros menos, haces un examen y al día siguiente no te acuerdas de nada o de casi nada” (G. D. 1).

“Ahora fuera aparte, es que en esta carrera nos meten tanta tralla, información” (G. D. 2)

La solución no se halla, entonces, en decidir, en elegir. Precisamos de otra manera de entender las relaciones entre teoría y práctica, una manera de organizar la formación universitaria en que ambas se complementen y se coordinen, se conjuguen y confluyan al unísono, una formación en la que los límites entre lo que es teórico y práctico se desdibujen. Quizá en otros países, tal y como señala el alumnado, ya hayan sido capaces de hacerlo y puedan servirnos de ejemplo, aunque, afortunadamente, experiencias como la que aquí estudiamos están empezando a trazar el camino.

“En eso yo creo que es el cambio que hay del sistema, por lo menos lo poco que yo conozco, conozco poco, en el resto de Europa se hace muchísima... y en el resto de Europa dentro de la licenciatura se hace muchísima más práctica que la que hacemos nosotros en España. Todo el mundo que se va de Erasmus y que tiene una experiencia de estar estudiando fuera, viene, sólo ha hecho práctica y tú ves que realmente ha aprendido, o que ha retenido muchos más conocimientos que estando nosotros aquí estudiando teoría” (G. D. 1).

Para concluir con este apartado, apuntar que los alumnos consideran que los aprendizajes conseguidos con esta experiencia, teniendo en cuenta el breve periodo de tiempo destinado a ella, se localizan, sobre todo, en todo lo relativo al manejo con el paciente. Más que conocimientos teóricos, estos alumnos se han visto confrontados, por primera vez, a una situación clínica en la que ellos han sido los protagonistas sobre los que ha recaído toda la responsabilidad destacando, por ello, el valor de la experiencia para aprender a desenvolverse en un quirófano y desarrollar habilidades interpersonales.

“Sobre todo el manejo, es lo que aprendes. Conocimientos de medicina lo que dice M. Yo tengo los mismos que tenía... bueno, igual he estudiado algo más, pero vamos, no por la simulación he aumentado mis conocimientos de medicina, pero sí de manejo del paciente, cómo llegar, qué hacer, qué hacer mal sobre todo” (G. D. 1).

4. 3. Orientaciones futuras:

La reflexión general que realizan tanto docentes como alumnos en cuanto a la orientación futura que debiera tomar la experiencia de simulación tiene que ver con su duración. A pesar de todos los beneficios percibidos, esta práctica no puede sino relegarse a pura anécdota si tenemos en cuenta que es la única que han realizado durante toda la carrera, práctica que, además, ha tenido una duración de no más de un día. Los estudiantes y sus profesores consideran crucial, por tanto, aumentar tanto el número de sesiones por asignatura así como la duración de dichas sesiones. Además, sería interesante extenderlo a otras asignaturas y empezar a desarrollarlo desde cursos inferiores.

“La idea sería en el futuro, pues de alguna forma, irlo ampliando, ¿no?, más personas que tengan ese interés docente y esa visión de la obstetricia y de la relación humana también. Pero bueno, en principio bien” (E. 1).

“Con las condiciones actuales no, es decir, en otras condiciones en las que hubiera más disponibilidad de tiempo pues claramente el número de sesiones se debería aumentar, ¿no? Y la duración de las sesiones, sobre todo de la base del debriefing, deberíamos aumentarlo un poquito, unos minutos más, 15 minutos más...” (E. 2).

“Por eso, quería concluir diciendo, que deberíamos hacer esto más y no sólo en clínica médica, sino en otras asignaturas médicas generales que vemos antes en la carrera. Porque me pongo a imaginar, y creo que os lo habéis imaginado todos, que es la primera vez que se hace este simulacro, que si no hubiera sido nuestra primera vez directamente el examen de medicina clínica el práctico y ya me explico cómo tanta gente suspendía el práctico, porque era igual” (G. D. 1)

“Repetir lo mismo más días y... (...). Y extenderlo a muchas asignaturas, es que sería lo ideal” (G. D. 2).

Cualquier práctica que llevemos a cabo no puede tener un calado real si no la aplicamos de manera sistemática. No sirve de nada desarrollar una experiencia en la que se aboga por una formación práctica y reflexiva de los potenciales profesionales en la que estos se conviertan en protagonistas de sus aprendizajes, capaces de construir sus propias teorías, en la que se respalda una armonización entre la teoría y la práctica si,

una vez desarrollada la experiencia, los estudiantes vuelven a sus clases habituales, recuperando ese rol pasivo y receptivo y restableciéndose la hegemonía de la teoría.

Desde luego, no es posible realizar todos los días prácticas de simulación como la que hemos investigado, pues suponen un despliegue tecnológico, humano y económico que, actualmente, no está a nuestro alcance. Pero, como muy bien señalan los alumnos, las deficiencias prácticas que ellos detectan en su formación no responden a un problema de medios. El problema es que no todos los profesionales que se dedican a la enseñanza comparten esta visión. Como ya dijimos, muchos son los que han heredado el paradigma de la racionalidad técnica y que han hecho de la enseñanza una cuestión reductible a contar con los medios adecuados, medios que van a ser determinantes para garantizar el éxito educativo.

“Yo creo que no es tanto, que no es tanto, o sea, yo por lo menos por mi experiencia, no me haría falta tanta instalación como una buena organización de alguien que digamos que se responsabilice de hacer esas prácticas, pero que se pueden hacer simulaciones con muy poco material y que a nosotros nos resultarían muy útiles. No es cuestión... para mí no es cuestión de falta de recursos, es más falta de actitud quizás por la gente de decir, no me apetece implicarme tanto por parte de profesores, yo no sé si falta de tiempo o lo que sea, pero realmente a ellos les da un poco igual, ellos van, te dan una clase, tú te la estudias, te vas al examen y punto. Muy pocos profesores les ves que se impliquen, que organicen cosas así, porque no sé, y realmente te quedas con ganas de hacer más” (G. D. 1).

Sin embargo, somos muchos, incluyendo a estos estudiantes, los que consideramos que se podrían introducir muchas más prácticas útiles, prácticas en las que el error estuviera permitido y en que ellos fueran los protagonistas, sin necesidad de utilizar una tecnología tan puntera. Los alumnos llegan a dar, incluso, ejemplos de prácticas sencillas que podrían ser muy útiles a la hora de enfrentarse, en su futuro profesional, a los casos clínicos reales.

“Yo creo que sexto, llamarme si queréis loco, pero yo creo que sexto tendría que ser un curso de alumno-tutor, en el cual este tipo de prácticas se hagan cada 15 días o cada semana y que estemos todo el día en el hospital como en otros países con sus pacientes” (G. D. 1).

“Hombre, la simulación está bien, quizás esta simulación se puede guardar para sexto por el carácter que tiene de que es cara y que lleva mucho personal, pero yo creo que se podría empezar y no sería una iniciativa mala, cogiendo a los alumnos de sexto y diciendo, oye, vais a hacer de pacientes para

los alumnos de quinto, y a los de quinto, oye, vais a hacer de pacientes para los alumnos de cuarto. [...] Y simplemente ir incrementando ese nivel de... cómo decirlo, aprendizaje práctico y de ponerte a prueba, en la carrera mucho más, mucho más, intentar hacerlo una vez al mes” (G. D. 1).

Una queja generalizada tiene mucho que ver con el papel pasivo que suelen tener en las prácticas desarrolladas en el hospital. Arguyen que no se les deja hacer prácticamente nada y que su rol, en los meses que duran dichas prácticas, queda relegado exclusivamente al de meros observadores. De ahí que demanden una reorientación del currículum de medicina, un currículum que debiera contener una carga mucho más práctica, práctica que, además, debe aumentar su calidad respecto a las que ahora mismo desarrollan. Como hemos señalado, no se trata de desdeñar el valor de la teoría, pero si complementarlo con el otro pilar que le da sentido y del que ésta se alimenta. Por ello, con una base de conocimientos teóricos, sería interesante comenzar a poner a los alumnos en situación desde mucho más temprano, que ellos mismos pudieran convertirse en protagonistas, gracias a la experiencia, de sus propios aprendizajes, construyendo y articulando conocimientos y habilidades de muy diversa índole gracias a la experimentación y reflexión conjunta que debieran conferir unas prácticas de calidad.

“Esa es la palabra, implicación, no prácticas, porque tenemos, la verdad es que tenemos muchas horas de prácticas, no prácticas difusas de ver, prácticas de implicar, o sea, de implicar, que si te toca en quirúrgica que te laves y que te enseñen a coser, venga, vamos a ir con un cerdo también a hacer una cosa, no sé cual, como un residente, como un poquito residente, que no salgas de la carrera como cuando has entrado, porque esa es la impresión, de jopé, si quieres te hago un examen tipo test, pero no me dejes en urgencias solo hacer una guardia porque no tengo ni idea. Y ese es el problema” (G. D. 1).

En último lugar, los docentes y los alumnos realizan algunas sugerencias a sus compañeros que van a enfrentarse, por primera vez en años venideros, a una experiencia de simulación como la que ha tenido lugar.

Los profesores piensan que es una nueva forma de enseñar la medicina, una forma mucho más útiles que las maneras convencionales dominadas por la teoría y que, además, constituye una oportunidad única en la que tanto ellos como los alumnos van a tener la oportunidad de participar.

“lo que yo le diría es que vamos, va a participar o va a entrar en una nueva forma de enseñar la medicina y que, bueno, pues que es una oportunidad única

y que, bueno, pues que le pedimos su colaboración y, bueno, pues todo lo que él pueda dar de sí para formar mejores profesionales, es decir, yo lo que le diría... esa es un poco la idea que tenemos, de aumentarlo un poco más. Pero bueno, de momento si repetimos lo del año pasado, yo con eso me quedaría contentísimo” (E. 1).

Asimismo, aluden también al componente lúdico que subyace a esta experiencia, que no sólo se hace extensible al alumnado sino también al profesorado. Los docentes también se divierten y disfrutan más del proceso de enseñanza- aprendizaje, lo que contribuye a aumentar su motivación y, por tanto, su implicación. Además, advierte de la importancia que tiene el saber adaptarse a las necesidades y características del grupo de alumnos concreto que está desarrollando la experiencia. Huyendo de la racionalidad técnica según la cual una misma planificación va a conseguir en los alumnos los mismos procesos y resultados, este docente sabe que, a pesar de utilizar un mismo esquema para todos, las reacciones y consecuencias van a ser idiosincrásicos y, por ello, imposibles de predecir de antemano. De ahí la importancia de desarrollar actuaciones ad-hoc.

“Que probablemente le iba a divertir, o sea, que le animaría a que lo hiciera, primero porque le iba a divertir y en segundo lugar porque hay la intuición de que puede ser útil, aunque no tengamos demostración de eso. Que debe asegurarse planificarlo de una manera bien, por lo menos en el esquema inicial, y que debe estar dispuesto a modificar las cosas sobre la marcha, ¿no?, en función de cómo discorra cada escenario. Y que no se obsesione por la tecnología...” (E. 2).

En cuanto a los alumnos, recomiendan, por encima de todo, ir sin miedo, participar lo máximo posible y equivocarse, resaltando el valor que el error tiene para el aprendizaje.

“Que se lo pasen bien porque es muy divertido, en el fondo yo creo que a todos nos hubiera gustado entrar otra vez a hacer otro. Y esa es la diferencia grande de un examen, que tú cuando acabas un examen práctico dices, me cago en diez, me voy corriendo para mi casa a....” (G. D. 1).

“De vergüenza ni nada y que vayan a todo y que participen lo máximo que puedan porque es una experiencia que no van a olvidar” (G. D. 2).

“Vais a aprender muchísimo y ya está, no estudiéis, que para esto no hay que estudiar” (G. D. 2).

4. Conclusiones

Con este último apartado este trabajo llega a su fin. Si bien ha significado una apuesta arriesgada con la que, no en pocas ocasiones, me ha resultado difícil ver la luz al final del camino, el resultado final de este proyecto y el valor y esfuerzo personal que reside en el mismo superan con creces las expectativas que, en momentos iniciales, deposité en esta idea de colaborar con una instancia externa y tan aparentemente alejada del campo educativo como es el Hospital Virtual Marqués de Valdecilla.

En esta última parte del recorrido trataremos de realizar una pequeña síntesis del trabajo y extraer de forma somera aquellas aportaciones más relevantes en relación a los objetivos que planteamos al inicio del trabajo y que servirán para esbozar, a su vez, nuevos interrogantes y cuestiones de investigación. Asimismo, reflexionaremos sobre las posibles limitaciones que este trabajo tiene y su forma de solventarlas en investigaciones futuras.

1. Las limitaciones de la actual formación universitaria en España y, más concretamente, de la formación en la licenciatura de medicina: la necesidad de profesionales reflexivos.

Analizando el panorama formativo y laboral vigente, no podemos desdeñar el hecho de que todos los aspirantes a cualquier profesión necesitan de un “entrenamiento” práctico que complemente el corpus de conocimiento teórico para poder desenvolverse con eficacia una vez tenga lugar su inmersión en el mundo laboral. Sin embargo, la tendencia tradicional de las universidades ha sido la de focalizar la mayor parte de la formación en la teoría, asumiendo que, a través de su mera aplicación, pueden resolverse eficientemente el sinfín de cuestiones que surgen durante la práctica profesional. Estamos aludiendo a esa racionalidad técnica que con tanta fuerza gobernó la formación durante los 80 y que entendía que con la delimitación de unos objetivos claros y precisos y mediante la selección de los medios adecuados a unos fines, cualquier problema de la práctica era mecánicamente resoluble (Schön, 1998). El presente proyecto ha cobrado sentido, por tanto, a tenor de una tradición en la educación

universitaria que ha aventajado la formación en un conocimiento teórico, científico y especializado, anclado en una ciencia básica, sobre los aspectos prácticos, experienciales y en una relación mucho más estrecha con el mundo laboral real a la que la formación universitaria aparentemente remite.

En la experiencia que ha sido objeto de estudio encontramos, de hecho, algunas afirmaciones realizadas por los docentes que confirman la dominancia de esta especialización y parcelación de conocimientos dentro, incluso, del mismo ámbito de contenidos, el de la medicina, donde la concepción del especialista adquiere un valor especialmente remarcable.

A pesar de la instauración del plan Bolonia en el contexto universitario español, la realidad del funcionamiento de las universidades y la formación que ofrecen al alumnado dista mucho de esos principios escritos sobre el papel: se sigue tendiendo a priorizar unas clases magistrales en que los estudiantes mantienen un rol receptivo y pasivo y una evaluación mediante exámenes que, en resumidas cuentas, valora la repetición y la reproducción, en detrimento de una formación activa, experiencial, ligada a la realidad social y laboral en que los universitarios asumen el control y gestión de su propio proceso de enseñanza-aprendizaje. Así lo expresan los estudiantes de medicina colaboradores en esta investigación, quienes no entienden la orientación habitual de unas asignaturas consistentes en transmitir ingentes cantidades de información que luego deben ser reflejadas en una única prueba final, con una desconexión prácticamente absoluta de la vertiente práctica a la que debieran hacer referencia.

De este modo, a pesar de que el fin preeminente de la universidad es preparar a los alumnos para el desarrollo de la rama de trabajo elegida, es decir, para la práctica laboral, la formación teórica sigue contando con el auspicio de una tradición universitaria que ha legitimado una formación presumiblemente teórica y la ha concedido un estatus inexpugnable en los planes de estudios universitarios. Las “habilidades” en el uso de práctica parecen venir más tarde, cuando el estudiante ya ha aprendido la ciencia importante (Schön, 1998). Incluso en las prácticas de hospital que tienen lugar en el decurso de su formación universitaria, los alumnos quedan relegados a un papel pasivo en el que su función consiste exclusivamente en observar a los verdaderos médicos que sí pueden desarrollar una actuación responsable para con el paciente.

Ante esta preponderancia de la formación en un conocimiento profesional teórico-técnico, Schön (1998) nos advierte de un estatismo y falta de flexibilidad que dan lugar a que dicho conocimiento se adapte de manera ineficaz al carácter complejo, cambiante e idiosincrático de las situaciones prácticas reales y que hace imposible esa mera aplicación o ejecución técnica de la teoría que promulgaba la racionalidad técnica. De hecho, hemos podido comprobar cómo, en la experiencia de simulación desarrollada, los mayores obstáculos apuntados por los estudiantes han estado directamente relacionados con las dificultades para aplicar y dar sentido, en una situación real marcada por su naturaleza impredecible, a los conocimientos que han sido teóricamente explicados y trabajados en sus clases ordinarias.

Ante las evidentes dificultades de la universidad a la hora de formar profesionales verdaderamente preparados para el mundo laboral al que van a dirigirse, recuperamos un concepto que va a configurarse como una de las piezas centrales de este proyecto: la formación de “*profesionales reflexivos*” (Dewey, 1989; Schön, 1998), es decir, profesionales que reflexionan desde la acción de su propia experiencia y se convierten así en investigadores en un contexto práctico que va a estar marcado por la toma de decisiones continua. Para ello, es absolutamente necesario que la universidad ceje en su empeño por una formación casi exclusiva en planteamientos meramente teóricos, técnicos y descontextualizados que separan los conocimientos de la acción misma que los dota de sentido.

2. Una propuesta innovadora que apuesta por un aprendizaje experiencial en armonía con el campo de la teoría: la simulación en contextos médicos. La experiencia desarrollada en el Hospital Virtual Marqués de Valdecilla.

Para el desarrollo de unos estudios superiores que promuevan la formación de profesionales reflexivos, Fernández (2009) señala que los nuevos diseños curriculares deben intentar conciliar los aprendizajes experienciales con las estructuras del mundo de la vida del sujeto, apostando por una formación que se organice a partir de situaciones reales de trabajo.

Es en este intento por armonizar teoría y práctica, por tratar de subsanar las limitaciones de la actual formación universitaria en la licenciatura de medicina como surge la experiencia que ha sido objeto de nuestro trabajo: la simulación en contextos

médicos. Gracias a esta iniciativa, los aprendices pueden verse involucrados en experiencias que simulan la práctica, pero sin las presiones, distracciones y riesgos que tienen las situaciones reales. Tras la fase de simulación encontramos la práctica de debriefing, que contribuye a desarrollar la capacidad para la reflexión en la acción (Schön, 1992).

En Cantabria, esta metodología innovadora de enseñanza-aprendizaje se está desarrollando actualmente en la Facultad de Medicina en colaboración con el Hospital Virtual Marqués de Valdecilla, entendiendo la simulación clínica como herramienta favorecedora del aprendizaje y complementaria a la docencia tradicional. Por el momento está teniendo lugar en las asignaturas de Medicina Interna (impartida en sexto curso) y Ginecología (en cuarto curso), que han sido objeto de nuestro estudio y cuyos alumnos y docentes han participado como informantes.

El primer valor que podemos destacar de esta experiencia reside en su excepcional realismo. La simulación permite recrear casi cualquier escenario y caso clínico, de entre los cuales los docentes han elegido aquellos que gozan de bastante representatividad dentro de la asignatura o especialidad médica de la que son responsables. Sin embargo, y para evitar el “tratamiento de manual” que tiene lugar en las clases ordinarias, les son añadidas algunas complicaciones que permiten a los alumnos entrar en conflicto y, por ende, desplegar el abanico posible de habilidades y soluciones para resolverlo, favoreciendo un aprendizaje mucho más rico. Se huye de la linealidad que tiene lugar en el tratamiento habitual de los casos en clase y se ponen en juego un sinnúmero de variables que vamos a encontrar en una situación real, que implican por parte de los médicos tanto conocimientos como habilidades de diversa índole. Todo ello, como hemos indicado, sin poner en peligro la vida del paciente. Las situaciones propuestas por los docentes constituyen, como todo caso clínico, acontecimientos únicos, irrepetibles, contextualizados y con un despliegue de relaciones y consecuencias únicamente vinculadas con ese caso específico. Es a lo que Schön (1992) denomina “zonas indeterminadas de la práctica” y que dan lugar a que la mera aplicación de la teoría, como si de un caso estereotipado de manual se tratase, se torne, la mayoría de las veces, imposible. Siguen, de este modo, la línea propuesta por Dewey (1989), para quien el pensamiento reflexivo tiene su origen en situaciones ambiguas, conflictivas, que presentan un dilema, que suponen varias alternativas.

Esta iniciativa se enclava, entonces, bajo el desarrollo de una educación superior que sitúa a la práctica en el mismo plano que a la teoría, con la que se relaciona

dialogicamente, valiéndose, para ello, de experiencias virtuales de formación. Se trata, por tanto, de una de las primeras experiencias han tenido durante sus años en medicina en que los alumnos pueden aplicar unos conocimientos que, hasta ahora, habían estudiado desconectados de su necesaria vertiente práctica.

Son los propios médicos los encargados de diseñar y construir estas experiencias. Se trata de médicos, docentes e investigadores a la vez, teóricos y prácticos, en definitiva, cuya labor reside en hacer converger la teoría y la práctica en una misma experiencia en la que ambas se doten de sentido mutuamente. Porque, como hemos señalado, la separación existente entre ellas, y también entre teóricos y prácticos, es una falacia.

A pesar de la reducida duración de la experiencia y su poca significatividad dentro del calendario académico, dominado por las clases tradicionales, el desarrollo de dichas prácticas, como cualquier actividad educativa de calidad, conlleva una considerable labor de planificación por parte de los docentes y del personal que compone el Hospital Virtual. Se trata de una experiencia en la que cada paso y actuación están calculados al milímetro y, a pesar de que en el momento de la puesta en marcha suele haber instantes de improvisación, subyace un trabajo exhaustivo previo en el que debe diseñarse un guion y preparar y poner a punto unos medios tecnológicos concretos. Sin embargo, aunque se utilice este guion preestablecido, la actuación y reacciones singulares y únicas de cada grupo de alumnos dan lugar a pequeñas improvisaciones que permiten una adaptación ad-hoc a las características idiosincrásicas del grupo concreto.

A pesar de que no es algo que se les haya explicitado, los estudiantes consideran que llegar al diagnóstico correcto no ha sido el objetivo principal de la experiencia de simulación, que se ha enfocado de manera prioritaria al desarrollo de habilidades para el trato con el paciente y con el resto de profesionales. De ahí que, por encima de los contenidos conceptuales, tanto alumnos como docentes reseñen que esta experiencia les ha otorgado la oportunidad de desarrollar todo un conjunto de habilidades personales e interpersonales, ligadas especialmente al manejo con los distintos sujetos involucrados en cada caso clínico, que hubieran sido incapaces de adquirir mediante el estudio de la teoría. La experiencia de simulación permite, por tanto, recuperar el compromiso ético y moral vinculado a cualquier profesión, especialmente a aquellas en que el trato con sujetos es constante y, más en el caso de la medicina, donde los profesionales tienen cierto “poder” para adentrarse en un ámbito íntimo de la persona como es el cuerpo y la

salud y la vida se encuentran, en muchas ocasiones, comprometidas. Gracias a experiencias como esta comenzamos a superar la tendencia universitaria imperante que, en palabras de Vázquez (2002), concibe el conocimiento únicamente como un problema de planificación y organización, con el consiguiente alejamiento de su compromiso social, fruto de la indiferencia ética y de la opción por la salida técnica.

En cuanto a los actores y actrices que han formado parte de la experiencia, tanto docentes como estudiantes coinciden en valorar muy positivamente su trabajo, destacando el realismo de sus actuaciones, así como el trato personal excepcional que recibieron por su parte.

Sobre los docentes, los alumnos comparten la misma opinión que para los actores y actrices. Además de la amabilidad y la confianza, que promovieron el establecimiento de un clima de trabajo de seguridad y comodidad, los docentes cambiaron significativamente sus roles respecto a los tradicionales que asumen en el aula ordinaria y se convirtieron en facilitadores y guías, dejando en primer plano a los alumnos y co-construyendo con ellos sus aprendizajes. La experiencia desarrollada, especialmente en la parte de debriefing, donde la actuación de los profesores es más significativa, destaca por la abundancia de refuerzos positivos sobre aquello que se ha hecho adecuadamente y críticas constructivas. Esta parte se ha caracterizado, asimismo, por el diálogo y debate establecidos entre los alumnos y los docentes o instructores, donde la opinión de los primeros ha sido demandada y valorada, convirtiéndose en los verdaderos directores de una conversación que no se ha visto, en ningún caso, monopolizada por los profesores. Se ha favorecido, de este modo, un aprendizaje guiado potenciador del tipo de pensamiento y aprendizaje reflexivos deseables al que nos hemos referido con anterioridad.

Respecto a la fase de simulación, uno de los docentes decidió estar presente dentro del mismo quirófano virtual y el otro observar tras el cristal unidireccional. Los alumnos de este segundo caso expresan su alivio de que dicho docente no se encontrara presente en la sala en la que ellos iban a desarrollar sus actuaciones, lo que se relaciona de manera directa con el miedo a la evaluación y a la crítica que han interiorizado durante años dentro de un sistema educativo caracterizado por la penalización del error. Pero, dado que facilitar su comodidad e incitar al máximo su participación es uno de los objetivos de esta experiencia, indispensable para que pueda existir un aprendizaje posterior, quizá sea recomendable evitar esta presencia, por lo menos las primeras veces, del profesor dentro del quirófano.

Además, resaltan los beneficios de trabajar en equipo, con compañeros conocidos, que permite que los alumnos se sientan seguros y participen con mayor libertad. El trabajo colaborativo en que comparten objetivos, responsabilidades y dilemas es un tipo de tarea a la que no están acostumbrados en las clases tradicionales, de orientación individualista y marcadas por una elevada competitividad, trabajo que, sin embargo, va a ser imprescindible en su labor profesional como médicos y por el que, sin duda alguna, debe abogarse en planteamientos futuros del currículum de medicina.

A diferencia de las experiencias habituales de aprendizaje que tienen lugar en la universidad, destacamos el valor lúdico de la simulación. Los alumnos disfrutan, se divierten y descubren, para su sorpresa, que la enseñanza y el aprendizaje, incluso en la etapa universitaria, no están enemistados con la diversión y el regocijo. Una experiencia recreativa como ésta dispara las cuotas de motivación de alumnos y de profesores, por lo que los beneficios proyectados en el aprendizaje se elevan hasta límites sorprendentes.

Otro beneficio ampliamente señalado por los estudiantes tiene que ver con el valor del error. Si por algo se caracteriza esta experiencia es por permitir e, incluso, alentar al alumnado a cometer errores, a equivocarse, entendiendo que los fallos no son en absoluto fracasos, sino grandes oportunidades para el aprendizaje. Esta experiencia está exenta de una evaluación, al menos entendida en el sentido tradicional, como evaluación final representada por un examen. Contrasta con la fuerza que estas pruebas finales tienen en las carreras universitarias, que han tendido a focalizar la formación únicamente en unos resultados plasmados en un papel, donde el error ha estado siempre penalizado. De ahí que los alumnos se muestren gratamente sorprendidos y, en contra de las creencias que han interiorizado durante sus años de formación, hayan desarrollado aprendizajes tanto o más ricos que si dicha experiencia hubiera sido evaluada. Gracias a la ausencia de evaluación, entre otras cosas, los alumnos no han tenido miedo de participar y equivocarse y han podido repetir y ensayar, sin miedo a juicios externos, algunas técnicas y habilidades hasta que se han sentido verdaderos expertos en ellas.

Por último, señalar que esta experiencia constituye una de las primeras veces en que los alumnos se han configurado como verdaderos protagonistas de sus aprendizajes. El rol habitual de docente-discente parte de la pasividad de este último, que queda relegado a mero receptor y posterior reproductor. Lo mismo ocurre, como hemos señalado, en las prácticas que los alumnos de medicina desarrollan en el hospital, donde

se constituyen como meros observadores. En esta experiencia de simulación, sin embargo, los alumnos se han convertido en verdaderos protagonistas del proceso de enseñanza-aprendizaje, participando e implicándose, ensayando, equivocándose, sopesando nuevas alternativas, dialogando con sus compañeros y docentes, cuya función ha sido la de guías o mediadores, y, en definitiva, construyendo sus propios aprendizajes.

3. Algunas cuestiones de reflexión sobre la experiencia de simulación desarrollada en el Hospital Virtual: propuestas de mejora.

Si bien las experiencias de simulación en contextos sanitarios cuentan con más años de experiencia en otras universidades y hospitales del mundo, en España y, más concretamente, en nuestro caso, en el Hospital Virtual Marqués de Valdecilla, los procesos de aprendizaje mediante simulación se encuentran en un momento todavía incipiente. Más aún en el caso de la preparación de alumnos de la Facultad de Medicina, a quienes dicha experiencia se les ofrece desde el curso 2009/2010 y que podríamos considerar en proceso experimental. A pesar de estos pocos años, esta experiencia ha echado los cimientos que podrían ayudarla a abrirse camino y consolidarse como un elemento nuclear del currículum de medicina. Para conseguirlo, hay un sinnúmero de cuestiones sobre las que debemos dirigir nuestros esfuerzos e investigaciones. Se trata de ir puliendo y mejorando, de manera progresiva pero firme y constante, una experiencia que, adecuadamente orientada, podría tener grandes beneficios para el aprendizaje e, incluso, sentar las bases para una transformación de lo que actualmente que entendemos por enseñanza universitaria.

Los obstáculos nucleares y causantes del resto de limitaciones tienen que ver, como no, con las trabas institucionales. Ya hemos señalado el tremendo estatismo que encorseta a la universidad, provocando que cualquier propuesta innovadora lo tenga verdaderamente complicado para poder tener éxito. El sistema parece estar ya establecido y estructurado y todo aquello nuevo que surge debe amoldarse y encontrar su pequeño sitio dentro de un armazón prácticamente inamovible. En este sentido, los tiempos y los espacios o, mejor dicho, su ausencia, se configuran como principales enemigos de cualquier apuesta innovadora que pretenda coexistir y complementarse junto con el sistema ya instaurado.

De ahí que la queja más reiterada en este trabajo tenga que ver con las limitaciones temporales que ha implicado la experiencia, en todos los sentidos y las etapas: para la planificación, la implementación, la preparación de profesionales, la complementación con las clases ordinarias... Esta falta de tiempo ha privado a algunos alumnos, incluso, de poder participar en esta experiencia que sus compañeros han calificado como plenamente satisfactoria. Y es que a pesar del esfuerzo de los docentes, el personal y la incesante labor que el Hospital Virtual, desde que abrió sus puertas, lleva desarrollando, el calendario académico no se ha movido ni un ápice para dejar un pequeño hueco al desarrollo de esta experiencia. De ahí que docentes y alumnos se hayan visto obligados a condensar dicha práctica en uno o muy pocos días, sin perturbar lo más mínimo las clases ordinarias del currículum establecido.

Por ello, para que el aprendizaje mediante simulación tenga un calado real y pueda llegar a consolidarse en años venideros, es necesario empezar a reformular, aunque sea a pequeñas dosis, un currículum que hace demasiados años que permanece inalterable. Tampoco se trata de añadir “pegotes” desvinculados, entendiendo que aquello que se realiza en las clases ordinarias y la experiencia de simulación no tienen nada que ver. La transformación tiene que ir dirigida, más bien, a tender puentes entre las distintas metodologías y formas de aprendizaje, a desdibujar las fronteras que tienden a separar a las distintas experiencias y conseguir que se acoplen y se desarrollen como aquello que son, un todo global y relacionado.

El intento por conectar y dar un sentido conjunto a la experiencia de simulación y las clases desarrolladas en la universidad de medicina constituye solo un ejemplo de lo que debería comenzar a realizarse. Pero es deseable para cualquier tipo de práctica que se desarrolle. La puesta en marcha de experiencias de aprendizaje que integran el desarrollo de distintas habilidades y competencias estrechamente relacionadas con el mundo laboral no es, en absoluto, un problema de medios. El Hospital Virtual tiene la suerte de contar con un equipamiento tecnológico puntero y que ofrece prácticas con extraordinarias posibilidades. Sin embargo, como bien señalaron algunos alumnos, esta transformación necesaria del currículum que debe promover un aprendizaje más reflexivo y experimental puede realizarse a partir de otro tipo de experiencias mucho más modestas. Utilizar un alumno tutor o experiencias de role-playing que se coordinen y complementen con la parte teórica son sólo algunos ejemplos propuestos por estos chicos.

En definitiva, si queremos comenzar a afianzar la experiencia de simulación desarrollada –o cualquier otro tipo de práctica– y poder advertir beneficios significativos y duraderos, debemos apostar por una sistematicidad y coherencia con el resto de actividades y clases desarrolladas. Sistematicidad interpretada, sobre todo, en términos temporales: aumentar el número de sesiones, introducirlo en otras asignaturas, comenzar a desarrollarlo en cursos cada vez más bajos. Y coherencia con los principios y asunciones que implica la experiencia de simulación desarrollada en cuanto al rol del profesor y de los alumnos, concepción del aprendizaje y relaciones entre teoría y práctica: un docente que actúe como colaborador y guía que incite a la discusión y a la reflexión, unos alumnos que participan y construyen activamente su aprendizaje, una teoría y una práctica que se alimentan mutuamente, un aprendizaje holístico y contextualizado.

No tiene que ser tan complicado cuando uno de los docentes considera, durante su reflexión sobre la experiencia, que lo que se ha desarrollado en la simulación no ha distado demasiado de lo que tiene lugar cotidianamente con los estudiantes residentes, en la verdadera práctica. ¿Por qué, entonces, todos estos elementos deseables se ponen en juego en la docencia o seguimiento que tiene lugar en la práctica, en la residencia, y encontramos tantas dificultades para desarrollarlos durante la carrera universitaria?

Adentrándonos de manera más concreta en la experiencia de simulación sobre la que hemos investigado, hay algunos aspectos susceptibles de mejora localizados, sobre todo, en la fase de debriefing. Dicha experiencia ha consistido, prácticamente, en la realización de un debate sobre lo ocurrido durante la simulación en el que los alumnos han tenido oportunidad de expresar sus dudas, opiniones, percepciones, etc., insistiendo, de manera especial, en el plano de las emociones suscitadas. Sin embargo, y a pesar de que sí se ha podido apreciar la influencia del *Debriefing with Good Judgement* (Rudolph et al, 2007) desarrollado en la Universidad de Harvard y cuyo modelo es el adoptado por el Hospital Virtual, el debriefing desarrollado con los alumnos de medicina de la Universidad de Cantabria necesita una mayor sistematicidad y estructuración. Esta carencia da lugar a que el objetivo preeminente del debriefing y de la experiencia de simulación en general: *investigar los modelos mentales que subyacen a la actuación llevada a cabo y estrechar la distancia entre las acciones deseables y las que se han llevado a cabo a través de la discusión y el diálogo*, no se haya llegado a alcanzar, con la consecuencia de que muchos alumnos no han solventado sus dudas al término de la experiencia. La mejora del debriefing debiera partir, en primer lugar, por

aumentar el tiempo destinado a dicha fase, relegada en esta experiencia a un segundo plano en favor de la de simulación. Además, promover una mayor formación de los instructores y profesores que permita darle esa sistematicidad y estructura similar al modelo del que se alimentan y que posibilite la consecución del objetivo que hemos señalado.

Además, tal y como lo han expresado los estudiantes, en la fase de debriefing sería recomendable el visionado de las grabaciones sobre sus actuaciones realizado durante la simulación. Los alumnos consideran que confrontarse con sus propios actos en una pantalla les permitiría aumentar su consciencia sobre su propia manera de desenvolverse y localizar tanto sus puntos fuertes como aquellos más limitantes y, en consecuencia, dirigir sus esfuerzos a mejorarlos.

Otra cuestión sobre la que conviene reflexionar tiene que ver con la fase que debiera preceder a la simulación y al debriefing y que apenas hemos vislumbrado durante este trabajo: el briefing. La teoría nos señala al briefing como una parte más dentro de la experiencia de simulación que constaría, entonces, de tres fases bien diferenciadas. Su finalidad consistiría en ofrecer a los estudiantes una orientación previa sobre los objetivos docentes de la simulación que se va a desarrollar, el entorno de la simulación, la revisión de las expectativas y la oportunidad de hacer preguntas y aclarar posibles dudas. Sin embargo, en el caso de las experiencias investigadas, esta es una fase por la que se ha pasado de soslayo, especialmente en la asignatura de Medicina Interna. Y, aunque está bien no desvelar al completo la experiencia para no asentar prejuicios y contaminar las expectativas, si sería necesaria una mayor preparación previa que permitiera a los alumnos ir con cierta concienciación que posibilitara sacar el máximo provecho de la experiencia.

Por último, cabe señalar una mejora en relación a la coordinación entre los distintos profesionales que forman parte de la experiencia. Hemos señalado con anterioridad lo dificultoso que se torna el trabajo colaborativo entre profesionales dentro de una tradición universitaria cuyo trabajo se ha organizado en función de la hegemonía de una especialización del saber que ha favorecido la organización en departamentos estancos e impermeables, lo que se acentúa todavía más en el ámbito de la medicina. Sin embargo, la experiencia nos dice que esos conocimientos que tendemos a separar y desconectar están, en realidad, vinculados, conformando un todo globalizado a la hora de desenvolvernos en el terreno de la práctica. Además, muchos de los problemas asociados a la falta de tiempo tienen que ver con la tendencia por el trabajo

individualizado y descoordinado. Sería enormemente recomendable, por ello, tejer redes de colaboración entre los distintos profesionales que forman parte de la Facultad de Medicina y, más concretamente, de aquellos que participan o van a participar en esta experiencia. Sesiones de coordinación entre los dos docentes participantes hasta la fecha que permitieran, incluso, realizar actividades conjuntas que desplegaran el abanico de conocimientos y habilidades que se necesitan para ambas asignaturas podría ser una buena manera de comenzar.

4. Rescatamos la voz del alumnado para la mejora de la formación universitaria y de sus propios procesos de aprendizaje.

Concluimos esta última parte de nuestro trabajo con un apunte final sobre la piedra angular de la que hemos partido para la planificación y realización de esta investigación: la necesidad y relevancia de dotar de voz al alumnado.

Rompiendo con la tradición teórico-cientifista imperante en la universidad, que privilegia a la experticia como única fuente válida de conocimiento, en este trabajo la voz del alumnado y sus experiencias particulares han tenido una importancia crucial y determinante. Consideramos que la opinión de los sujetos protagonistas de una experiencia que teóricamente está diseñada con el único fin de que ellos aprendan, es la fuente proveedora de conocimiento más valiosa. Es su voz, precisamente, la que más valor tiene para la realización de unas propuestas de mejora que, en definitiva, están dirigidas a ellos mismos y a su experiencia de aprendizaje.

Reconocer y valorar sus opiniones y alentar a que se adueñen de su voz y hagan uso de la misma es una manera de promover que dichos alumnos, además, se responsabilicen y auto-gestionen su propio proceso de aprendizaje, constituyéndose cada estudiante como un “agente que tiene la capacidad, oportunidad y el derecho de entrar en el juego, de participar, de decidir, de opinar y de tener el control de las cuestiones que le afectan vitalmente; de tener, en fin, su lugar y su voz” (Susinos y Rodríguez-Hoyos, 2011: 18).

En última instancia, los valores asociados a la experiencia de simulación y los nuevos roles asumidos por los docentes y los alumnos ayudan a configurar esa comunidad de aprendizaje a la que aludimos en apartados previos en la que estudiantes y profesores se convierten en compañeros y co-creadores del aprendizaje, una

comunidad donde la voz del alumnado es “emergente y dialogística, relacional y recíproca, tanto en su mutuo compromiso como en las intenciones a las que aspira” (Fielding, 2011).

Concluimos, de este modo, con la necesidad de que los alumnos y alumnas desempeñen un papel más activo en los diseños y evaluaciones futuras de experiencias de simulación y debriefing. Se trata de que el estudiante, a quien va dirigida la experiencia y quien la ha vivenciado en primera persona, se constituya como un agente participante más en las futuras planificaciones, siendo sus aportaciones en extremo valiosas y encerrando las claves para el cambio y la mejora de las prácticas ulteriores.

5. Conclusiones relacionadas con la metodología de investigación.

Limitaciones del proceso de investigación.

La idiosincrasia de la práctica educativa y de los contextos sociales en los que se desarrolla nos ha conducido a utilizar una metodología cualitativa capaz de respetar y analizar las peculiaridades y singularidades de cada caso. A diferencia de las ciencias naturales, el objeto de las sociales y de nuestro trabajo es a la vez sujeto, un sujeto que construye sus propios significados. Además, una investigación de raíces sociales no puede soslayar la biografía de los investigadores y sus características personales y contextuales, por lo que hemos abogado por un tipo de investigación que construye el conocimiento a partir de la relación dialéctica entre las representaciones de los participantes y la de los investigadores.

El diseño de nuestra investigación, como en el caso de todas aquellas de carácter cualitativo, ha tenido un carácter flexible, abierto y dinámico, adaptándose a las necesidades emergentes de los participantes y de la investigación misma que han ido surgiendo a lo largo de la experiencia. Hablamos de un diseño circular y emergente que nos ha permitido reconsiderar y reajustar constantemente el proceso de investigación en su conjunto y sus distintas fases.

Los métodos y técnicas han estado al servicio de los sujetos participantes, y no al revés, y la elección de las técnicas se ha realizado a posteriori, una vez conocido y considerado el contexto de aplicación. Las técnicas cualitativas utilizadas han sido las siguientes: entrevistas semiestructuradas, grupos de discusión y observaciones. Consideramos, asimismo, que la cantidad y calidad de la información proporcionada por

dichas técnicas ha estado adecuadamente ajustada a los objetivos y características de este TFM.

Para finalizar, hemos de señalar algunas limitaciones de este trabajo que debieran ser tomadas en cuenta para el diseño de investigaciones futuras.

En primer lugar, hemos tenido dificultades relacionadas con una entrada en el campo demasiado precipitada, que han dado lugar a prejuicios o asunciones que, como hemos confrontado a lo largo de los grupos de discusión, no han sido acertadas: por ejemplo, hemos dado por hecho que las experiencias desarrolladas en las dos asignaturas eran similares, cuando las diferencias entre ellas, tanto en organización, como en tiempo y manera de abordarse, han diferido en gran medida. Por ello, la realización de un sondeo previo: dos tandas de entrevistas (una para conocer la experiencia en términos generales y otra focalizada que nos permitiera insistir en determinadas cuestiones más pertinentes), realización de más observaciones previas a las entrevistas y grupos de discusión... sería recomendable en investigaciones venideras.

Asimismo, hemos tenido infinidad de problemas relacionados con la disponibilidad de los alumnos. Sería una cuestión que los futuros investigadores debieran tener en cuenta para planificar las distintas reuniones y aplicación de técnicas contando una margen de tiempo más amplio que el que se suele necesitar habitualmente.

Por último, apuntar que este trabajo de fin de máster, aun con sus limitaciones, se constituye como la primera de muchas investigaciones que seguro ahondarán en este nuevo ámbito de trabajo, el aprendizaje experiencial mediante experiencias de simulación, hasta ahora inexplorado, con grandes posibilidades de acuñar una nueva y necesaria tradición dentro de lo que ahora entendemos por enseñanza universitaria.

Asimismo, como ya he resaltado con anterioridad, este trabajo ha significado una apuesta muy arriesgada para mí desde la elección del tema hasta el resultado final que aquí presento: el hecho de colaborar con profesionales muy diversos y de mantener contactos con algunos profesores de la universidad de Harvard, por Skype y en un inglés, aproximarme a una cultura académica que no es la mía y, sobre todo, realizar un trabajo que es fronterizo, difícilmente reconocible y adjudicable a uno u otro ámbito de estudio y cuya finalidad es, precisamente, tender puentes que permitan favorecer la interdisciplinariedad entre esos campos aparentemente tan divergentes. No obstante, concluyo mi trabajo de fin de máster desatacando, por encima de todo, el enorme aprendizaje realizado gracias a ese gran riesgo que mi tutora y yo decidimos asumir.

5. Bibliografía

- ✓ Barrera, F. (2009). Desarrollo del profesorado: el saber pedagógico y la tradición del profesor. *Acción pedagógica*, 18, 42-51.
- ✓ Bolívar, A., Domingo, J. y Fernández, M. (1998). *La investigación biográfica narrativa en educación: guía para indagar en el campo*. Granada: Grupo FORCE, Universidad de Granada y Grupo Editorial Universitario.
- ✓ Borjas, M. I. y Vilchez, C. F. (2009). Ciencias “duras” VS Ciencias “blandas”. *REDHECS*, 7, 195-209.
- ✓ Brockbank, A. y McGill, I. (2002). *Aprendizaje reflexivo en la educación superior*. Madrid: Morata.
- ✓ Calvo, A. y Susinos, T. (2010). Prácticas de investigación que escuchan la voz del alumnado: mejorar la universidad indagando la experiencia. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 14 (3), 75-88.
- ✓ Colás, P. (1998). *Investigación Educativa*. Sevilla. Ed. Alfar.
- ✓ Cornejo, J. (2003). El pensamiento reflexivo entre profesores. *Pensamiento Educativo*, 32, 343-373.
- ✓ Dewey, J. (1989). *Cómo pensamos. Nueva exposición de la relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo*. Barcelona: Paidós (1989).
- ✓ Fernández, E. (2009). Aprendizaje experiencial, investigación-acción y creación organizacional de saber: la formación concebida como una zona de innovación profesional. *REIFOP*, 12 (3), 39-57.
- ✓ Fernández, M., García, J. N., Caso, J. N., Fidalgo, R. y Arias, O. (2006). El aprendizaje basado en problemas: revisión de estudios empíricos internacionales. *Revista de Educación*, 341, 397-418.
- ✓ Fielding, M. (2011). La voz del alumnado y la inclusión educativa: una aproximación democrática radical para el aprendizaje intergeneracional. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 70 (25, 1), 31-61.
- ✓ Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

- ✓ Flores, O. S. (2004). *La práctica reflexiva*. Antología de seminarios de Investigación: Práctica educativa. 2004. Secretaría de Educación Jalisco. Consultado el 3 Marzo del 2012 en el World Wide Web: <http://educacion.jalisco.gob.mx>
- ✓ Friedrich, M. J. (2002). Practise makes perfect: risk- free medical training with patient simulators. *JAMA*, 288 (22), 148-150.
- ✓ Galindo, J. y Visbal. L. (2007). Simulación, herramienta para la educación médica. *Salud Uninorte*, 23 (1), 79-95.
- ✓ Goetz, J. P. y LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- ✓ Gómez, L. M. (2004). Entrenamiento basado en la simulación, una herramienta de enseñanza y aprendizaje. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 32 (3), 201-208.
- ✓ Hammersley, M. y Atkinson, P. (2003). *Etnografía: métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- ✓ Haya, I. (2011). *Dar voz al alumnado en la construcción de escuelas inclusivas: dos estudios de caso sobre proyectos locales de mejora*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Cantabria, España.
- ✓ Kemmis, S. (1990): Introducción. En W. Carr, *Hacia una ciencia crítica de la educación* (pp.7-38). Barcelona: Laertes.
- ✓ Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- ✓ Marcelo, C (1987). *El pensamiento del profesor*. Barcelona: CEAC.
- ✓ Marhuenda, F (2001). La formación práctica en el aprendizaje profesional, o el aprendizaje experiencial en la formación profesional. En F. Marhuenda, M. J. Cros y E. Giménez (coords.). *Aprender de las prácticas: didáctica de la formación en centros de trabajo* (pp. 1-58). Valencia: Universidad de Valencia.
- ✓ Morales, P. y Landa, V. (2004). Aprendizaje basado en problemas. *Theoria*, 13, 145-157.
- ✓ Morse, K. (2012). *The Effect of Reflective Debriefing on Medical Students' and Residents' Reflective Ability and Perspective Transformation*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Villanova, Filadelfia, USA.
- ✓ Muñoz-Repiso, M. (2000). *Educación en positivo para un mundo en cambio*. Madrid: PPC.
- ✓ Noguera, J., Vera, J. y Vila, Sarramona, J. (1998). ¿Qué es ser profesional docente? *Teoría de la educación*, 10, 95-144

- ✓ Osterman, K. y Kottkamp, R. (1993). Rethinking Professional Development. En Osterman, K. y Kottkamp, R. *Reflective Practice for Educators: Improving Schooling Through Professional Development*. California: Corwin Press.
- ✓ Palés, J. L. y Gomar, C. (2010). El uso de las simulaciones en educación médica, *TESI*, 11 (2), 147-169.
- ✓ Rudolph, J., Simon, R., Dufresne, R. y Raemer, D. (2006). There's No Such Thing as "Nonjudgmental" Debriefing: A Theory and Method for Debriefing with Good Judgment. *Simulation in Healthcare*, 1, 1, 49-55.
- ✓ Rudolph, J., Simon, R., Raemer, D. y Eppich, W. (2008). Debriefing as Formative Assessment: Closing Performance Gaps in Medical Education. *Society for Academic Emergency Medicine*, 15, 11, 1010-1016.
- ✓ Sabariego, M. y Bisquerra, R (2004). El proceso de investigación (parte 1). En R. Bisquerra, (Coord.) *Metodología de la investigación educativa* (pp. 89-125). Madrid: La muralla.
- ✓ Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.
- ✓ Schön, D (1998). *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós.
- ✓ Solaz-Portolés, J. J., Sanjosé, V. y Gómez, A. (2011). Aprendizaje basado en problemas en la Educación Superior: una metodología necesaria en la formación del profesorado. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 25, 177-186.
- ✓ Susinos, T. y Rodríguez-Hoyos, C. (2011). La educación inclusiva hoy. Reconocer al otro y crear comunidad a través del diálogo y la participación. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 70 (25, 1), 15-30.
- ✓ Swain, J., French, S. y Cameron, C. (2003). *Controversial issues in a disabling society*. Buckingham: Open University Press.
- ✓ Takayasu, J. K., Farrell, S. E., Evans, A. J., Sullivan, J. E., Pawlowski, J. B. y Gordn, J. A. (2006). How do clinical clerkship students experience simulator-based teaching? A qualitative analysis. *Simulation in Healthcare*, 1(4), 177-181.
- ✓ UNESCO (1998). La educación Superior en el S.XXI: Visión y acción. Conferencia mundial sobre la Educación Superior. Consultado el 6 de junio de 2012 en http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm

- ✓ UNESCO (2009). *La nueva dinámica para la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo*. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. Descargado el 6 de junio de 2012 de http://www.unesco.org/education/WCHE2009/comunicado_es.pdf
- ✓ Vázquez, G (2007). Las simulaciones en Educación Médica. *Educación médica*, 10 (3), 147-148.
- ✓ Vázquez, J. P. (2002). Nuevas tecnologías, conocimiento y formación escolar. *Acciones e investigaciones Sociales*, 15, 131-158.
- ✓ Zabalza, M. A. (2010). *Planificación de la docencia en la universidad: elaboración de las guías docentes de las materias*. Madrid: Narcea.
- ✓ Zabalza, M. A. (2011). El Practicum en la formación universitaria: estado de la cuestión. *Revista de Educación*, 354, 21-43.
- ✓ Zeichner, K. (1993). El maestro como profesional reflexivo. *Cuadernos de Pedagogía*, 220, pp. 44-45.
- ✓ Zeichner, K. (2010). *La formación del profesorado y la lucha por la justicia social*. Madrid: Morata.
- ✓ Ziv, A, Berkenstad, H (2008). La educación médica basada en simulaciones. *JANO*, 1.701, 42-45.

Anexos

Transcripción entrevista nº1, profesor de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina, cuarto curso. Miércoles, 21 de marzo de 2012.

P.- Bueno, en primer lugar, ¿cuántas simulaciones has hecho este año?

R.- Bueno, vamos a ver, ya el año pasado, antes de este curso hicimos un plan... un poco en plan piloto, hicimos... al curso de cuarto de medicina que ahora están en quinto, e hicimos, bueno, en torno a... a ver, creo que fueron, eran... 80 alumnos, creo que eran, e hicimos 4 tardes, ¿no?, a razón de 20 alumnos por tarde en grupos de 10. Y bueno, pues fue un primer contacto, fue, digamos, un hecho pionero...

P.- Del año pasado me dices, ¿no?

R.- Sí, del año anterior, de hace dos años. Y entonces, bueno, tuvimos una muy buena aceptación por parte del alumnado, luego ya comentaremos en que consistía la simulación. Y eso nos dio el apoyo, nos dio base para hacer un... presentar un proyecto para presentar un proyecto para el Vicerrectorado en la convocatoria de Innovación docente, en el sentido de... bueno, pues plantear una forma distinta de enseñar la asignatura, de enseñar la obstetricia. Y concretamente, bueno, pues aprovechando dos grandes recursos, uno el Hospital Virtual, con los medios que tienen, todos los recursos técnicos que tiene, el personal que tiene de enfermería y que la enfermería hacen de directoras en cuanto a simulación, ¿no?, el embarazo, parto... los técnicos en sonido, informática... bueno, en fin, que realmente es un hospital con recursos muy importantes. Lo dirige el Dr. I. M.

P.- Sí.

R.- El coordinador es el Dr. M. y realmente, bueno, pues son personas que han cuidado hasta el extremo lo que es la simulación y, por tanto, es un medio bueno, pues... estupendo. Y luego, por otra parte, otro recurso es un maniquí, un maniquí... una pelvis que lo compramos con el dinero de la universidad y que es un maniquí con feto, con pelvis y que nos sirve, primero, para hacer exploraciones pélvicas y, bueno, luego para hacer un parto.

P.- Sí.

R.- Bueno, pues con esos medios y con esa experiencia piloto inicial, ¿no?, del año 2010, bueno pues pasamos a presentar un proyecto para el curso 2010-2011 de innovación docente. En ese proyecto, figuramos por parte del Hospital Virtual el Dr. I. M., el Dr. M. y, por parte nuestra, el jefe de paritorio que es el Dr. O. y yo como catedrático de la asignatura. Y eh... bueno, contábamos con 100 alumnos y diseñamos 10 tardes, 10 tardes pero tuvimos más ambición que el año pasado, que dábamos 2 horas, y este año pues hemos hecho 4 horas. 4 horas para 10 alumnos, ¿no? Y por lo tanto, bueno, pues han pasado unos 100 alumnos por el Hospital Virtual y lo que sí podemos decir es que... bueno, me imagino que luego en la entrevista hablaremos más, pero los 100 alumnos han hecho, primero

y muy importante, porque no solamente es la técnicas, es sobre todo el aspecto humano y les hemos enseñado primero cómo comportarse con una gestante, no digo paciente porque no lo es, con una gestante, una parturienta, cómo comportarse, cómo presentarse, cómo pedir las cosas por favor, cómo pedir permiso para explorar, cómo informar de lo explorado... eso es fundamental y, si eso no existe, podemos hacer muchas técnicas, pero lo más humano lo primero. Después hemos hecho un taller de exploración, de exploración clínica, y después, cada alumno ha hecho un parto virtual, un parto de virtual con un maniquí, con todas las maniobras de extracción y de asistencia. Posteriormente, les hemos dado un pequeño taller de gráficas de la frecuencia cardiaca fetal para interpretarlo, hemos hecho un pequeño descanso de 10 minutos y hemos hecho a continuación, durante hora y media, dos casos clínicos, dos simulaciones. Ya ven un escenario de parto con enfermeras que actuaban como de parturientas y el maniquí, y los alumnos han hecho o ejecutado el papel, rol de médico de guardia, joven, médico antiguo, de matrona, de familiar, de marido, de amiga de la parturienta... Y luego, el resto que no podían colaborar pues, por circuito cerrado han visto como actuaban sus compañeros...

P.- O sea, estaban siempre observando...

R.- Estaban en una habitación al lado, pues viendo en pantalla lo que estaban haciendo en el paritorio, ¿no?, y luego se ha hecho una reflexión, un debriefing sobre lo que se ha hecho y, bueno, pues esto se puede mejorar por aquí, se puede tal...

P.- Sí, luego te preguntaré...

R.- Eh, las encuestas que hemos hecho en cada sesión, tenemos veintitantas encuestas y, hombre, estas encuestas las vamos a analizar, las voy a analizar y voy a hacer un trabajo que va a ser la defensa del proyecto en septiembre, lo voy a presentar en el rectorado, pero ya puedo adelantar que sobre cinco puntos máximo de, digamos, satisfacción, tal, pues andaremos por el 4,8, o sea, que el alumnado ha respondido muy favorablemente, y sobre todo, porque ha sido útil y porque es una manera innovadora y rompedora de enseñar la asignatura.

P.- O sea, qué diferencias encuentras entre las asignaturas...

R.- Las diferencias es que durante mucho tiempo, aunque hemos intentado, por ejemplo, concretamente el parto... el parto es un hecho que vienen al paritorio, vienen un día o dos, bueno el objetivo es ver un parto pero, a veces, también hay que pensar en la embarazada, toda la gente mirando, un parto debe ser un hecho de privacidad, un hecho de... en fin, eso por una parte. Si se podría evitar, con el Hospital Virtual, pues mucho mejor. Y sobre todo para el parto, que nos hemos apoyado en películas, en imágenes tridimensionales, películas tridimensionales animadas pues, no es lo mismo, no es lo mismo porque no es lo mismo ver, por ejemplo, en un maniquí ver cómo la cabeza fetal, lo que hace dentro de la pelvis, ¿cómo sale, asistir el parto no es lo mismo. Ha sido un salto cualitativo.

P.- Claro. Sino hasta las prácticas no lo...

R.- No, y en las prácticas no hacen un parto, o sea que... obviamente.

P.- Ya.

R.- Entonces, claro, esto ha sido mucho más allá. Es casi real, no es real, pero es casi real. Y, sobre todo, hay una cosa fundamental. En las prácticas un alumno tiene que hacer, tiene que hacer porque hay una norma básica que para mí es vital, una frase que creo que es de... de Confucio que decía: “me lo dijeron y lo olvidé, lo leí y lo recordé, lo hice y la aprendí”, algo así es.

P.- Sí,

R.- O sea, que realmente la práctica hay que hacerla y vivenciarlo y eso es lo que da el Hospital Virtual, hacer.

P.- Bueno, creo que es evidente, pero entonces tú, ¿qué tipo de asignatura prefieres?

R.- No hombre, yo prefiero la... la obstetricia en ginecología se explica teóricamente, hay que buscar una... un componente más práctico, más funcional, pero a ver, yo creo que el apoyo, concretamente en el parto, que es un hecho dinámico, a veces oculto, ¿no? A veces vedado un poco por la intimidad, por el respeto a la mujer, bueno, pues yo creo que esto, realmente, apoyarlo en el Hospital Virtual me parece que es fundamental, o sea, creo que es como debe ser.

P.- Vale. Te voy a preguntar ahora por la planificación si te parece. ¿Cómo ha sido la planificación con los contenidos?

R.- La planificación, en primero lugar, bueno esto... Primero se habló con el Hospital Virtual.

P.- Sí.

R.- Desarrollamos de alguna manera, un esqueleto, un guion... para organizar un poco los contenidos y las horas y, luego, con el Dr. O., que es el jefe de partos, que ha sido, bueno, pues una colaboración mejorable, pues de alguna manera él diseñó los casos clínicos. Los casos clínicos eran de un parto normal y de un parto con alguna pequeña complicación que acaba en un fórceps, que en realidad ellos no tenían por qué saber hacer un fórceps, pero bueno, no es un hecho frecuente, y lo veían hacer. Por lo tanto, eso completaba la docencia por otro capítulo. Y entonces eso lo organizó el Dr. O.. Bueno, entonces eso fue una preparación de un tiempo, ¿no? De preparar los guiones los tiempos, ajustar los tiempos. Y bueno, cuando lo tuvimos todo preparado pues ya empezamos.

P.- Y qué os resultó más...

R.- El proyecto, perdona, el proyecto se presentó para el rectorado y nos lo concedieron, o sea que, lo que hemos hecho el año pasado, este curso es un... unas prácticas de simulación pero en función... o sea, esa ha sido la ejecución de un proyecto autorizado ya, reconocido por la universidad y, a diferencia del primero, que fue una cosa un poco pionera y un poco, digamos, por nuestra mano, ¿no? Pero este ya ha sido con un... oficial de la universidad. Y eso ha sido lo que hemos hecho.

P.- Y dificultades en cuanto a la pla...

R.- Dificultades, a ver. Primero, que los alumnos no están habituados a esto y hay que explicárselo muy bien, que no es una práctica al uso, que no es una práctica, yo que sé, de laboratorio, que es una práctica distinta. De hecho, cuando venían hacíamos primero una presentación por ordenador en 10 minutos, lo que íbamos a hacer y demás, cada uno se presentaba, decía qué esperaba del curso y claro, ellos a veces decían, jo, 4 horas... pero claro, cuando se daban cuenta, empezábamos a las 4, cuando se daban cuenta eran las 8 menos 5 y se nos había pasado todo aquello, vamos, volando, ¿no? E incluso disfrutando. Entonces, qué dificultades ha habido. Primero, hacerles entender a los alumnos que es una práctica distinta, innovadora, revolucionaria y que... bueno, que era útil para ellos, ¿no? Que no es una práctica más, sino que es una práctica posiblemente básica en su formación. En segundo lugar, el tema de la preparación, que ha llevado tiempo. En tercer lugar, bueno, que ha supuesto por parte del profesor Odriozola y por parte mía, bueno, pues son 10 tardes que hemos estado ahí... y además 10 tardes que las hemos tenido que hacer, claro, respetando las clases de los alumnos, y sus exámenes, y sus necesidades, ¿no?, académicas, y las hemos tenido que hacer en un mes. Es decir, que ha supuesto 10 tardes en un mes, que son pues, dos tardes, incluso la última semana de noviembre, y en diciembre fueron 5 días, 5 tardes. Claro, eso después de trabajar toda la mañana, 5 tardes es mucho, mucho... mucho trabajo, ¿no?

P.- Y en cuanto a computar la teoría y la práctica...

R.- Y... perdón, salíamos, salíamos trabajados pero contentos.

P.- Sí.

R.- Bien, porque veíamos el rendimiento de los alumnos. Y luego por otra parte, en cuanto a la teoría y a la práctica, bueno, pues realmente, lo que nosotros les explicamos eran 4 aspectos básicos teóricos recordando un poco lo de clase, pero básicamente como una puerta para empezar a hacer, para la práctica. Hemos insistido mucho en el comportamiento humano porque el aspecto humano no se puede perder nunca, nunca, nunca, nunca. Y si solamente hacemos maniobras técnicas, malo...

P.- Claro, es lo que tiene...

R.- Mal, mal con mayúsculas. Por lo tanto, hemos insistido mucho en cómo comportarse, cómo llamar a la puerta, cómo me presento, llamar al paciente por el nombre, el aspecto humano... esas cosas que son básicas, y eso lo han agradecido mucho porque a veces no es frecuente. Bueno, que hemos tenido también, pues, a veces, bueno pues, hemos mejorado cosas porque cuando empezaban los alumnos a actuar en el paritorio cómo médicos no sabían ellos como comportarse. Rápidamente el primer día lo vimos y nos rebobinamos y les pusimos dos diapositivas antes de empezar, un poco, de qué es lo que tiene que ver un médico cuando llega a un paritorio, porque claro, nosotros no lo habíamos dicho y no lo sabían. Y rápidamente, a partir de ahí, la situación se encarriló perfectamente y ya sabían qué hacer en cuanto a tal. Se comportaron muy bien, se comportaron perfectamente. Y bueno, pues ya te digo que esas dificultades hemos tenido, ¿no? Y bueno, en conjunto yo diría que ha sido muchísimo más

beneficioso... es decir, muchísimo más... el rendimiento es a favor, positivamente. Primero porque veíamos que los alumnos aprendían, porque disfrutaban y por las encuestas. Y claro, realmente eso pues es lo que nos, nos apoya para seguir adelante. Y vamos a presentar un segundo proyecto este año, o sea que... y queremos ir a por un tercero para consolidar la medida, porque si se consiguieran tres se consolidaría la medida. Y bueno, la idea es ir a por un tercero.

P.- A ver, sigo yo con la planificación. ¿Has echado en falta ayuda de otros profesionales, mas coordinación...?

R.- A ver, inicialmente, esto es un proyecto que surgió dentro de un... dentro de la universidad y concretamente también con una persona del paritorio que es el Dr. O. que es un excelente obstetra y que es una persona pues enamorada de la obstetricia, que lo hace muy bien y que tiene un ímpetu y que tiene un interés bárbaro y, bueno, pues eso ha sido un poco el inicio, ¿no? La idea sería en el futuro, pues de alguna forma, irlo ampliando, ¿no?, más personas que tengan ese interés docente y esa visión de la obstetricia y de la relación humana también. Pero bueno, en principio bien.

P.- Y ha habido alguna coordinación con las otras asignaturas que están...

R.- No, no ha habido coordinación porque realmente esto es un proyecto, claro, la universidad crea unos proyecto de innovación en donde nos hemos ajustado y cada uno pues escribe y presenta un proyecto, ¿no? Entonces yo lo he presentado ahí y nos lo han dado, bien, y la única coordinación, es decir, ha sido que yo me he adaptado, los días se han adaptado a las ocupaciones o necesidades que tuvieron los alumnos por otras asignaturas. No he dicho: del 1 al 15 todo seguido, no. Yo he dicho, bueno, los días que podáis, lo ponemos. Hemos hecho una cartelera, hemos ido reajustando la pizarra... y al final ha salido 2, 5, 14, 22, tal, tal, tal... cuando ellos han podido. Es decir, yo he respectado clases, asignaturas, optativas, no sé qué, patatín, patatán, prácticas de no sé qué... ¿vale? Y en función, ha salido ahí 10 días, y esos 10 días son los que hemos hecho. Esa es la coordinación de alguna manera...

P.- Me refería también, por ejemplo, con el Dr. R., que también está...

R.- Sí, el Dr. R., pero él lo hace en 6º.

P.- Ah, en 6º.

R.- En 6º sí. Sí, también tengo la idea de... que también se lo comenté, también lo hemos comentado en el Hospital Virtual, de poderlo abrir por... No tanto con esta amplitud de 4 horas en las que son dos talleres... pero teniendo una tardes para que sepas, un taller, primero, una introducción, 10 minutos, un taller de exploración obstétrica y ginecológica para el maniquí, un taller de... primero, una representación del parto, del maniquí, y después un parto cada uno de los alumnos, con lo cual hemos avanzado dos horas ya. Unos 10 alumnos con su parto, o sea, que eso... Cómo meter el feto dentro de la pelvis, salir... Y después, esto hay que verlo eh, porque incluso si hacemos otro año pues sería interesante que tú...

P.- Sí, si voy a bajar a la simulación...

R.- Para que lo veas, ¿no? El parto, que es importante. Y, entonces eso, como digo, que es eso y... Qué estaba comentando ahora, ¿de qué?

P.- La organización de la...

R.- Ah sí. Y luego, damos un pequeño taller de 10 minutos para informar un poco de algunas gráficas fetales, de frecuencia cardiaca porque también en el parto veíamos un monitor, veíamos un ordenador que cambiamos la frecuencia del feto, buena, mala, en fin... para que supieran el abc, lo básico, ¿no? Y luego un pequeño descanso, 10 minutos, y empezamos, un primer supuesto clínico y un descanso, un debriefing, un segundo caos clínico, debriefing, y ya cierre, conclusiones y encuesta. Ese es el guion de la...de cada curso, de cada día.

P.- Vale. No sé cómo vamos de tiempo.

R.- Pues bueno...

P.- Es que queda... te quería preguntar ya más concretamente sobre la simulación y el debriefing pero no sé si...

R.- Bueno, el debriefing, realmente ahí hemos tenido, bueno, pues, primero, ha sido muy útil porque primero las sensaciones que ellos tenían, de los que hacían la actuación, yo creo que la mayoría de ellos lo han interiorizado, se han sentido en el papel, ¿no? Incluso ha habido un momento en que a algunos se les veía que estaban preocupados por el tema, es decir, que de alguna manera la simulación se ha metido en su espíritu, su cuerpo, ¿no? Claro, que es lo que se pretende, ¿no? Hacer una simulación lo más parecida a la realidad. Eh... bien, eso yo creo que se ha conseguido.

P.- ¿Tu papel en el debriefing, cuál era?

R.- Mi papel en el debriefing era, en el primer caso, que era un parto normal, en principio yo me quedaba con los alumnos en la sala viendo por circuito cerrado y en el segundo parto, perdón, en el segundo parto que hacía de médico mayor, y bueno, pues un médico joven, más antiguo, pues me llamaban, porque...

P.- ¿Pero eso es en la simulación?

R.- En el segundo caso clínico.

P.- Pero en el momento de la simulación, ¿no?

R.- Sí, sí. Entonces me decían, en el segundo caso, que había que hacer un fórceps, me llamaban porque me decían tal, tal... pero los alumnos han sido capaces de, perfectamente además, de primero de identificar un riesgo fetal, de valorar unas condiciones óptimas para un parto vaginal, instrumental y, por eso, llamaban al adjunto que, entonces, aparecía yo, entonces yo me presentaba tal.. yo también actuaba. Y aplicando un fórceps para indicar un fórceps, tal, a veces...

O sea, actuabas con los instructores, ¿no?

R.- Actuaba con ellos, con todos. No sin polémica porque alguna mujer decía que el fórceps no, entonces tenía que, bueno, explicar, convencer, es decir... Y, bueno, y

veían cómo se hacía un fórceps, ¿no? Yo he participado en 9 casos de los 10 casos que hemos hecho.

P.- ¿Y cómo valoras la participación del alumnado en el momento de la simulación?

R.- La participación del alumnado... buena, buena, incluso, ya te digo que ninguno lo ha hecho así en plan de, de... es decir, que no ha habido sonrisas fáciles, ni tomárselo a chirigota... no, desde luego que se han metido en el papel, han sido consecuentes, han sido serios, se han dado cuenta de que era una experiencia y una oportunidad posiblemente... de las pocas en su profesión, en su formación y que tenían que aprovecharlo. Y se han metido en el papel. Han actuado de maridos, de hermanas, de amiga, de médico, de matrona, de médico joven, de médico viejo, médico antiguo perdón. Lo han hecho muy bien.

P.- ¿Y crees que se podría mejorar de alguna manera, a pesar de haber dicho...?

R.- Bueno, se podría mejorar... hombre, yo creo que realmente les hemos puesto los criterios de actuación humana, los criterios técnicos, médicos, y realmente, bueno, siempre hay cosas que puedes aquilatar. Pero, yo creo que lo han hecho muy bien, yo creo que no... vamos, yo... ellos en cuanto a la simulación... creo que muy bien vamos, no tengo nada en contra, todo lo contrario.

P.- ¿Y en el momento del debriefing, la participación...?

R.- El momento del debriefing... bueno, pues realmente ahí se han suscitado muchos temas, ¿no? Quiero decir que por parte de ellos también, ha habido discrepancias, debates, también nosotros hemos aprendido cosas...

P.- Claro, por eso te preguntaba antes, cuándo te dije lo del papel, ¿tú en el debriefing qué...?

R.- Bueno, pues en el debriefing, o bien el Dr. O. o yo...

P.- También ha estado...

R.- Sí, básicamente lo conducía, lo organizaba el Dr. O. Pero bueno, participábamos los dos en preguntas, en reflexiones, en comentarios. A veces, en un momento determinado, pues si... un comentario o práctico propiamente lo vertíamos, ¿no? Tal, tal, tal, esto, con lo cual ya son ideas que se te fijan, ¿no? Diciendo, un poco, diciendo, pues en una situación plástica vas a meter un ladrillo, aquí otro ladrillo y aquí otro... ya sabéis que están organizados así. Entonces, son recordatorios, ¿no? Prácticos, que en ese momento del debriefing la mente está más plástica y la puedes, pues fijar conceptos y tal. Yo la verdad es que, la verdad es que he quedado muy satisfecho en conjunto.

P.- Y la participación también de los...

R.- Sí, sí, sí. Ellos se lo han tomado muy en serio, muy en serio, y yo creo que, además, su experiencia ha sido muy gratificante. La pena es que no tengo aquí las encuestas, pero las encuestas ya te digo que son altamente positivas. Bueno, yo tengo que hacer una defensa en septiembre y, bueno, pues tengo tiempo para organizar todo esto, haremos una publicación en la universidad y presentaré esto... los resultados de las encuestas... tengo fotos de algún momento que hemos hecho para ilustrar la defensa con fotos y, realmente, yo creo que... que

igual, no, que en definitiva ha sido una experiencia positiva. Yo espero que la universidad nos lo apruebe y que podamos optar a un segundo año.

P.- Y tú, ¿qué le dirías a un profesor que el año que viene fuera a desarrollar...?

R.- Bueno, yo me gustaría, como te he dicho antes, ampliarlo un poco más, a más personal, porque esto es algo que tiene que surgir por interés, por vocación, por convencimiento de que es útil para la enseñanza, bueno, pues que realmente, lo que yo le diría es que vamos, va a participar o va a entrar en una nueva forma de enseñar la medicina y que, bueno, pues que es una oportunidad única y que, bueno, pues que le pedimos su colaboración y, bueno, pues todo lo que él pueda dar de sí para formar mejores profesionales, es decir, yo lo que le diría... esa es un poco la idea que tenemos, de aumentarlo un poco más. Pero bueno, de momento si repetimos lo del año pasado, yo con eso me quedaría contentísimo.

P.- Pues yo creo que más o menos hemos tocado todo rápidamente, bueno, si quieres añadir algo más...

R.- Bueno, simplemente que es el futuro y que debemos seguir con él. Y bueno, que lo que he dicho siempre, que lamento terriblemente no haber empezado antes.

P.- Ya, pero bueno, para eso quedan muchos años...

R.- Bueno, entonces que... esa es la idea.

P.- Vale, pues muchas gracias.

R.- No, por dios, a ti.

Transcripción de entrevista nº2, profesor de Medicina Interna en la Facultad de Medicina, sexto curso: E. 2. Martes, 15 de Mayo de 2012.

P.- Vale. En primer lugar, ¿cuántas simulaciones has organizado para la asignatura?

R.- Este es el tercer año.

P.- ¿Y cuántas...?

R.- Una cada año.

P.- Vale. ¿Y tu valoración general de la experiencia?

R.- Está bien, es satisfactoria para los estudiantes y es entretenida. Su impresión es de que es útil también y la mía también, aparte que es útil. Aunque como viste, puesto que el número de actividades de cada estudiante es muy reducido, es una al año, creo que el mayor valor está en mejorar la motivación más que que suponga un aumento tremendo de las habilidades, ¿no? Porque porcentualmente, pues es una parte pequeña.

P.- ¿Y qué diferencias encuentras entre las asignaturas que has impartido de manera tradicional y entre estas en las que has encontrado la experiencia de simulación, si encuentras alguna?

R.- No te sabría decir porque en el fondo esta es una experiencia piloto, ¿no? Una sola actividad durante un día, una hora, no da para mucho más, ¿no? Pero sin que tenga una demostración de ello tengo la sensación de que mejora la motivación y mejora un poquito las habilidades.

P.- ¿Y qué tipo de aprendizaje crees que se facilita o facilitaría si se prolongara más en el tiempo?

R.- Básicamente, la aplicación de los conocimientos a la práctica. Esa es la mayor utilidad, ¿no? En todas las áreas del conocimiento, ¿no? Pues es una parte difícil, esa parte de aplicación, ¿no?, y un poco de generalización. Pero en las ramas que son muy técnicas: en la medicina, la ingeniería... que son más de ciencias... de técnicas o bien de ciencias experimentales o... bueno, no sé si experimentales es la palabra. Pero bueno, más de ciencias que frente las humanidades... eso es más difícil, ¿no? Es... y más importante... y para mí, la humanidades que puedes aprender las características del arte gótico y después no ser capaz de reconocerlas en edificios... Pero en las ciencias y en las técnicas es mucho más importante porque tú te puedes saber la teoría de hacer un puente pero, sin embargo, después no ser capaz de diseñarlo en la práctica cuando ves en concreto el río pasa por aquí, ¿no? Un poco es lo mismo en medicina, la necesidad de aplicar los conocimientos a la práctica y de evocar en qué situaciones tienes que evocar determinados conocimientos es una parte complicada y en eso la simulación puede ayudar.

P.- ¿Y tú que tipo de asignatura prefieres dar, las que no integran la simulación o ésta que sí?

R.- Bueno, me es igual. En todo caso lo que sí es percible es dar asignaturas que tengan un contenido práctico importante, ¿no? Porque el conocimiento teórico por sí mismo pues eh... no tiene mucho interés, especialmente en este conocimiento teórico, a lo mejor en algunas ramas de humanidades tiene interés, es interesante conocer la filosofía aunque no la apliques, pero no tiene ninguna utilidad conocer las características de una enfermedad si después eso no te sirve para identificarla, ¿no? Entonces en todo caso tienen que tener un fuerte contenido práctico. La simulación es una parte de la práctica, ¿no? No sustituye a la práctica con los pacientes o no puede sustituir de manera global. Pero sí hay determinados aspectos que puede ayudar a enseñar y aprender mejor.

P.- Y ahora te voy a preguntar un poco sobre el diseño, la planificación... ¿cómo ha sido la planificación con respecto a los contenidos de la asignatura?

R.- Pues hemos escogido una serie de situaciones, una serie de escenarios en virtud de que sean problemas frecuentes, de que sean susceptibles de simularse, porque hay cosas que son más fáciles de plantear la simulación mientras no... que sean susceptibles de simularse con ese, con esa tecnología concreta que íbamos a usar, ¿no? Y después, que tengan una dificultad razonable para el nivel de los estudiantes, de manera que ni sean absolutamente simples y evidentes en sí mismo ni tampoco que tengan un nivel de complejidad que se escape del nivel que se espera de un estudiante. O sea, que esas serían las tres características. Que sean frecuentes, con nivel de dificultad razonable y que sean factibles.

P.- ¿Has tenido alguna dificultad para planificar, te ha resultado algo difícil?

R.- No, no especialmente. Más allá de la limitación de tiempo, ¿no? Como ha sido un poco corriendo durante todo el rato...

P.- ¿Lo más fácil de la planificación o lo que menos te ha costado?

R.- Lo más fácil... escoger los escenarios.

P.- ¿Y te has coordinado por otros profesionales para hacerlo?

R.- Sí, con las personas del hospital virtual?

P.- ¿Y hubieras echado en falta más ayuda?

R.- Bueno... no de manera urgente, ¿no? Pero es probable que alguien que tuviera conocimientos pedagógicos más profundos hubiera sido de utilidad a la hora de diseñar algunos aspectos...

P.- ¿Y cambiarías algo de la planificación, del diseño...?

R.- Con las condiciones actuales no, es decir, en otras condiciones en las que hubiera más disponibilidad de tiempo pues claramente el número de sesiones se debería aumentar, ¿no? Y la duración de las sesiones, sobre todo de la base del debriefing, deberíamos aumentarlo un poquito, unos minutos más, 15 minutos más...

P.- ¿Dura 20...?

R.- 25 sí. El año pasado lo pudimos aumentar a 15 minutos más, a 40 minutos.

P.- ¿Eran menos alumnos?

R.- Bueno, había más gente que colaboraba, pero aun así, de todas maneras, era muy agobiante, es decir, porque ya has visto que este año en realidad no hay espacio entre un grupo y otro. El año pasado hicimos de manera que incluso dos grupos se solapaban usando dos salas distintas. Pero la verdad es que fue excesivamente agobiante.

P.- ¿Pero qué estabas, tú con unos y el instructor con otros?

R.- Sí.

P.- Pues te voy a preguntar ahora por la simulación en sí, ¿cuál es la valoración general de esta parte?

R.- Bien, yo estoy satisfecho, ¿no? Los estudiantes están satisfechos. Lo que no sabemos muy bien hasta que punto es útil. Tenemos la impresión de que es útil para producir satisfacción. Los actores implicados... pero no sé realmente hasta qué punto induce, mejor habilidades de forma persistente en el tiempo o hasta qué punto esa sensación de mejora de la motivación se traduce en modificación de conductas que favorezcan el aprendizaje.

P.- ¿Cuál ha sido tu papel en la simulación, si es que lo ha habido?

R.- El diseño de la actividad, el diseño de los escenarios, la coordinación de la actividad... Durante la simulación en sí misma pues la dirección del escenario, ¿no? Porque hay veces que las cosas se modifican sobre la marcha porque no es absolutamente predecible... Se empieza a desarrollar y después una fase de reflexión o debriefing...

P.- ¿Y qué opinión tienes de los actores?

R.- Eh... lo hacen muy bien.

P.- ¿Y la participación del alumnado en la fase de simulación?

R.- Bien, a ellos les gusta mucho. De hecho, ya sabes que no... por razones de disponibilidad no lo pudimos ofrecer a todos los estudiantes, sino más o menos, la mitad de los matriculados. Entonces en las encuestas que les paso yo después sobre la asignatura, aparte de las encuestas generales de la universidad, eh... yo les paso una encuesta sobre cuestiones específicas, no una encuesta sobre universidad que es en términos muy genéricos. Bueno, pues en esa encuesta todos valoran muy bien la simulación porque este año no hicimos encuesta... Otro años la hemos hecho, pero al acabar cada grupo no lo hemos hecho porque este año estabas tú, estabas gente de Pamplona... Pero después en esa encuesta sí que les pregunto y ellos están muy satisfechos y el comentario general es que se debería hacer más veces y que se debería hacer para todos los alumnos.

P.- ¿Y cómo crees que ellos se han sentido en ese momento de enfrentarse a un caso real...?

R.- Bueno, con un poquito de estrés, el estrés razonable, y quizás con una, con la percepción de la dificultad para aplicar en la práctica los conocimientos teóricos que tienen, que es precisamente de lo que se trata.

P.- ¿Crees que se podría mejorar de alguna manera?

R.- ¿La actividad dices en general, o para modificar esa sensación?

P.- Para las dos cosas. En primer lugar para la sensación y luego...

R.- Yo creo que, de hecho, uno de los objetivos es percibir esa sensación, o sea, que eso no está mal se perciba, siempre y cuando nadie se suicide o algo de eso... Yo creo que una de las ideas es percibir esas sensaciones en un entorno en el cual en el fondo sabes que es un entorno seguro, que no va a pasar nada, nada se va a morir, que se hagan las cosas bien. O sea, que eso no demuestra nada. Para mejorar la actividad, pues seguro que sí, ¿no? Que se puede mejorar cualitativamente, pero creo que la primera mejora tendría que ser en cuanto a la cantidad.

P.- Y ahora pasamos, te pregunto sobre el debriefing, pues un poco lo mismo. ¿Cuál es tu valoración general del debriefing?

R.- Aceptablemente bien, aunque un poco corto por de nuevo el tiempo que teníamos, pero bien, el debriefing no me acuerdo cómo surgió cuando tú estabas, pero en principio pretendemos evocar algunos aspectos que tienen que ver con las emociones, con las cosas que se han sentido y también con aspectos que tienen que ver con la relación que ha surgido, ¿no? Y hasta qué punto han surgido equipos o líderes no previamente explícitos... Y después cómo otros aspectos que son hasta puramente técnicos: qué cosas se han hecho bien, qué cosas se han hecho mal... Intentamos, como viste, hacer un debriefing no muy directivo, y más bien de apoyo más que un debriefing muy crítico con las actuaciones.

P.- Ligado a lo que me acabas de decir, ¿cuál ha sido tu papel en esta parte?

R.- En el debriefing... un poco facilitad la verbalización de lo ocurrido, ¿no? Tanto de los aspectos emocionales como en los aspectos técnicos. Hemos corregido algunos aspectos técnicos, algunas cuestiones técnicas, puntuales y muy importantes, pero en las demás no hemos tenido en ese momento interés en corregirlas.

P.- ¿Y qué os ha resultado más difícil de esta parte de debriefing?

R.- (risas...) No es que quiera ser presuntuoso, pero vamos, no he notado ninguna dificultad especial.

P.- ¿Y lo más sencillo? ¿Todo?

R.- No te sabría decir, no te sabría decir.

P.- ¿Y me sabrías decir por qué nada te ha resultado difícil?

R.- Ah... porque lo hacemos habitualmente, porque aunque no sea en otro entorno que no sea con el simulador, eso es una cosa que hacemos cotidianamente con los estudiantes o con los médicos residentes que están haciendo la especialidad.

P.- ¿Y cómo valoras la participación del alumnado?

R.- ¿En general o en el debriefing?

P.- En el debriefing.

R.- Bien, aceptablemente buena. Siempre hay gente que es un poco más comunicativa, que le cuesta más abrirse... Pero tengo la sensación de que todos se han sentido razonablemente cómodos como para expresar un poco lo que habían sentido de nuevo en cuanto a las emociones o las cosas que sabían, las que no sabían...

P.- ¿Y crees que se podría mejorar de alguna manera, y cómo?

R.- Eh... creo que, de nuevo, se podría mejorar haciendo más sesiones y prolongando el tiempo de manera que haciendo más sesiones en las sesiones posteriores a la inicial pudiéramos entrar en mejorar los aspectos técnicos de manera más clara, ¿no? Cuando los estudiantes tuvieran ya un nivel de confianza un poco mayor y tuviéramos tiempo para corregir esos aspectos técnicos y ya no sólo evocar los aspectos de emociones que hayan surgido y de hacer un refuerzo positivo, que básicamente es lo que hacemos, sino corregir aquellos aspectos que sean susceptibles de corrección, ¿no?

P.- Creo que me has contestado pero, del debriefing en general ¿cambiarías algo, mejorarías algo?

R.- Aumentaría la extensión, unos minutos más...

P.- Porque crees que más extensión más confianza, y si más sesiones...

R.- Sí, daría un poco más de tiempo a tratar algunos otros aspectos. Así en cada sesión con 25 minutos... pero lo que teníamos pues eh... daba un poco sólo para las cuestiones más prioritarias, ¿no? Pero en cada una de las sesiones, en cada uno de los escenarios realmente surgen muchas cosas que se podrían comentar, ¿no?

P.- Ya terminamos... ¿Qué le dirías a un compañero que nunca ha utilizado una experiencia de simulación y se tuviera que enfrentar a ella el año que viene?

R.- Que probablemente le iba a divertir, o sea, que le animaría a que lo hiciera, primero porque le iba a divertir y en segundo lugar porque hay la intuición de que puede ser útil, aunque no tengamos demostración de eso. Que debe asegurarse planificarlo de una manera bien, por lo menos en el esquema inicial, y que debe estar dispuesto a modificar las cosas sobre la marcha, ¿no?, en función de cómo discorra cada escenario. Y que no se obsesione por la tecnología...

P.- ¿Por qué?

R.- Porque no es lo más importante...a este nivel.

P.- Y, bueno, ya de manera más general, ¿añadirías algún cambio en el plan de estudios de la titulación?

R.- Yo creo que actividades de este tipo sería bueno introducirlas en cursos inferiores.

P.- ¿Por qué?

R.- Por qué... sobre todo por mejorar la motivación. En el fondo... yo como no sé mucho de pedagogía, tengo un planteamiento un tanto simplista. Se basa en que si fuéramos capaces de tener estudiantes suficientemente motivados todo lo demás carecería de importancia. Sería igual, ¿no? Que diéramos clases magistrales o clases a grupos pequeños con simulación, sin simulación, de cualquier manera... sería igual. Entonces, ese me parece que es, en general, la docencia... un aspecto clave, ¿no? Y sería suficiente por sí mismo, lo que pasa es que como eso no lo tenemos, o por lo menos no lo tenemos al cien por cien, pues tenemos también que esforzarnos en los aspectos puramente metodológicos, ¿no?, y en mejorarlos en lo posible. Y en cualquier caso, creyendo eso, creo que cualquier cosa que mejore la motivación es importante. Y entre las cosas que tengo la sensación, yo y mucha gente, que mejora la motivación, es aplicar los conocimientos, en todas, en cualquier área de conocimiento. De manera que, en ese sentido, cualquier actividad que suponga una aplicación de los conocimientos a un entorno real, o un entorno real simulado, creo que favorece la motivación. Y en ese sentido, sería bueno aplicarlo desde los primeros cursos. No tanto por lo que vaya a aportar de conocimientos o habilidades en ese momento, algo aportará pero, me parece que tampoco es tan importante... pero sí para que desde esos primeros cursos los estudiantes se sientan motivados a estudiar y a aprender.

P.- Pues ya está por mi parte, si tú quieres añadir algo más, algo que se te ocurra...

R.- Pues en principio no.

Transcripción del grupo de discusión nº1, estudiantes de medicina en la asignatura de Medicina Interna, sexto curso: G. D. 1. Miércoles 9 de Mayo.

—Vale, creo que esto ya está grabando. A ver, pues ¿cuántas simulaciones habéis hecho en la asignatura?

—Una.

—Una.

—Una, ¿y de qué tipo?

—El caso clínico.

—Un paciente que venía a urgencias con un proceso agudo, todos ¿no?

—Sí. En nuestro caso por ejemplo el paciente tenía un infarto de miocardio y no sé en el vuestro.

—Sí, en el nuestro un neumotórax, un neumotórax a tensión el nuestro.

—Había dos grados, uno era más leve y luego había otro más grave.

—El caso es que eran procesos básicamente agudos que pues eso, como los que te puedes encontrar en urgencias y de bastante gravedad.

—Vale ¿y es la primera simulación en toda la carrera?

—Sí.

—¿Y vuestra valoración general de la experiencia tanto de la simulación como después?

—Para mí ha sido buena, vamos, es algo novedoso y que es como que aplicas los conocimientos, porque siempre te hablan de teoría y luego aquí pues puedes actuar y no es como en el hospital que estás simplemente mirando, aquí eras tú el que tomaba las decisiones.

—Por mi parte es la primera vez que te enfrentas sin alguien que te respalde detrás.

—Y te demuestras que estás perdidísimo delante de un paciente.

—Sí, es como si llevaras entrenando seis años y este fuera el primer partido. Entonces pues la cagas, claro.

—Por decirlo así, exacto, por decirlo así, no te sabes ni colocar, ni... no estás en situación.

—Cosas que creías que sabías, porque las habías visto hacer muchas veces, luego te pones a hacerlas y efectivamente te das cuenta de que lo estás haciendo mal.

—Y muchas veces quizá también condicionen los nervios, en este caso tampoco hay muchos nervios, es una simulación y un muñeco, pero el que sea una situación aguda, que te tengas que enfrentar a ella, si tú estás en tu casa tranquilamente, sentado y pensando en el asunto, te salen en lugar de dos, cinco diagnósticos y en lugar de una prueba que pediste, pues te das cuenta de que igual tenías que haber pedido cuatro, pero vamos.

—Por ejemplo, las preguntas que le haces cuando llega el paciente, yo me acuerdo que es que no se me ocurrían casi, y si te lo ponen en un examen escrito las pones, o sea, seguidas, del tirón. Y aquí era como... venga, ahora esto, ibas como saltando, lo primero que se te pasaba por la cabeza lo decías, no llevabas un orden.

—Quizá en total haces tres preguntas y cuando lo piensas después en casa, como digo, te das cuenta de que tenías que haber preguntado 25 cosas más y se te ha olvidado preguntarlas.

—Es un poco trabajar en equipo, saber respetar cuando alguien está haciendo la exploración, admitir los comentarios que te haga el compañero. Eso también me parece muy positivo.

—Sí, pero también ves como que hay mucha descoordinación. Por ejemplo en mi grupo uno auscultaba mientras el otro le estaba preguntando. Ya sabéis que mientras alguien ausculta si el paciente habla...

—Sin embargo en el mío sí que nos...

—Sí había coordinación y respeto al compañero, sí, eso sí lo había, pero quizá poca sistemática, seguir en orden haciendo las cosas.

—Es muy difícil trabajar con tres personas que te las han puesto al azar sobre todo...

—Y que ves que están igual de perdidas que tú.

—Claro, porque yo creo que cuando ha salido más o menos bien es cuando alguien ha dicho, tú haz esto, que yo voy haciendo esto, o sea, si alguien va dirigiéndolo un poco, si alguien va tomando las riendas.

—Sin embargo en mi grupo salió bastante bien, ninguno tomó las riendas, íbamos pensando qué hacemos, qué os parece esto, va, sigue, ¿alguien sabe cómo se hace esto?, sí, yo, le pones tanto, salió mucho mejor que si hubiese estado yo sola enfrente del paciente, me salió mucho mejor porque tenía tres personas al lado que me iban diciendo, por aquí, por aquí no.

—La colaboración de tus compañeros está claro que hace que te crezcas, no que te crezcas, sino que con los conocimientos de todos, el conocimiento se hace mucho más amplio, pero yo creo que todo equipo de trabajo debe tener un líder, un guía, que no porque mande más, sino porque dirija un poco el trabajo, para que no sea tan caótico, como digo antes, de empezar por el final.

—Sí, y además si pudiéramos conocer con quién nos va a tocar antes también incluso mejor, porque hay gente... claro, para coordinarnos, y hay gente que hace mejor una cosa u otra, o decimos...

—Pero también en un sitio llegas y hay veces que te llega una urgencia y no conoces a la gente con la que estás y te tienes que organizar en el momento.

—Sí, hay que aprender a adaptarse a la gente, al sitio en el que estás.

—Por eso, en un momento en el que llegas y llega una urgencia, todos hemos estado de urgencia y cuando llega una urgencia, pues hombre, más o menos hay un control, pero como sea una cosa así un poco más compleja que se salga un poco de protocolo, llega a un médico, pues por qué no le haces esto, ah, pues sí, me parece bien, y ahí nadie, o sea, no hay ningún tipo de control, la gente va dando opiniones. Sí que hay uno que es el que va... pues vamos a hacer a esto, esto o esto...

—En urgencias siempre hay uno que es el que...

—Siempre hay uno.

—Cuando viene un paciente muy grave dice...

—Pero no necesariamente...

(Hablan a la vez).

—**Por favor, de uno en uno, que si no, no se entiende nada.**

—Sí, es básicamente eso que hemos apuntado, sobre todo eso, que si tienes 10 de conocimientos, aplicas... igual por la situación y sobre todo por la inexperiencia, aplicas uno, o 0,5, porque...

—Es frustrante.

—...cuando lo piensas tranquilamente, relajado en casa, bueno, a todos nos pasa también en los exámenes, dices, uf, sé mucho más.

—A mí me pasó que tenía la simulación y al llegar a casa dices, jolín, teníamos que haber hecho esto, digamos que luego lo repasas y te das cuenta de que te han quedado muchas cosas, has hecho cosas del revés y dices, jolín, te da rabia que sabes que lo sabes pero no...

—Sí, por ejemplo en nuestro caso acertamos el caso, acertamos el caso, el diagnóstico, lo orientamos bien, pero quizás sólo acertamos el caso, si llega a tener otra cosa la hubiésemos cagado, porque afrontamos ese caso y fuimos con ese caso derecho, y podía haber tenido 4-5 cosas más muy tranquilamente, pero bueno, nos salió bien pero entre comillas.

—En nuestro caso creíamos que era un (0:06:20 _____), porque como está inmovilizado con una infección en la pierna y tal, y había sido un cuadro súbito de repente, decimos, un tep, un tep, y hasta que no trajeron el dímero D, porque no habíamos pensado otra cosa, y el dímero D era negativo, y tal, decimos, pues entonces es un neumotórax. Pero teníamos la placa y todo y no nos habíamos dado cuenta, decimos: ah, pues se ha colapsado el pulmón, pero era un neumotórax que es totalmente distinto. Te obcecas, te obcecas cuando crees que es una cosa y tal, es muy difícil hacer diagnóstico diferencial con el paciente delante.

—Eso quizá nos pasa mucho y quizá también es o falta quizá por la inexperiencia. A mí me pasa mucho y yo creo que a mis compañeros también, no lo sé, pero que te pasa mucho que cuando ves algo que te sugiere una enfermedad, te vas muy a por ella y dejas de lado otras.

—Es que el problema es que nuestros exámenes clásicos son tipo test y las cuatro opciones, o sea, tú estás acostumbrado a elegir una, a elegir lo más probable, olvidar todo lo demás. Ahora que nos están cambiando un poquito y es al revés, que tenemos que elegir cuatro...

—Y la menos probable desecharla.

—...y luego ir quitando las menos probables en función de las pruebas, no estamos acostumbrados, porque siempre hemos estudiado una enfermedad, te preguntan la enfermedad y tú pones todo, las pruebas, tal, cual, y en un test te ponen un cuadro típico y eliges la enfermedad, y ahora que tenemos cuadros que pueden ser varias cosas y tenemos que aunar conocimientos de varias materias y de varias ramas y ponerlas en común, es lo que cuesta. Por eso esta asignatura médica-clínica, es muy diferente a todas las que hemos hecho y la gente la tiene tanto miedo, la lleva tan mal porque te tienes que cambiar la manera de pensar y tienes que cambiar la manera de estudiar, porque es una asignatura de...

—Hombre, pero básicamente lo que está diciendo él es por lo que ha resultado útil.

—Por lo que ha resultado útil, claro.

—Para poner en práctica, poner diagnóstico diferencial y medidas de urgencia básicamente.

—Por eso, quería concluir diciendo, que deberíamos hacer esto más y no sólo en clínica médica, sino en otras asignaturas médicas generales que vemos antes en la carrera. Porque me pongo a imaginar, y creo que os lo habéis imaginado todos, que es la primera vez que se hace este simulacro, que si no hubiera sido nuestra primera vez directamente el examen de medicina clínica el práctico y ya me explico cómo tanta gente suspendía el práctico, porque era igual.

—O un paciente directamente.

—O un paciente, pero un paciente tienes al residente detrás.

—Pues a mí me parece que para la práctica en el futuro una no te salva, pero tú imagínate que en vez de las prácticas que estamos haciendo ahora, te plantas y dices, mira, vamos a hacer una semana de prácticas cada uno y vais a hacer 10 casos a lo largo del curso, 10 casos de simulación que no son tantos, y con 10 casos ya llevas una experiencia detrás, que a la hora de meterte ya en la residencia, ya no te digo para la asignatura, sino para la propia residencia, como mínimo saber mantener la calma.

—Te van a dar más tablas, eso está claro, de cara al muñeco, cuando lleves por el simulacro tres o cuatro, es que ya no me voy al número ocho, cuando voy por el simulacro tres o cuatro de cara al muñeco vas a ir mucho más tranquilo, vas a pensar mejor, porque el estar tranquilo te hace pensar bien, eso lo sabemos todos, y si estás tranquilo las cosas te salen bien. Los conocimientos los tenemos, quizá haya alguien en clase que tenga más, en clase o en todos los lados, que tenga más conocimientos y otros menos, pero básicamente todos nos movemos en los mismos conocimientos, y luego el saber aplicarlos pues eso ya depende de cada uno, y luego sobre todo estar tranquilo.

—Entonces para resumir, ¿qué diferencias encontráis entre las asignaturas tradicionales que habéis cursado o las que contienen esa experiencia de simulación?

—Yo lo tengo claro, aprender algo o no aprender nada.

—Que se te quede algo.

—En una asignatura tradicional te da un tocho de 200 folios, te dicen que lo aprendas, tú te lo aprendes en el tiempo que buenamente puedes, unos más y otros menos, haces un examen y al día siguiente no te acuerdas de nada o de casi nada. En estas asignaturas siempre que hay un concepto, que tienes una experiencia práctica, eso se te queda, se te queda para siempre.

—Cuando ves un caso clínico o algo es que se te queda para siempre.

—Si tú ves un caso clínico en planta, en las prácticas en las que estés, si tienes suerte de ver casos clínicos porque las prácticas son las que son y ves un... si tienes la suerte de ver un caso clínico así un poco raro, o no raro, ese caso clínico se te va a quedar siempre, y si te lo ponen en un examen lo vas a identificar a la primera. Siempre.

—Sí. Las otras asignaturas, si tú lees por ejemplo, que baja... se escucha menos la respiración para auscultar, bueno, eso lo ves escrito, te lo estudias, te lo aprendes, y es muy fácil poner un escrito. Pero claro, luego ya cuando te pasa en una simulación, es todo o nada, es mucho más difícil valorar, es la realidad.

—¿Qué tipos de aprendizaje diríais que facilitan unas asignaturas, las tradicionales y las que incorporan la simulación?

—¿Cómo?

—Tipos de aprendizaje, o sea, notáis diferencias en los aprendizajes.

—Sí, pues claro, porque un aprendizaje es mucho más útil y más aplicado a lo laboral. Te quiero decir, si a mí me dicen que un infarto tiene dolor en el centro del pecho y tiene taquicardia y tiene taquipnea y tiene una serie de signos clínicos, efectivamente, como dice J., como dice C., yo me los aprendo y los escribo, pero a mí cuando me viene un tío y lo ausculto y no soy capaz, porque lo he hecho muy pocas veces de saber si tiene taquicardia o no, de saber si tiene taquipnea o no, le miro la tensión, no sé si tiene hiper... son cosas más subjetivas siempre en un caso clínico. Tienes que estar acostumbrado a identificar...

—No es blanco o negro como en los libros. Quiere decir, para que tenga un infarto tiene que tener esto, esto, esto y esto. Pero luego me ponen el paciente delante y yo no sé si tiene esto, o esto, ¿sé mirarlo, sé interpretar las pruebas, le ausculto y sé interpretar los ritmos que oigo?: No. Entonces cómo voy a aplicar los conceptos teóricos, cómo voy a saber si tiene criterios clínicos si no sé buscarlos. Tiene que tener taquicardia, me pongo el fonendo y no oigo nada, digo madre mía, pues taquicardia no sé si tiene. Y así todo.

—¿Qué importancia creéis que debería tener en la formación?

—Capital, para mí una importancia mayúscula, en cuánto dices patología...

—A partir de tercero-cuarto.

—...que se da en tercero, a partir de tercero-cuarto, en cuarto, quinto y sexto creo que debería de hacerse con cierta frecuencia.

—En eso yo creo que es el cambio que hay del sistema, por lo menos lo poco que yo conozco, conozco poco, en el resto de Europa se hace muchísima... y en el resto de Europa dentro de la licenciatura se hace muchísima más práctica que la que hacemos nosotros en España. Todo el mundo que se va de Erasmus y que tiene una experiencia de estar estudiando fuera, viene, sólo ha hecho práctica y tú ves que

realmente ha aprendido, o que ha retenido muchos más conocimientos que estando nosotros aquí estudiando teoría.

—O sea, vosotros creéis que tenéis más formación teórica que ellos y sin embargo...

—No sabemos hacer nada, de práctica no tenemos nada.

—Hacemos unos exámenes magníficos, y o sea, comparas a cualquier estudiante que venga a hacer aquí el MIR de otro sitio con un español y nosotros acertamos muchas más preguntas, pero luego en el hospital se desenvuelven mejor otros.

—Cuando fuimos a estudiar el MIR nos hemos apuntado todos a una academia, creo que todos los que estamos aquí, y lo que te cuenta el de la academia por ejemplo, la gente de viene de otros países, por ejemplo aquí hacen mucho el MIR muchos sudamericanos, vienen aquí y saben dar un punto, nosotros no sabemos, ellos sí. Bueno, sabemos relativamente, pero básicamente no sabemos, y ellos le dan a la perfección. Eso sí, conceptos teóricos, nosotros tenemos 10 veces más que ellos, bueno, es una manera de hablar, habrá alguno que nos pule, pero... pero en principio tenemos mucho conocimiento teórico, poco práctico. Y yo a veces hablo con compañeros y nos quedamos de que estamos en sexto de medicina y quizás pues eso, no sabemos extraer sangre, no sabemos dar un punto en condiciones, no sabemos mil cosas más.

—Es que hay mucho proteccionismo al paciente, quiero decir, no nos lega ningún tipo de responsabilidad médico-legal, todas aquellas cosas que puedan traer un poco de riesgo como sacar sangre o como tal, que sí lo hacen las enfermeras tuteladas perfectamente, pues a nosotros no nos dejan hacerlo.

—O sea, nunca te enfrentas tú al paciente, siempre es un paciente o que está en planta y ya lo han visto 40 médicos, bueno, vete a hacer la historia, aquí no, aquí tienes al paciente y le tienes que preguntar tú, o sea, partes de cero, que eso nunca lo hemos hecho. O sea, llega una urgencia y tú vas mirando cómo lo hace, ah, sí, también le preguntaría esto, pero aquí es que lo tienes que hacer tú y es lo que cambia.

—Estas cosas son muy caras, porque el hospital virtual éste vale mucho dinero ponerlo en funcionamiento, pero yo creo que vamos, si simplemente lo queremos hacer desde tercero, con coger alumnos de cursos superiores y hacer tutorías con alumnos de cursos superiores, o sea, en plan, en vez de un muñeco un alumno, un cuadro clínico, se sacan unas cuántas radiografías, se prepara como aquí, y se puede hacer perfectamente.

—Yo creo que no es tanto, que no es tanto, o sea, yo por lo menos por mi experiencia, no me haría falta tanta instalación como una buena organización de alguien que digamos que se responsabilice de hacer esas prácticas, pero que se pueden hacer simulaciones con muy poco material y que a nosotros nos resultarían muy útiles. No es cuestión... para mí no es cuestión de falta de recursos, es más falta de actitud quizás por la gente de decir, no me apetece implicarme tanto por parte de profesores, yo no sé si falta de tiempo o lo que sea, pero realmente a ellos les da un poco igual, ellos van, te dan una clase, tú te la estudias, te vas al examen y punto. Muy pocos profesores les ves que se impliquen, que organicen cosas así, porque no sé, y realmente te quedas con ganas de hacer más.

—¿Qué expectativas teníais, qué ideas, antes de hacerlo?

—Pues básicamente la idea que tenía antes de llegar aquí fue la que luego me encontré.

—O sea, coinciden las expectativas con lo que luego...

—Yo me esperaba que iba a ser menos real incluso, porque yo escuchaba al paciente y es que yo estaba angustiado, el tío diciendo no puedo respirar, y yo es que hubo un momento cuando entré que me angustié porque digo, joder, claro, te ves que no sabes hacer nada y el tío sigue, no sé, yo lo vi mucho más real o simplemente el hecho de que estés hablando y te llegue una enfermera y te diga, oye, que ha llegado un paciente. Que vale, igual solo es la primera vez lo que estoy contando, porque luego ya sabes cómo es, sabes que en un momento dado puedes llamar a un adjunto, y va a venir alguien, puedes pedir muchas pruebas. De primeras no sé, yo me encontré mucho más real de lo que esperaba.

—¿Y qué opinión tenéis acerca de los temas, bueno, en este caso un solo caso clínico que habéis trabajado?

—Bueno, el caso clínico que nos tocó, bueno, pues era un caso clínico típico de urgencias, un caso ya como hemos derecho antes, era un caso, en principio es grave.

—Frecuente.

—Frecuente. En principio lo que te piden en la atención de urgencias, en la atención de urgencias en principio es lo que te piden que pienses siempre, en los casos más frecuentes y en los más graves, y bueno, en esos nos intentamos centrar yo creo que todos.

—Sí, yo lo veo muy útil para cosas como estas, para casos, a ver, no sirve de nada una enfermedad rara, eso no, pero para cosas frecuentes, rollo de urgencias.

—Casos que tengas que actuar rápido.

—Eso, que de verdad sean urgencias.

—Si tener un tío con un caso que también es muy frecuente, muy prevalente, muy grave, por ejemplo cáncer, pero claro, un cáncer bueno, si no lo diagnosticas hoy lo diagnosticas mañana y no va a cambiar el pronóstico, pero aquí en 15 minutos sí que cambia el pronóstico.

—Bueno, pero eso depende de las asignaturas, según en dónde lo apliques pues igual sería interesante, igual hombre..., pero quiero decir, igual es interesante tener un tío con una pancreatitis, depende de qué asignatura uses. Yo veo que sería... esto se ha usado en casos agudos muy frecuentes, pero yo creo que se podía usar en otras asignaturas y sería muy útil pues eso, para fijar conceptos. Yo me aprendo mejor una enfermedad inflamatoria si me llega un tío, quiero decir...

—Yo ahí lo veo más para eso, para urgencias.

—Yo creo que tiene razón M. en el sentido de que más que urgencias lo que te venían eran... porque entonces te puede venir cualquiera porque tiene un poco de tos o porque se ha puesto un poco amarillo. Más que urgencias eran emergencias. Tenías que actuar en un corto espacio de tiempo, en 10 minutos o el paciente se te iba. Y eso es lo que... hombre, si va venir un paciente porque tiene un reflujo es que no vas a

hacer nada, no vas a conseguir hacer nada. Y no vas a demostrar nada, ni va a ser... igual tampoco ni siquiera vaya a ser instructivo para ti.

—Pero con muñeco y eso no.

—Con muñeco yo veo lo que han hecho.

(Hablan a la vez).

—Los casos están escogidos perfectamente, muy bien traídos y muy bien escogidos.

—¿La coordinación es buena, consideráis con respecto a los contenidos teóricos?

—Sí.

—Hay algo que no hemos dicho, bueno, lo ha apuntado un poco José, que es la esfera psicológica del paciente, que se consiguió muy bien, y de hecho nos ponía en muchos aprietos, porque por ejemplo nuestro paciente que era un neumotórax a tensión pues no se quería pinchar. Y claro, no se quería pinchar. Y si no pinchas a un paciente con neumotórax a tensión se te muere, es el tratamiento, hay que pincharle. Entonces no sabíamos que hacer, una le intentaba convencer, yo decía de sedarlo, directamente pincharle, claro Midazolan, pero claro, pues era otra cosa a tratar, aparte del tratamiento.

—Te ponen el aspecto ético.

—Claro que era ético, que no se podía ir contra el paciente y tal.

—Sí, porque siempre te dicen, tienes que dialogar, es todo como un acuerdo entre el médico y el paciente, pero claro, nunca... el paciente no quiera tratarse cuando tiene que tratarse.

—Ya, hay que dar información primero al paciente, por ejemplo en mi grupo era... tenía un infarto, y el chico venga a preguntarme, ¿pero es muy grave?, ay doctora, ay doctora, ¿es muy grave?, vale, tenía un infarto como un piano, nos quedamos todos así clavados y la única que contestaba era E. diciéndole, lo estamos mirando, la verdad es que le contestó muy bien, pero claro, los otros tres nos quedamos... y el grupo que fue justo después pues también, ¿es muy grave?, bueno, usted tranquilo, usted tranquilo.

—A nosotros nos pasó lo mismo, nos preguntaba qué tenía, y no sabíamos si explicárselo en plan científico, si en plan para que lo entienda y le decíamos, usted tranquilo, usted tranquilo, y claro, se ponía más nervioso, pero qué tengo, por qué no me decís, por qué estáis todos aquí encima.

—Espere, espere, dice, sí, pero me están pinchando, esto no puede ser bueno.

—Me acuerdo de M. que dice, usted tiene un neumotórax, y si no le pinchamos se va a morir. Pero así, un neumotórax, y si no le pinchamos se va a morir.

— Como en urgencias, cuando se pone un paciente muy nervioso, muy nervioso, al final le sueltan, mira, o te quedas quieto y te pinchamos o te mueres.

—Sí, yo eso lo he visto hacer por más de un médico adjunto del hospital, y es una... me parece que está bien, porque en un momento de tensión en el que tú tienes que sacar algo del paciente ya, hombre, en un momento de tensión en el que tú tienes que sacar ya una solución, entonces tienes que actuar y si de esa manera funciona pues ya habrá tiempo después de tranquilizarle. Es verdad, le vas a salvar la vida, yo creo que lo agradecerá.

—Voy a preguntar por la evaluación. ¿Tiene algún peso en la evaluación esto que hacéis?

—No.

—No.

—Podía haber entrado pero no.

—De hecho hubo gente...

—Es que no han podido hacerla todos.

—Hubo gente que no pudo hacerla.

—No había sitio para todos.

—Nos apuntamos 60.

—Ha sido una rifa.

—Y en una rifa entramos 40, lo cual nos pareció...

—Con lo cual la mitad de nuestra clase aproximadamente está ahora mismo en desventaja con nosotros.

—Fíjese, o fíjate, fíjate que sí, lo que dicen, nos dijeron que no había tiempo, fíjate que es la primera vez que hacemos una simulación y encima solo lo puede hacer la mitad de la clase.

—Ya, eso fue un poco triste, para qué nos vamos a engañar. Porque no hay tiempo. Yo no entiendo quién es el que no tiene tiempo. Supongo que eso lleve muchísimos medios, yo lo entiendo que tiene que estar el médico que lo coordina, tiene que estar nuestro médico responsable de nosotros, tiene que estar una enfermera, y esos son muchos medios, es mucho dinero y es dinero público, pero es la única simulación que hemos hecho en la carrera y solamente hemos podido hacerlo la mitad.

—Los de cuarto las han hecho todos.

—En comparación al resto de España esta Facultad tiene muchos menos alumnos por promoción y hace mucha menos práctica. Yo conozco gente que está estudiando en otras facultades con 250 personas por promoción y hace muchísimas más actividades prácticas que nosotros.

—Yo por ejemplo vería más útil quitar prácticas de cursos anteriores, es de esas de laboratorios, que también son caras, tampoco mucho pero bueno, y pondría más en... porque a ver, cuarto, quinto, bueno, pero en sexto... yo pondría más de éstas.

—Hay muchas prácticas que hemos hecho incluso en el hospital y han sido un pufo.

—Que no sirven de nada.

—Entonces esto sí es útil.

—Yo creo que sexto, llamarme si queréis loco, pero yo creo que sexto tendría que ser un curso de alumno-tutor, en el cual este tipo de prácticas se hagan cada 15 días o cada semana y que estemos todo el día en el hospital como en otros países con sus pacientes. Yo estoy en la planta 7, voy a estar tres meses y estos son mis pacientes, y todos los días como residente le reviso, hago la... como si fuese un residente, y luego el médico dice, a ver qué tal lo ha hecho, aquí me has puesto una burrada, tal, pero básicamente eso, y además existe la posibilidad de que, como tú estás formándote y aprendiendo en la práctica, tú puedes estudiar luego poco a poco lo que te vaya viniendo en el hospital y también lo que te interesa para el examen del MIR y no estar tan agobiado todavía con exámenes, con asignaturas, muy (0:24:01 _____) como farmacología clínica o radiología clínica que se salen un poquito de la práctica médico-clínica quirúrgica que predomina en sexto. Yo creo que debería ser así y así se hace en Francia, en Portugal, en muchos otros sitios.

—Y aquí creo que el futuro es ese, cuando habéis planteado de educación.

—Me parece que no porque...

—No, no, sexto va a ser todo práctico.

—Que sexto sea todo práctico y es lo suyo, porque también lo que no puede ser...

—Hemos sido el conejillo de indias.

—...que a un mes de acabar la carrera y con el MIR ahí estar con esa tensión por un par de asignaturas, a mí es que me parece una cosa... Llegado a este punto además, llevamos seis años estudiando, si es que me parece absurdo, absurdo, me parece que son asignaturas que deberían meter antes en la carrera. Que esto sean todos prácticas.

—Y unas prácticas de calidad, incluso haciendo guardias y tal, para saber lo que es una guardia, para estar.

—Que te impliquen, que te hagan trabajar.

—Esa es la palabra, implicación, no prácticas, porque tenemos, la verdad es que tenemos muchas horas de prácticas, no prácticas difusas de ver, prácticas de implicar, o sea, de implicar, que si te toca en quirúrgica que te laves y que te enseñen a coser, venga, vamos a ir con un cerdo también a hacer una cosa, no sé cual, como un residente, como un poquito residente, que no salgas de la carrera como cuando has entrado, porque esa es la impresión, de jopé, si quieres te hago un examen tipo test, pero no me dejes en urgencias solo hacer una guardia porque no tengo ni idea. Y ese es el problema.

—Más calidad en las prácticas y más eso, simulaciones...

—Sí, yo podría resolver un test sobre física teórica ahora mismo, aprendes a hacer test más que aprender medicina, sabes hacer test de una manera increíble. Yo creo que podría sacar un 5 en el examen de física teórica, sin tener ni idea, va en serio, porque sabes hacer test, pero no sabes atender pacientes.

—Pues ahora si os parece os voy a preguntar más concretamente sobre la simulación por un lado y el debriefing por el otro. Bueno, ya me lo habéis dicho más o menos, pero qué destacaríais del momento de la simulación, lo que más.

—A mí la realidad, el realismo.

—El realismo del aspecto psicológico, todo lo que han contado.

—Yo te digo, el miedo, no el miedo, la situación de afrontar esa situación a mí me supuso... digo si me llega a pasar esto dentro de medio año con un paciente de verdad no sabría qué hacer.

—¿Cómo os habéis manejado?

—Ves que estás a las puertas de tener que hacerlo y no lo sabes hacer.

—A ver, creo que al paciente le hemos tratado con respeto, es verdad, eso también influye, sabes tratar pero luego te falta ese... o sea, no te sabes manejar, tú le hablas educadamente, pero no sabes si explicárselo bien, explicárselo mal. Luego te faltan conocimientos.

—Muy pardillos hemos quedado.

—O sea...

—Pero yo de todas formas sí que salí con una sensación bastante positiva, vale que yo iba con... también influye con qué idea vayas antes, mi idea de ir antes era, voy a matar al paciente, lo tengo asumido, no voy a saber hacer nada, encima me toca con otras tres personas, voy a ser un lastre, mirar qué mal, y llegué y digo, coño, pues lo sé ver, lo sé auscultar, veo el electro, sé lo que tengo que ponerle y mi compañero sabe la dosis. A mí me pareció, hombre, soy parda, vale, pero es el primer paciente que vemos, quiero decir, a nadie se le ocurre que entremos por primera vez y digamos, venga, 0,1 de morfina, tal, a ver, nadie hace eso ni de coña, y teniendo en cuenta que era el primer paciente que venía, que tenía otras tres personas detrás y tal, pues ni tan mal.

—Es que yo creo que lo enfocaron, más que los conocimientos de ver si llegamos al diagnóstico y tratamos bien, más a ver cómo nos desenvolvíamos con el paciente, ese era el enfoque, entonces eso yo creo que lo hicimos bien, porque llegar hasta el diagnóstico lo hicimos bien, pero a nosotros nos fastidiaba el no saber cómo actuar en plan protocolo.

—Yo creo que nos faltó, y es lo que dice J., seguridad y confianza en nosotros mismos y se notó de cara al paciente. O sea, yo me pongo en el paciente y me vienen cuatro tíos y empiezan a preguntarse entre ellos y ummm, digo, ¿puede venir otro médico?, seguro, o sea, seguro, yo creo que eso es lo que nos faltó, esa seguridad.

—¿Qué fue lo más difícil de todo para vosotros?

—¿Lo más difícil.

—Lo más difícil.

—Bueno, lo más difícil, a mí tratar con el paciente normalmente no me cuesta.

—Pensar en diagnósticos diferenciales amplios yo creo, pensar en varias probabilidades.

—Y sobre todo para mí es... en este caso sobre todo, más o menos el diagnóstico lo tenía muy enfocado, saber dosis, no sé dosis de nada.

—Aplicar los conocimientos teóricos.

—Y nadie lo sabía.

—Pero yo creo que eso es lo que menos importa.

—Bueno, más o menos las pusimos.

—Joder, pues hombre, si te pasas con la morfina (0:28:37 _____) infarto a matarle con la morfina.

—Pero las dosis son algo muy mecánico, luego se coge del hospital y aparte muchas patologías, o sea, sólo hay dos posibilidades de dosis, la pastilla grande o la pastilla pequeña, los 500 centilitros o el litro, no...

—Está claro que lo coges con la práctica.

—Hombre sí, es lo más práctico, pero aún así...

—Si hubiéramos tenido más práctica igual...

—Aparte que es que yo no saber dosis me parece lógico, porque nunca...

—Las dosis que sé, todas las dosis que sé, bueno, ahora igual me sale alguna por urgencias, pero todas las dosis que sé son por haber estado en prácticas, por haber visto en prácticas tratamientos, por ejemplo estás en Digestivo pues todos tienen el Omeprazol, Omeprazol de 20 por la mañana.

—Pero las dosis cambian, quiero decir, no vale aprender las dosis en tercero y luego llegas a...

—A ver, aprenderse las dosis es una gilipollez...

—De hecho en el MIR tampoco te pide las dosis ni nada, o sea, yo creo que es una cosa práctica.

—Es que no se te van a quedar.

—Ya, pero es que es eso, depende cómo lo enfoquen ellos. Si lo enfocan a... porque por ejemplo si enfocan rollo examen ya tendrías que aprender más valorar el llegar al diagnóstico, depende cómo lo enfoquen los profesores.

—Lo que den ellos importancia.

—Eso si dan importancia a que llegues al diagnóstico, lo hayas hecho bien o un poco más de importancia eso, el trato con el paciente, que te desenvuelvas bien, aunque falles. Y luego, o sea, a mí por ejemplo me falló al final, en la charleta ésta, que a ver, había poco tiempo, pero hubiera estado...

—¿En el Debreafing?

—Sí.

—Lo dejamos para luego si te parece, para ir por partes, porque si no... puesta en común, como queráis llamarlo. ¿Y lo más fácil de la simulación? Pues nada.

—Hombre, en mi caso el diagnóstico, vamos, es que en mi caso nos pusieron un caso que era...

—Era un infarto.

—Era un varón, era mayor, le dolía el pecho, ¿y cómo es?, es un peso. ¿Y le duele en otro sitio?, sí, se me irradiaba al lado izquierdo, uy, tengo un poco de náuseas, o sea, joder, el diagnóstico era en plan, vale. Y luego le pides el electro que es lo primero que haces y zas, un infarto como la copa de un pino, que lo veía hasta yo en el electro y mira que no sé de electros. O sea, lo más fácil el diagnóstico.

—Elevaciones de ST por doquier, el mío también.

—Era el mismo caso, era un caso clínico... así como el segundo infarto me pareció muy difícil.

—Es que el segundo infarto llevaba a un diagnóstico diferencia mucho más amplio, yo pensaba en muchísimas cosas...

(Hablan a la vez)

—Le dolía el epigastrio.

—Entonces puedes pensar en una posible úlcera, pero luego ya te empieza a contar otras cosas, y ya puedes empezar a pensar en disecciones aórticas, en infartos. Al final era un infarto de la cara inferior, entonces es más difícil, porque ya sabéis que duele...

—O sea, yo creo que lo hicieron bien, por lo menos en mi grupo pusieron dos neumotórax, pero uno muy claro y menos grave, y otro que ya podías dudar entre un TEP o un neumotórax. Eran dos cosas, un infarto muy claro y el otro que ya podías dudar, entonces eso lo vi bien, porque por un lado ves un caso típico y otro que ya te crea esa duda.

—Yo creo que lo hicieron a posta, porque como...

—Sí, para que veas que un caso no siempre se presenta igual.

—Para ver cómo se orienta un diagnóstico claro y cómo hacer un diagnóstico diferencia con más cosas.

—El primero era una pregunta de test y el segundo era un caso real. El primero era una pregunta de test, varón que te viene, que ha fumado, que bebe y que...

—Que es lo típico.

—Que no se mueve, que come... sólo le falta decir que bebe aceite de oliva de la botella.

—... había tenido una muerte súbita.

—Era una pregunta de test el primero, y el segundo ya era en plan paciente real.

—Igual que el neumotórax que era un paciente joven, alto asténico, con un dolor pleurítico al respirar que estaba haciendo deporte.

—Tipiquísimo del neumotórax. Lo del varón alto y delgado de toda la vida es neumotórax.

—Neumotórax espontáneo, sí.

—**¿Y vosotros, el resto, lo más fácil?**

—Yo creo que sí, el diagnóstico. Yo creo que salí con la sensación de que lo que se pretendían no era llegar al diagnóstico sino aprenderte a manejar el paciente.

—Sí, o sea, los casos fáciles era muy fácil llegar al diagnóstico, yo creo que llegamos todos, es que además simplemente no tenías ni que pedir las pruebas porque ya le veías al paciente y ya más o menos lo sospechabas. Pero luego eso era lo más fácil, y luego lo que hemos dicho, lo más difícil, desenvolverte ya dentro de esa enfermedad, qué tienes que pedir, qué tienes que hacer, todo eso. Pero el diagnóstico en sí, a mí me pareció dentro de lo que cabe, igual dudas entre dos en los casos difíciles, pero era más o menos fácil.

—Al minuto puedes decir, vale, tiene esto, y luego dices, ay, cómo lo manejo, y ahora qué le pido, ¿le ausculto?, o sea, porque claro, infarto, vale, sé que tiene un infarto, pero ¿le ausculto?, todavía no has hecho nada pero ya sabes lo que tiene. El problema luego es el manejo.

—Sí, nada más empezar ya estábamos pidiendo el electro y... el electro así de lejos y ya lo podíamos tirar.

—**¿Y cómo valoráis dentro de la simulación la actuación de los actores?**

—De 10, la verdad es que de 10. La enfermera... porque tenía un realismo que parecía que estaba tratando allí al típico hombrecillo.

—Además es lo que decía R., de abrir la puerta y decir, perdona, es que tengo aquí un paciente. Yo de verdad, hubo un momento que me lo creí, dije no, es la simulación.

—Parecía Port Aventura.

—De verdad que pensaba que tenían una cama ahí de verdad.

—Llamando al muñeco por el nombre, hablando, conversando con él.

—El diálogo vamos, a mí me agobió la hostia.

—Sí, sí, las quejas muy reales.

—Creo que era el anestesista.

—Sí.

—No, no, es otro.

—¿Es otro distinto?

—Estaba yo dentro.

—¿Ah sí?

—Sí, había que hacerlo siempre.

—Sí, sí, siempre lo hacen, porque se lo preguntamos, en mi grupo preguntamos que quién era el que hablaba.

—A mí me gustó bastante como lo hicieron, sí.

—Y luego eso, que siempre hay gente que te está... no evaluando, pero te está mirando y dice, vale, pues ahora le vamos a decir esto, te intentan como encaminar, o yo qué sé...

—El problema es que son médicos y te despistas.

—...nos trabamos y entonces debieron decirle a la enfermera que... o sea, dijo la enfermera, si queréis podéis llamar a un adjunto. Eso a nosotros no se nos hubiera ocurrido, pero bueno, ellos ven que hemos entrado ahí en un círculo vicioso de: te tenemos que pinchar, no quiero, te tenemos que pinchar. Era así, se lo habían preguntado como 5 veces, y no salíamos de ahí y dijo la enfermera, bueno, si queréis llamar a un adjunto.

—El problema es que también son médicos y de no querer, el que te está hablando es médico y de no querer utiliza cierta terminología, casi sin querer, aunque sea muy llana, pero utiliza algunos aspectos, algunas palabras o alguna pista que un paciente no te daría. Es que me duele no sé cómo, me duele...

—Eso yo creo que lo hacen porque eso, somos estudiantes y tal, y te lo ponen todo...

—Aun así lo hizo muy real, dijo me duele el pecho, se me va, se me va. Es bastante real. Pero vas a algunos a urgencias y te lo encuentras así y te dice: me duele, no te dice ni donde, es que es diferente, tienes que estar 7 horas insistiendo para saber qué tiene.

—A mí me gustó que R. no estuviera.

—**¿No estaba?**

—O sea, estaba pero no estaba.

—No le veías.

—O sea, no verle.

—Sí, sí, eso a mí me dio la vida.

—Yo no sé qué es peor, para mí es peor que esté detrás del cristal.

—Pero no le ves, no tienes la visión...

—Ya verás en el examen cuando esté al lado tuyo así.

—No, porque lo bueno que tiene ese hombre es que no cambia la cara, es verdad, no cambia.

—Pero hay otros profesores que sí la cambian.

—Pero intuyes lo que está pensando, yo ya me veía entrando en la simulación y pidiendo algo y la cara de R., que se le ven los ojos aunque no cambie la expresión de decir, ay Dios mío, qué penita me das. Yo lo agradecí.

—Pero luego se portó muy bien cuando hizo el debriefing que salió y la verdad, yo creía que nos iba a decir, pero cómo... no, no.

—Lo habéis hecho bastante bien, bastante bien.

—En plan no sé, en plan bonito, y me extraña.

—Ahora entramos en el... vale, ¿cómo valoráis particularmente vuestra participación, la de cada uno?

—La mía bastante pobre, el día de la simulación, yo lo reconozco, de los cuatro que estábamos claramente la que menos participé fui yo.

—Bastante mejorable.

—Pero la parte del debriefing sólo, en lo que es la charla, ¿no?

—No, no, en la simulación, en el momento de la simulación.

—Yo me pringué porque llega un momento en el que dices, hacemos algo o se va, no se va a ir ¿no?

—Cogiste tú un poco las riendas.

—Dije ponle esto, esto y esto, y si la cago la cagué, ponle esto, esto, y esto y voy a llamar para que vengan los de tal. Si está bien, bien, y si no pues oye... es que el día de mañana va a haber que hacerlo así, o sea, o lo haces o se te va, claro que vas a tener... no me sale la palabra, el caso es que vas a tener a alguien por encima que a saber actuar.

—¿Y vosotros?

—Yo creo que bien, pero me obcequé demasiado en el diagnóstico que pensamos que era, que al final no era, pero como rectificamos, o sea, lo que más me enorgullece de nuestro caso es que pudimos rectificar, antes de que salieran y se acabara el caso, o sea, que primero orientamos mal, pero luego en base a las pruebas pues dijimos, ah, pues esto no es, es esto otro. Quizás teníamos que haber empezado por el correcto. Empezamos por el que no era correcto, a veces pasa, pero supimos rectificar, así que yo creo que bien, y ahí fue cosa de todos más que nada, estábamos cada uno haciendo una cosa distinta.

—Yo eso, al principio me noté demasiado nervioso, eso sí que lo hubiera cambiado, me costó como arrancar, estaba casi no bloqueado pero qué hago, qué hago. Y luego ya bueno, más o menos, más o menos bien, lo peor fue al principio.

—Yo bueno, cuando el paciente preguntaba que me quedaba así un poco parada, pero por lo general yo me noté bien. Ya te digo que iba con pocas expectativas y eso puede influirte, pero yo me vi bien.

—¿Y la de los compañeros, la participación de vuestro grupo en ese caso, cómo la valoráis?

—A mí me parece muy buena.

—Son unos inútiles (broma).

—Yo les vi bastante más preparados de lo que me sentí yo.

—Sí, pero yo creo que dábamos esa impresión porque igual tú estabas que no sabías que preguntar y uno le preguntaba y tú decías, joe, cómo sabe, pero es que igual luego preguntabas tú algo y él pensaba lo mismo, o sea, nos complementábamos.

—Era en plan rollo de lluvia de ideas, era como si ahora los cuatro nos ponemos aquí a decir marcas de tabaco, a ti a lo mejor se te ocurren tres, pero pim, pim, empiezan a salir un montón.

—Eso es la coordinación que decíamos antes. Pero tiene razón en lo que está diciendo J. ahora, porque ha dicho por ejemplo eso, que venía tu compañera y pregunta ¿ya le ha pasado más veces?, y tú dices, coño es verdad, eso hay que preguntárselo y yo no lo tenía en la cabeza, yo estaba pensando en yo qué sé, que se le estaban hinchando los pies, y habérselo preguntado por si tiene ya patología de base, no sé qué, y además era un infarto. Y dices, coño, este tío es un crac, pues no, se le ha venido, estamos todos parecidos, se le ha venido eso a la cabeza y a ti se te ha venido otra. Después soltabas tú una y se te quedaban todos mirando como diciendo, joe qué crac. Vamos, estamos todos parecidos yo creo.

—Lo veo útil eso, para prácticas, luego para evaluar ya delante tuya, eso ya lo veo... bueno, lo puedes hacer pero tienes que practicar mucho, para practicar eso, grupos de tres o cuatro, es que si no, no le sacas provecho al principio. Luego ya más adelante, cuando tengas más práctica ya no lo sé, pero al principio necesitas un grupo.

—No, si fuera individual estaría bien eso, practicar...

—Sí, pero al principio no puedes, tiene que ser a base de hacerlo. Si lo haces uno por semana o cada 15 días, sí.

—En cuánto a medicina todos tenemos muchos... lo que digo, tenemos conocimientos pero nos complementamos mucho porque igual el detallín que le falta a uno lo tiene el otro, entonces yo tengo comprobado que si te pones a hacer un caso o discurrir un caso uno solo a discurrir entre dos, llegas a muchísimas más salidas.

—Como lo de estudiar el grupo.

—El apunte que te da uno dice coño, es verdad, y te recuerda datos, y tú le recuerdas otro a él, y él no sé qué, llegas a muchísima más información, podrías resolver, ya no es que tengas... por ejemplo si estás haciendo preguntas de examen, tú sólo respondes 50 y el otro solo también 50, entre los dos responderías más de 100, complementas muchísimo. Es lo que quiero decir.

—¿Cambiaríais algo de la simulación?

—Que la hubiéramos hecho todos.

—Todos y hacerlas más, pero la que hemos hecho a mí me parece perfecta.

—Lo que es la actividad en sí no, pero el acceso a ella.

—Y quizá lo que has dicho antes, que para acceder a ella no haga falta que haya tres tíos profesionales, tal, que puedo ir yo mañana con E. y me pongo yo de paciente y ella... ¿entiendes?, un poco las tutorías entre alumnos.

—Hombre, la simulación está bien, quizás esta simulación se puede guardar para sexto por el carácter que tiene de que es cara y que lleva mucho personal, pero yo creo que se podría empezar y no sería una iniciativa mala, cogiendo a los alumnos de sexto y diciendo, oye, vais a hacer de pacientes para los alumnos de quinto, y a los de quinto, oye, vais a hacer de pacientes para los alumnos de cuarto. Lo que a ti te obliga a estudiarte bien la isopatología de la enfermedad a la que te tienes que parecer, hay un médico supervisor y van viniendo de cuatro en cuatro y tú seas el muñeco, y ya los de sexto que el muñeco sea este muñeco. Y simplemente ir incrementando ese nivel de... cómo decirlo, aprendizaje práctico y de ponerte a prueba, en la carrera mucho más, mucho más, intentar hacerlo una vez al mes.

—No es tan necesario desde mi punto de vista, que el muñeco sea real, sino que tú por ejemplo, hacemos la simulación entre nosotros, da igual, si él te va a palpar el hígado a ver si tienes hepatomegalia, pues cuando veas que le va a palpar dices sí, yo tengo una hepatomegalia, aunque no la puedas tocar. Que el aprender el manejo no hace falta tener muñecos, ayuda.

—Sí, pero muchas veces no es lo mismo, sí, tengo una hepatomegalia que tocar hepatomegalia. Es que eso es así, volvemos a lo de siempre, yo tengo que notar un soplo, un no sé qué, un no sé cuántos. Ya, pero hasta que no pongo el fonendo y lo oigo...

—Por eso esto está bien para alumnos de sexto.

—Para cuarto no requería tanto y aprendería el manejo con personas reales.

—Aprendes a manejarte con pacientes.

—Da igual, se puede poner en el fonendo la grabación, puedes poner el fonendo en el pecho y conectarlo al grabador y que suene lo que quieres.

—Lo que dice E. yo creo que es poner en situación a la gente, desde más temprano. Yo es que a los de sexto, está claro que si nos ponen en situación desde más temprano, en sexto nos lo podían hacer con pacientes reales, ¿por qué no?, yo lo echo en falta en la carrera, echo en falta que me dejen más protagonismo, que haya un tío detrás por si la estoy cagando, por supuesto, porque seguramente la cagaré, pero yo echo en falta que me dejen, estuve en urgencias en prácticas y me aburrí pero como una ostra, yo quería que llegase el tío por la puerta y me dijese, oye mira, estoy no sé qué, y atenderle yo. Si hay un tío al lado me parece muy bien, porque yo no tengo ni idea, pero atenderle yo, y es lo que echo de menos siempre. Y el 80% de las prácticas en la carrera para mí han sido totalmente infructuosas, por tener que pasarte tres horas buscando al médico, ¿qué medicina aprendes ahí?, por tener que pasarte 5 horas mirando a un ordenador en planta, paciente que no sé qué, ¿qué medicina aprendes ahí?, nada, hay otras prácticas que aprendes la leche. Pocas.

—La gente que está en interna.

—Por ejemplo. Te mandan llevar un paciente, te responsabilizas.

—Los únicos que llevan paciente son los de interna.

—En infeccioso también aprendes mucho, eso depende del médico.

—Pero no llevas tú al paciente.

—No.

—Es que no es lo mismo.

—Aprendes si quieres también.

—Pasamos al debriefing, concretamente al momento de debriefing, como le queráis llamar, son más o menos las mismas preguntas que para la simulación, ¿qué destacaríais del debriefing?

—Yo sobre todo al jefe, que no sé cómo se llama, que dijo que era anesthesiólogo y tal, que me pareció majísimo el hombre. Porque llego allí y era una maravilla y lo habíamos hecho muy bien, y tú dices, si hemos hecho una mierda y él dice que no, qué tío más majo.

—Es que a algunos os lo dirigía R. y a otros...

—A nosotros R. fue, a nosotros R., pero también estaba en modo majo, estaba en modo majo.

—A nosotros nos lo dirigió, nosotros fuimos a las 9.30 de la mañana, no sé cómo os tocaría a vosotros.

—A las 8.

—A mí a las 12.

—Nos lo dirigió el debriefing o como lo quieras llamar, yo soy más de hablar en español pero bueno, nos lo dirigió el hombre éste, que no me acuerdo cómo se llama y a mí es que me cayó súper bien, porque entró allí y todo era que lo habíamos hecho muy bien, pero qué dices, tío, si lo hemos hecho fatal.

—Sí, a nosotros R. también nos sorprendió, ah, pues yo os he visto bastante bien.

—Pero fue eso, porque nosotros pensábamos que iban a valorar los conocimientos y no, entonces claro, salió mejor de lo que todos teníamos la sensación, porque a nosotros lo que en realidad nos fastidiaba era no saber actual, o sea, para nosotros el trato con el paciente sí, está muy bien, pero digamos que nos importa más lo otro.

—A nosotros lo que nos jode es que nos cuestionen los conocimientos.

—¿Todos destacaríais eso?

—Hombre, a mí lo que me sorprendió es que no se hablase de los casos. A mí igual sí que me hubiese gustado. Tampoco te digo que sea una clase magistral, pero decir, oye, pues vosotros habéis puesto morfina, pues igual lo teníais que haber puesto antes, o la nitro, le tendríais que haber dado otro chute de nitro antes...

—Nosotros sí lo hicimos.

—Nosotros sí lo discutimos, eso también estuvo bien.

—Nosotros no hablamos del caso y eso sí que lo echo mucho en falta.

—Nosotros hablamos del manejo.

—También estuvo bien que pudimos después tratar de hablar del manejo, corregir fallos. Me acuerdo que yo le comenté un par de cosas, oye, es que igual le hubiese puesto también esto antes. ¿Qué te parece? Sí, no sé qué, o no, no sé qué.

—Nosotros sí discutimos esto.

—Te corrigen y te acaban de enseñar.

—Nosotros no, y a mí eso sí me parece un fallo.

—**¿A vosotros os dirigió...?**

—El jefe, sí.

—**¿Y R. a...?**

—A nosotros R. y por ejemplo en mi grupo no se discutió el caso, que es lo que yo eché en falta, porque ya que lo has hecho y ya te queda la curiosidad de que te digan, vale, pues tenías que haber hecho esto, esto. Luego que te den algo digamos de teoría, o que te digan los fallos pero en plan concretos.

—Si lo piensas un poquitín una vez que te confirman el caso, con irte a Google puedes confirmarlo.

—Ya, pero bueno, yo eché en falta hacerlo en el momento, porque esa es la única pega que le vi a la simulación.

—Si quieres que te aclaren las dudas, yo sí pregunté, oye, qué te parece esta dosis que le hemos puesto de morfina, o si le hubiésemos puesto aspirina qué tal, de primeras. Esto bien, esto mal, esto no sé qué, esto no sé cuántos. Sí, gusta que te aclaren las dudas gente que sabe

—Porque igual íbamos mal de tiempo y no se pudo, pero yo lo eché mucho en falta, el que me dijeran, mira, un neumotórax se hace esto, esto y esto, y si es más grave esto y esto. O sea, luego complementarlo con algo de teoría pero ya a posteriori, no que te den la clase y luego... no, o sea, cuando has hecho la práctica y ves las dudas que te surgen en la realidad, que te lo expliquen.

—A ver tío, llevamos media hora quejándonos de la teoría, ahora no la defiendas.

—No, pero no es lo mismo dar una clase...

(Hablan a la vez)

—Más que teoría me refiero las dudas ¿sabes?

—Vosotros habéis puesto esto, esto y esto, y en este paso os habéis confundido, aunque sólo sea porque deberíais haber hecho esto, o esto no está mal del todo pero igual es mejor esto.

—Tenéis razón porque es eso exactamente.

—No que te digan, mira, un hemotórax es esto y te empiecen a explicar por qué se produce, no, digamos un enfoque práctico. Según lo que hemos hecho.

—Corregirlo.

—Sí, esto lo has hecho bien, mal.

—**¿Cómo os habéis manejado en el dibriefing?**

—Con tranquilidad. No sé exactamente a qué te refieres, pero nos han pedido opinión y cada uno ha dado más o menos la suya, tranquilamente, no había ninguna presión.

—Cómodos.

—Sí, yo estaba cómodo, sobre todo quizá por lo que he dicho antes, lo majo que era el hombre éste.

—Yo estuve con nuestro profesor y estuve muy a gusto a pesar de...

—Te sorprendió.

—R. es una persona que es muy...

—Sonrió y todo ¿eh?

—Sí, él es una persona seria y muy... cómo diríamos, que te corrige mucho, vamos, que te equivoca, que en clase no te pasa una, cuando haces una presentación si te equivocas te lo dice, y tal o cual, y aquí digo, nos va a crujir, porque hemos cometido muchos errores, y no, todo lo contrario, sonreía.

—Yo creo que más que nada es un profesor súper exigente.

—Exigente, sí.

—Es una persona súper exigente, y entonces él no quiere cambiar, yo creo que nosotros, su cara es de súper exigencia, no su cara, su postura es de superexigente. No quiere que le veamos otra postura.

—**Quizá aquí vosotros visteis su parte no tan de profesor sino de...**

—Nosotros notamos eso.

—**¿Cómo valoráis la actuación de R.?**

—Yo muy buena, vamos.

—Yo creo que muy bien, a mí me dio mucha tranquilidad, y además ahora pienso en el examen práctico y me da menos angustia, porque digo, si R., o sea, le miro y no me va a estar, así, está como está allí, pues la verdad puede que me salga mucho mejor.

—De todas maneras te diré para tu tranquilidad, me parece que en el examen práctico en ese aspecto, te deja una hoja allí y él no está delante. Tienes que apuntar las cosas que ves. Te dan una radiografía, esto ya sé que no va del tema, pero te ponen una cita, una radiografía y tú pones allí tu nombre, y dices, creo que tiene un neumotórax.

—¿Y vosotros la participación del instructor que os dirigía?

—Muy bueno, muy bueno, me pareció...

—Bastante motivacional.

—Sí, eso, y además siempre que vengan por ejemplo después de hacerlo, que ya sabes que tú tienes tus limitaciones, si vienen por ejemplo te echan la bronca pues no construye nada. Este tío sí, fue una crítica constructiva.

—Que nos criticó, a ver, criticó las cosas que tenía que criticar, que hicimos mal, pero era todo constructivo, no era en plan... no te pasa una y te comenta las cosas que sí que has hecho bien.

—Eso te facilita aprender, que las críticas sean constructivas te facilita aprender, no te meten miedo. Si te meten miedo al cuerpo luego a la siguiente vas peor.

—¿Y vuestra participación cómo la valoráis? En el debriefing.

—Yo sí que comenté cosas.

—El hecho de no sentirte evaluado yo creo que te permite participar.

—Como ahora, era como una revisión de examen un poco rara.

—Por ejemplo yo esto no lo pondría algo como para puntuar, porque entonces ya ahí dices, joe, esto no lo voy a decir por si es una burrada. Esto está bien para hacer prácticas, luego si lo quieren usar ya para el examen es otra cosa, pero no es lo mismo que te digan, esto va a valer, aunque valga poco, pero ya hay muchas cosas que no vas a hacer, o te vas a callar, o no vas a preguntar por miedo a quedar mal o a decir alguna burrada.

—O sea, que creéis que el hecho de que no sea evaluado fomenta vuestra participación.

—Sí, sí, muchísimo.

—Totalmente beneficioso, pero vamos, sin ninguna duda además.

—A ver, y la mejor forma de hacer esto es que el profesor no esté, y no tengo en contra nada de nuestro profesor porque se portó muy bien y todo eso, pero es para que no... eso, porque joder, él se queda con tu cara y lo que sea, tú piensas, joder, vale, voy a decir lo que quiera pero éste ya va a pensar que soy retrasado o algo, entonces alguien que no te conozca mucho mejor.

—Los silencios hubiesen sido prolongadísimos si te están evaluando. Yo me acuerdo que en un momento cogí y dije, ponle morfina, cuánto le pongo, dije 3 mg. No me lo pensé, yo sabía que estaba entre... igual tenían que haber sido 4, pero más o menos se le ponían de inicio 4 o así, dije 3 mg. Yo si estoy en el examen no digo ni ponle morfina ni 3 mg., me callo la boca como una puta y...

—Y que diga otro.

—Que alguien lo diga ¿entiendes?, pues esto, que me he equivocado ya me corregirán luego, pero es muy constructivo en ese aspecto. Me parece muy bien que no se evalúe porque es cuando verdaderamente te vale para algo. Si no, vamos a estar todos callados esperando que alguien haga algo.

Si no va ser como un caso clínico, o sea, como un examen escrito, vas a hacer lo correcto y no te vas a mojar en nada.

—Más que demostrar tus conocimientos lo que tienes que hacer es demostrar tu no desconocimiento.

—Eso es.

—Te vas a estar toda la hora intentando no decir...

—No cagarla. En cambio aquí puedes atreverte a decir cosas y hacer cosas.

—Claro, dices bah, pues lo digo, si está mal pues se murió ese muñeco.

—**¿Qué os ha resultado más fácil?**

—¿De qué momento, del debriefing también?

—**Seguimos en el debriefing.**

—Pues quizá lo que ya he dicho, la facilidad con la que te dejaba hablar con él el instructor, pedía tu opinión, te dejaba hablar, te daba espacios, eso. Y además lo agradable que era pues te ayudaba a expresarte y poder hablar. Y luego también que estés con compañeros que conoces desde hace tiempo, eso te ayuda a expresarte. Si yo tengo delante cuatro chavales a los que no conozco de nada, que digo igual me pongo aquí a hablar y dicen, este chaval es tonto y además no tiene ni idea de nada.

—Nosotros que ya lo sabemos...

—El tonto de siempre ¿no?, no, en serio, tienes gente alrededor que les conoces y ya está, y te atreves a hablar, te atreves a comunicarte. También estaba el profesor R., pero en este caso estaba callado, pero todos ellos te daban facilidad.

—**¿Y lo más difícil?**

—¿En el debriefing lo más difícil?

—**Si ha habido algo difícil, vaya.**

—A mí me pareció todo muy ameno.

—Sí, todo fueron facilidades.

—Simplemente dar nuestra opinión.

—Había cuatro personas detrás que estaban todo el rato calladas, eso me pareció raro.

—Ah, los hombres estos, con nosotros no estaban.

—Ah, es que sí, nosotros teníamos a un comité de Pamplona.

—Sí, que me dijo M. que estuvieron, sí.

—Eran de Pamplona o de la Universidad de Navarra.

—De la de Navarra, sí.

—Pero es anecdótico, no suele pasar.

—Sí, eso no suele... pero es que se hacía raro, porque estábamos, como si nosotros estamos aquí hablando y hay cuatro personas que están mirándote así.

—Y además personas que no conoces, lo que decía C. antes.

—Te pueden coartar la libertad.

—Los nuestros yo no me encontré ninguna dificultad.

—Además la adrenalina la habías descargado toda en el caso y los nervios y todo, y ya no te quedaba, entonces estabas ahí totalmente relajado.

—Sí, ya te daba igual.

—Y comentabas pues lo que te había parecido, a mí me pareció muy bien, me pareció que estuvo muy bien.

—¿Y creéis que sería necesario visionar el...?, porque os graban en el momento de la simulación ¿visionarlo en el momento de debriefing?

—Sí. Yo creo que a mí me hubiera resultado positivo.

—No, porque me muero de vergüenza.

—Yo ahí no lo tendría tan claro, o sea, me gustaría que dijese, bueno, aquí habéis puesto esto o habéis pedido esta prueba y no se tiene que hacer, pero verlo y, mira, esto lo has hecho mal, esto mal, aquí...

—A mí no me gustaría.

—Yo creo que no hace falta ver el vídeo si lo acabas de hacer hace 5 minutos.

—No, pero para ver trato con pacientes sí me parecería interesante, no para ver las actuaciones, pero para ver, porque tú no te das cuenta, y de repente te lo graban y dices, ves, no te das cuenta que has puesto el electro sobre la tripa del paciente, y son cosas que no te das cuenta, o me estás dando la espalda.

—A ver, que preferir, que puede resultar incómodo pero mucho más productivo.

—Sí, te ponen el vídeo y dice, qué estáis haciendo mal de cara al trato al paciente y lo empiezas a ver y dices...

—Una base de datos de cómo no hacerlo y ya para los siguientes que lo hagan se lo pones en el examen.

—De todas maneras si a mí me tienen que grabar para difundirlo, que sea la cuarta vez que lo he hecho. Sí, joe, la primera me daría vergüenza, la segunda también, la tercera vaya.

—No, no, pero no es para difundirlo, es para hacerlo tú.

—En cuánto de aspectos de cómo se ha tratado al paciente sí, podría verlo. En cuánto a aspectos básicamente médicos y clínicos no hace falta para nada, con una pizarra te sobra.

—Pero para verte tú desde fuera, cómo te ven los demás.

—Para ver la actuación, pero más que nada la actuación de cara al paciente.

—Como los vídeos que nos ponía R. en clase. Es que R. nos explicó el manejo con cuatro vídeos. El médico guay, el médico que no hacía caso...

—**El manejo de...**

—El manejo de cualquier paciente.

—Cómo más o menos debía ser la actitud de un médico hacia el paciente y nos ponía varios ejemplos de un médico pasota, un médico que se pasaba de amigo, un médico que se pasaba de empático, y luego ya el médico que más o menos hay que ser. Luego cada uno es como es, eso siempre va a afectar.

—Pero esto es como todo, se aprende muy bien de los errores y de los de los demás...

—Que te da vergüenza verlo, sí, pero yo creo que desde el punto de vista del aprendizaje aprendes mucho más

—...pero jolín, una vez que has dicho, si es que estoy ahí, mira la cagada que acabo de hacer, no hace falta que nadie te lo diga. Cagada, capital.

—**¿Y mejoraríais o cambiaríais algo de esta parte?**

—Eso.

—Yo lo de comentar el caso, porque nosotros lo comentamos...

—Pero porque en nuestro grupo no se hizo, lo de hablar luego, dar pues esto, qué has hecho bien, qué has hecho mal, pero como en otro se hizo, tampoco es... es la única pega.

—Sí que comentamos bien, mal, respecto al trato del paciente, pero no lo que es la parte médica del asunto, a mí me faltó y me hubiese gustado.

—**Vamos a terminar ya, queda poquito. Ahora ya vuelvo a lo general. ¿Creéis que habéis mejorado con respecto a vuestros conocimientos de partida?**

—Sí.

—¿Conocimientos en sí mismos, médicos?

—**O actuación.**

—No, en cuánto a actuación... bueno, conocimientos a ver, como he dicho antes, cada vez que ves un caso clínico o práctico no se te olvida.

—Si la pregunta es si lo haríamos mejor ahora, yo creo que todos diríamos que sí. Si lo volviéramos a repetir lo haríamos mejor, no sabemos más medicina, no vamos a acertar 25 preguntas más de un test, ni ahora en el MIR hacemos un simulacro y lo hacemos mejor, pero sabemos actuar mejor. Yo creo que es lo que dice C., si hiciéramos en vez de uno, tres, yo creo que la curva de aprendizaje se dispararía mucho, creo que aprenderíamos muchísimo más manejo.

—Totalmente.

—Eso, más orden, más tranquilidad.

—Con uno ya se nos ha notado muchísimo, ahora tenemos un esquema en la cabeza distinto.

—Si hiciésemos otro, al segundo llegarías con otro esquema, llegarías de otra manera, el segundo lo harías muchísimo mejor, y el tercero ya sería la leche, o sea, yo creo que lo que dice él, la curva de aprendizaje ya...

—Nos podríamos incluso equivocar en el diagnóstico pero hacer muchísimo mejor el manejo.

—Sobre todo el manejo, es lo que aprendes. Conocimientos de medicina lo que dice Manuel. Yo tengo los mismos que tenía... bueno, igual he estudiado algo más, pero vamos, no por la simulación he aumentado mis conocimientos de medicina, pero sí de manejo del paciente, cómo llegar, qué hacer, qué hacer mal sobre todo.

—También es que la primera vez era como mucha novedad. O sea, yo por ejemplo no sabía que podías llamar a un adjunto, y es algo que si lo llevo a saber para otra vez igual lo hago antes, el ver cómo funciona también está...

—A nosotros no nos dijeron nada, qué caraduras, lo de llamar a un adjunto.

—Nosotros entramos en un círculo vicioso que no salíamos.

—Pero yo creo que esas posibilidades no las pides, te las van ofreciendo.

—Ah, bueno, o eso. Porque también...

(Hablan a la vez).

—Nosotros pedimos, pedimos...

—¿Y no por teléfono?

—Luego tuve que ir yo a llamar, pero que yo pensé que no iba a haber nadie, iba a hacer allí el chorra en el teléfono que puso un tío, hombre, qué pasa, Juan, no hombre, pero... coño, que se ha puesto un tío, pues habrá que decírselo.

—Nosotros realmente pensábamos que estaba hablando solo, o sea, que estaba hablando por teléfono y cuando cuelga dice, no, no, que es que me ha contestado alguien.

—Entonces sí que hubiese sido curioso, porque estuvo un buen rato hablando. Si no hubiese habido nadie es que soy medio... vamos.

—Yo pensaba, yo le estaba oyendo hablar y digo, cómo se ha metido en el papel.

—Mira Carlos cómo disimula.

—Sí, dura tanto, ah, vale, vale, pues le esperamos aquí...

(Hablan a la vez).

—...decimos jo, qué real, y ya cuando nos dices, no, no, que estaba hablando con alguien.

—Sí, sí, es que claro, yo también, yo digo ¿aquí habrá alguien ahora?, cojo el teléfono, no había número, digo me lo pongo en la oreja a ver qué pasa.

—**¿Seguimos?**

—Sí.

—**¿Qué le diríais a un compañero de cursos inferiores que fuera a enfrentarse por primera vez a esta experiencia?**

—Que fuera sin miedo.

—Vete tranquilo, piensa lo que tienes que hacer, con tranquilidad sobre todo, aunque estés delante del paciente y el paciente te acucie y te diga, me duele esto, me duele esto, nada, tú piensa, piensa lo que tienes que hacer, lo que tienes que preguntar y luego habla, luego actúa.

—Pero eso, que no se cohíban de nada, si crees que tienes que hacer algo, o sea, que no tiene ninguna repercusión.

—Que hable con sus compañeros y piense en varias posibilidades. Que no se cierre solo en su mente. A veces, nuestra capacidad para pensar es como una caja, y estás, estamos todos haciendo cosas y diciendo cosas pero tú tienes tu idea en la cabeza y nadie la sabe, porque es tu idea. Y es mejor abrir todas las cajas y decir, oye, yo creo que tiene esto, pero podría ser lo otro, podría ser tal, y ahí dices, lo que decía C., hostia, cómo sabe éste, ponerlo todo en común. Yo creo que se hacen mucho mejor estos casos, mucho mejor. Y desde el principio, desde el principio decir un montón de cosas, porque si las tienes desde el principio, luego vas mirándole las cosas. No que se te ocurra la idea feliz al final, es que somos muy de idea feliz, o sea, de mira, tiene esto y esto, vale pues es esto. No, así no va. Es qué puede ser, esto, esto y esto, y ahora vamos a ver lo que tiene.

—Sobre todo eso, lo que dice el chaval, sobre todo coger los cuatro e intentar sacar cuatro o cinco diagnósticos diferenciales. Nosotros también fuimos a por uno y tuvimos suerte. Intentar sacar 5 y luego sobre todo mediante preguntar, con un par de pruebas pues lo que dices, pides el dímero D y pumba, el test fuera, pides el electro, pum, el infarto fuera o dentro, pero de primeras establecer, intentar pensar entre todos cuatro o cinco opciones y luego ir descartando mediante... pues lo de siempre, historia, exploración...

—Que el error es que a veces se empiezan pidiendo pruebas y luego dices, ah, pues era esto y no habías pensado en ello, y ese es un error muy grande ¿verdad?

—Imagínate que no le has preguntado yo qué sé, es que son... no sé, una pregunta que te puede dar la pista de que es esto inequívocamente, y tú ya le has pedido un TAC craneal, y dices...

—O si era alérgico a algo.

—...madre, y cuando se está yendo para allá, le dices, espera, espera, ¿y te dolía no sé cómo?, sí. Madre de Dios, que tiene usted otra cosa.

—Pero sobre todo eso, que vayan sin miedo.

—Que se abran, que abran la mente.

—Que participen.

—Eso, que no se queden callados, eso yo creo que es lo más importante también.

—Que se coordinen, que hablen...

—Que se lo pasen bien porque es muy divertido, en el fondo yo creo que a todos nos hubiera gustado entrar otra vez a hacer otro. Y esa es la diferencia grande de un examen, que tú cuando acabas un examen práctico dices, me cago en diez, me voy corriendo para mi casa a....

—Me voy a beber.

—Quiero alejarme de la universidad todo lo posible. Y cuando acabas una cosa de estas dices, cago en diez, yo quiero hacer el del infarto que han hecho los otros, tal, dame otro que lo hago mejor.

—Sí, sí, sí, te quedas con ganas de más.

—Sí, te quedas con ganas de más.

—Ganas de más es la sensación, sí. En un examen yo salgo y te dicen, ¿qué contestaste en la cuatro?, digo: tu puta madre, déjame en paz, coño.

—**Vale ¿queréis añadir algo más?**

—Yo creo que con lo de tu puta madre ya...

—Que lo del positivo de R.

—Las partes buenas de la grabación y eso, sobre todo si hemos dicho algo bueno de él, las recortas y las envías por favor.

—**Vale. Pues nada, pues por mi parte ya... muchas gracias.**

Grupo de discusión nº2, estudiantes de medicina en la asignatura de Obstetricia y Ginecología, cuarto curso: G. D. 2.
Martes 19 de Junio.

—Vale, yo creo que estamos. Pues nada, empezamos. Bueno, lo habéis dicho antes pero en primer lugar, ¿cuántas simulaciones habéis hecho en la asignatura?

—Una.

—Una.

—La verdad que no sé si eran... creo que eran como cuatro horas, pero una.

—¿Y más asignaturas habéis hecho?

—No.

—Nada.

—¿Y de qué tipo era el caso clínico en general?

—Bueno, hacíamos un parto, ¿no?

—Sí.

—Una asistencia a un parto y...

—Y hacíamos una consulta a una... bueno, a una mujer en plan..., una simulación era y no hicimos más, ¿no?

—Bueno, luego en la primera parte nos enseñaron un poco la estática fetal, como... si lo que nos habían dado en la teoría...

—Métodos teóricos y prácticos también.

—Un poquito con maniqués y tal y estuvo bastante bien.

—Y cuál es vuestra valoración general de la experiencia.

—Yo le doy un 10, porque fue la primera vez que yo por ejemplo, yo salí súper emocionada de aquí, por eso vine a esto de la entrevista y me apunté porque fue la única vez que yo por ejemplo me sentí, desde que entré a una carrera, como válida, no sé, como de esto que dices tú, jolín, pues soy capaz o puedo hacer algo, realmente valgo para algo, porque no solamente nos ponían ahí el caso y ya está, sino... yo por ejemplo lo hice y entonces a mí me metieron... yo no tenía idea de nada, me metieron en la sala y me dijeron: "tú eres el médico", y me metieron en la sala y me iban poniendo más dificultades, cómo me lo iban cambiando, me lo iban haciendo un poco más fácil y tal, y luego, al final sí, resuelves el caso y tal, pues estás súper bien, y

luego ya no sé los compañeros que tal ya, desde la otra sala lo iban viendo y tal, pero yo lo tomé un 10 porque te sientes útil y eso.

—¿Y vosotros?

—Yo también, yo creo que la experiencia es muy buena, más que nada por eso, porque ves aplicados los conocimientos teóricos a la práctica entonces es como que las cosas no te quedan tan ajenas ni tan en los libros solamente, lo puedes ver más aplicado a lo que vas a tener que hacer tú en un día a día cuando seas futuro médico, etcétera, etcétera. Va a ser una experiencia muy divertida, yo me lo pasé muy bien.

—Yo es que me acuerdo que era el único chico de los que estaba allí, eran todo chicas, y me daba un poco de vergüenza actuar y tal, pero vamos, sí me pareció, o sea, muy práctico y yo creo que debería hacerse muchas veces más.

—Sí, hombre.

—Un día no es nada, no es nada.

—No.

—¿Y cuáles eran vuestras expectativas antes?, ¿teníais unas ideas previas de qué iba a ser?

—Yo no tenía idea ni de lo que iba...

—No.

—Ni me lo habían comentado en cursos anteriores ni nada, me habían dicho que era eso, o sea, no teníamos ni idea de totalmente nada. Yo por eso, de hecho, tampoco los profesores lo querían mantener un poco en secreto y tal para que tú de alguna manera, jolín, pues empieces a actuar, porque de hecho consiste en un poco saber desenvolverte y saber actuar ante ciertas situaciones que si de alguna manera ya las prevés porque te lo cuentan o porque piensas un poco cómo va...

—Pero, tú dices una reunión al principio, que si se explicó...

—Sí, sí, al principio de la práctica, pero en clase y eso nada, nos dijeron: “tenéis práctica tal día”, yo por ejemplo, me imaginaba que iban a ser unas prácticas pues como las que tenemos con las otras asignaturas, pues vas y miras al microscopio, te dicen: “estas son las diapositivas, tal, no sé qué, no sé qué”, y ya está, y no, no, la verdad que muy bien.

—Fue súper real.

—Os iba a preguntar que... que si fueron cumplidas las expectativas porque si ibais...

—Sí, sí.

—Si ibais en blanco, que habéis dicho...

—Sí.

—Un poco...

—No tenía ni idea pero bueno, que también podemos ser críticos, ¿sabes? y que si realmente no me gusta yo lo digo, digo: no fue... o no me sirve para nada. Y para mí fue de... jolín, vamos a pasar a quinto, para mí lo mejor que hemos tenido, lo mejor que hemos hecho.

—¿Y qué resultó... bueno, es redundante la pregunta, más llamativo o novedoso de lo que vivisteis?

—Pues todo en general, desde venir aquí al pabellón y que te digan: “tienes un maniquí ahí, hay una enfermera que está haciendo de parturienta y tienes que meterte en la piel del médico y tal”, eso lo primero.

—Y luego que se le agravaba y lo veías y lo conjuntabas, era todo nuevo porque...

—¿Lo visteis vosotros?

—Sí.

—Sí, una pantalla, teníamos...

—Grababan la... el simulacro, sí, y luego nos lo ponían y lo comentábamos a ver qué se ha hecho mal, que se ha hecho...

—Cuando teníais la fase de la puesta en común.

—Sí.

—Es que los de sexto no lo vieron.

—Sí, sí, sí, y eso estuvo muy bien yo creo también.

—Sí, y además luego allá te preguntaban: “¿y por qué hiciste esto y tal?” Y luego, como tú lo re-ves, es una doble forma de en el momento ver lo que eres capaz de hacer ante una situación... porque te ponen situaciones de estrés, de cierta tensión que te dicen, por ejemplo en este caso: “no, que el feto está mal y tal, que tiene riesgo, no sé qué”, entonces igual en ese momento tú, a lo que te están enseñando también es a actuar ante situaciones de estrés, que luego cuando lo pones a ver una segunda vez pues también es una forma de ti misma decir: “pues no, mira, si lo hubiera pensado un poquito mejor pues podía haber hecho esto, esto otro”.

—¿Y qué diferencias encontráis entre las asignaturas impartidas de manera tradicional y esta, esta que incorpora la experiencia de simulación?

—Todo ventajas acerca... a favor de la experiencia porque es lo práctico yo pienso que siempre es mejor, o sea, lo que se salga un poco de la rutina de estudio teórico y sólo papel, siempre yo creo que te ayuda más, no sé.

—Pero por ejemplo en otras prácticas que tenemos no siempre son prácticas en las que de alguna manera tú vas detrás de alguien...

—Sí, no es lo mismo esto.

—Y vas detrás de alguien y él hace y tú miras, y él hace y tú miras, y es que realmente yo he tenido una crisis, en plan de: ¿qué hago aquí?, ¿qué hago aquí? Porque no me dejan hacer nada, no...

—Sí, tienes la sensación de que estás molestando, de...

—Sí, sí, lo hacen todo ellos, te miran mal, pues ese es tu momento de que, como mejores riesgos, puedes ensayarlo lo que quieras, como todavía no eres capaz pues obviamente no te van a poner un paciente, pero es una manera de tú sentirte que vales y que lo que estáis estudiando durante cinco años realmente esforzándote muchísimo, pues que vale para algo y que puedes, que puedes.

—Sí, yo creo por ejemplo, esta asignatura, que era ginecología, ha sido de las que más conceptos claves, y claro, aunque sean pocos, te quedan porque como lo has hecho luego después y tal, lo has visto y... no sé, es algo que te va a quedar para siempre, yo creo.

—¿Qué tipo de aprendizaje diríais que favorece la... pues las asignaturas que se imparten de manera tradicional y las que... y ésta?

—Las que se imparten de manera tradicional yo creo que ninguno.

—Ninguno, es que ninguno, esto es utilidad pura, lo otro es pues yo que sé, rutina, tener que aprenderte ciertas cosas, que ¿sabes? que...

—Que luego se te olvidan, sí, es que se te olvidan.

—Yo, estás... es que en ningún momento yo, a mí ni se me... yo, cuando salí de ahí estaba deseando salir a la calle y el que se pusiera una señora a parir, porque estaba diciendo yo: "jolín, es que si se pone a parir algo sé hacer", y me llevaban dando un cuatrimestre entero clase y que ni idea, que sí, que sí, que la teoría pues te lo imaginas, es tal, lo ves cómo lo hacen ellos pero es que en ningún momento...

—Es que ni punto de comparación, ¿no?

—...tiene nada que ver hasta cuando tú lo haces.

—Aunque te pongan videos, aunque te pongan imágenes, es que no tiene nada que ver.

—Tienes que hacerlo tú.

—Nada.

—Claro.

—¿Y cuál...? Es evidente, ¿cuál creéis que facilita mejor el aprendizaje?

—La práctica.

—La práctica, claro.

—Siempre.

—Los simulacros.

—Es cierto que siempre tienes que llevar una base teórica, eso no te lo quita nadie, pero es que con la práctica, vamos.

—Sí, pero puedes tener... no sé, pueden ser muchas cosas.

—Ahora fuera aparte, es que en esta carrera nos meten tanta tralla, información.

—Sí.

—Y es que tanta, de verdad, luego se te olvida todo, porque tienes tantas cosas que...

—Luego ellos mismos dicen: “si es que yo por ejemplo cuando soy médico no lo sé porque tengo unas listas en el bolsillo que tal y las miro”, y tú te quedas diciendo: “Ah, ¿y por qué me las tengo que aprender yo ahora?”. No sé, no...

—Y luego que ellos dan lo más importante, más importancia a lo que menos ven porque... porque sí. Yo por ejemplo, no sé pero sería abogar siempre por la mitad práctica y la mitad teórica, para mí eso sería, hombre, incluso un poco menos de teórica, de práctica, yo siempre lo diré, pero es que...

—Pero ves que... jolín, la gente cuando dice eso, parece que lo dicen, la gente que dice: “bah, jolines, es que lo dicen por vagancia”. Es que no es así.

—Claro, no, no.

—Es que aprendes el doble, yo de verdad, fue la única asignatura, como lo hice, yo es que recuerdo que en Navidad aquí, llamé a mi madre y le dije: “jolín, madre mía, por fin, menos mal que han mandado esto porque si no me llegaban a dar esto igual yo me marché de la carrera porque...”. Y fue, es que para mí fue una experiencia increíble. Jolín, y además veías que es que no solamente lo tenían ahí, también tenían cómo hacer RSP, como hacer...

—Sí, sí.

—Jolín, muchísimas cosas y... que es que, sé que hay cursos en verano y tal para hacerlo.

—¿Qué importancia creéis que tienen o que deberían tener todas estas experiencias de simulación en el currículum general de... en el plan de estudios general?

—Que hubiera una evaluación sobre...

—No, no, ¿qué importancia o qué peso...?

—Mucho más peso, o sea...

—Hombre, tener...

—Yo siempre digo que mitad y mitad como...

—Pero en el currículum hoy por hoy no, porque como te exijan eso tienes muy pocas posibilidades. Esto, por ejemplo nos lo ofrecieron porque el profesor se empeñó muchísimo y dijo que quería...

—Una pregunta, ¿en vuestro caso también había exceso de participantes y entonces sólo podía soltar a esta experiencia a pues la mitad?

—No.

—No.

—No, todos.

—Lo hicimos todos y es que de hecho, él nos contó, el profesor, que él había presionado muchísimo para que pudiéramos hacer todos, hasta que dio con muchos grupos y tal, pero hoy por hoy que tenga peso en el currículum o algo así es bastante difícil porque...

—No, está claro, eso hoy por hoy imposible.

—Es que en verdad no podemos acceder a ello, o sea, se están llevando cada vez que... que venimos nosotros aquí o es... tiene que preparar, luego tienen que venir más personas, se gasta muchísimo dinero, entonces tú por tu cuenta no puedes hacer, entonces experiencia tiene que ser la que te ofrezcan ellos, entonces está totalmente en sus manos.

—No, pero por eso, o sea, pero estando en sus manos, ¿qué... vosotros qué...?

—Que lo hagan todos.

—Sí, sí, que lo hagan todos.

—Todos.

—Por ejemplo, esto que dicen ahora, con el Plan Bolonia, nosotros somos de Licenciatura todavía, con el Plan Bolonia hay 10.000 veces más prácticas, 10.000 veces más trabajo, está... no sé qué, serán otras carreras, yo en medicina de verdad... que a lo mejor sí tienen trabajo por ahí desperdigado, dos días más de

práctica, pero realmente hacen lo mismo que nosotros y en el examen se la juegan, si lo suspenden, suspenden, y si lo aprueban, lo aprueban, no sé.

—¿Y qué opinión tenéis acerca de los temas que han sido susceptibles de la asignación que habéis trabajado?

—Hicimos... hicimos el parto, hicimos...

—Nos estuvieron explicando maniobras.

—Sí, luego lo de la consulta, viene una señora y cada vez era un caso clínico diferente y...

—¿Creéis que ha estado coordinado todo lo que habéis visto en clase?

—Hombre, claro. Sí, sí, desde luego, totalmente.

—Entonces teníamos que resolverlo, es decir...

—Los profesores muy implicados y bah...

—Genial.

—Sí.

—Sí.

—El problema es que yo creo que no todos los profesores están dispuestos a implicarse como lo hacían ellos.

—Eso es.

—Está claro.

—Te tiene que gustar mucho la enseñanza, es...

—Si aparte de la medicina la enseñanza.

—Es que por ejemplo...

—Sí, sí, porque...

—D. M. y el otro era O. creo, ¿no?

—O.

—Es que estaban contigo y si no lo sabías hacer te volvían a enseñar y como que le veías muy dispuestos.

—Uno a uno, ¿eh? uno a uno.

—Muy dispuestos, sí, sí.

—Por ejemplo, en los casos clínicos generales, pues eso, cuando yo participé por ejemplo, éramos igual un R1, un R2, un R3...

—El médico.

—El médico, el adjunto...

—Y la enfermera.

—La enfermera, un familiar.

—Sí.

—Pero luego, por ejemplo, había ciertas cosas que te enseñaban, por ejemplo te enseñaban a hacer un tacto vaginal o te enseñaban a cómo extraer al bebé, cosas básicas, que eso lo hacíamos uno por uno y te iba diciendo qué tienes que reconocer...

—Y si lo hacías mal repetías...

—O repetías otra vez, y eso lo hicimos uno por uno, que hay que tener paciencia, que ellos lo están dando muchísimas veces y no, realmente, vamos, se empeñaba, poniendo...

—Y es que además les veías a ellos encantados, que es que yo creo que a nadie, bah, los que yo conozco, nadie más de, con los que hemos tenido prácticas...

—Ninguno.

—Ningún profesor. Cuanto antes saliéramos mejor, tal, no sé.

—Nada más tengo que firmar, lo único que me importa es firmar, no sé, este tal, ni siquiera eran obligatorias.

—Sí, sí.

—Y vinieron... y vino todo el mundo.

—Sí.

—**¿Cuánto duró?**

—Cuatro horas.

—Cuatro horas

—**Pero cuatro horas cada grupo.**

—Sí.

—Sí.

—O sea, a ver...

—Era un día.

—¿Pero estabais dividido en grupo de ocho?

—Estábamos... estábamos... somos ciento y algo en clase, ¿no?

—Menos, yo creo, sí.

—O menos de 100, nos dividieron en grupos o de 10 o...

—El mío era de 10, seguro.

—Por ahí, sí.

—Y no sé si eran cada semana iba un grupo o íbamos todos...

—Dos grupos cada semana.

—No, había... eso, dos grupos cada semana.

—¿Y cada grupo tardaba cuatro horas?

—Cuatro horas, sí, sí, vale.

—O sea, el mismo día salían dos grupos.

—Sí, sí, desde las 4 hasta las 8.

—Vale. Es que es muy diferente al otro que yo vi, que es el que hicieron en el segundo trimestre y está un poco perdido, que era bastante menos tiempo, pero... Bueno, y en la evaluación, ¿ha tenido algún peso, la evaluación final?

—No, no, no, de hecho ni nos cogieron los nombres ni...

—En realidad no saben ni quiénes somos.

—Ni quiénes somos, evidentemente son...

—Porque somos muchísimos, no, no, no tienen ningún... no. Sin embargo, no, las de hospital tampoco te las firman, ¿no?

—Tampoco, no.

—No, en ninguna práctica.

—En ginecología, en esta asignatura, no.

—Y todo el mundo fue, o sea, se fue todo el mundo...

—O sea, ¿y creéis que deberían de tenerlo o está bien así?

—No.

—Yo creo que está bien así.

—¿Sabes por qué? Porque, a ver...

—A quien le interesa de verdad va o al que...

—Y que también estimula mucho que sea algo más relajado, que... ¿sabes? que...

—Sí, sí, sí.

—Porque si no aquí todos estamos a lo mismo, claro, aquí a nosotros lo que nos interesa es sacar la carrera. Y entonces si a ti en un momento que te dicen, cuenta, venimos todos que ya no disfrutamos, ya no aprendemos, estás... solamente quedándote con la información a ver si no me vaya a preguntar algo. Yo ese día, estábamos relajados, sabíamos que no nos iban a preguntar nada, que estaban disfrutando, aprendiendo cosas y ya está. O sea, yo creo que no, que no...

—Fue el interés de cada uno.

—Claro, si es que...

—No obligaban a ir, entonces si quieres ir vas, si no quieres ir, mira, no molestes, no vayas, a mí me parece bien.

—Que cuente como quien va a clases, ¿sabes? quien va a clases tiene... o quien va porque tiene prácticas, total nos damos cuenta de la valoración final de la nota, porque realmente es como una forma más de aprendizaje, que cómo te van a evaluar eso también, que te pongan asistencia, pues que pongan asistencia, si lo hace va a ir todo el mundo, así que...

—Vale. Pues ahora os voy a preguntar, ya entro en la simulación, la fase de simulación en concreto. ¿Qué destacaríais de ese momento, cuando os tuvisteis que enfrentar a esa situación?

—Es que para mí por ejemplo, yo cuando hice la simulación fui de familiar de la parturienta, es decir, como que yo no tenía...

—Claro, no teníais papel.

—Yo no tenía mucha presión, yo solamente era pues picar a los que estaban, “ay, pues es que lo que estás haciendo lo estás haciendo mal, es que a ver si me vas a matar al niño”, y que no sé qué, no sé cual.

—Para meter presión al médico.

—Claro, es decir, yo además lo estaba disfrutando el doble, pero bueno, que... yo la verdad que...

—Yo fui médico y pues primero entra... yo no tenía idea, es que no sabía cómo iba, o sea, yo no me podía hacer ni una idea, tampoco nos habían explicado mucho para eso, para mantener un poco la situación, y yo recuerdo que entraron, llamaban por el micrófono y decía: “que entre el R3”, y entraba el R3 en la sala, y yo todavía... estaba ahí fuera que no sabía muy bien lo que tenía que hacer, y de esto me dicen:

“entra, entra”, el médico, después haber entrado ya el adjunto, habían entrado todos, y me encuentro con una enfermera que me chilla, me encuentro con un familiar desquiciado también, me encuentro con un adjunto y un... tres R diciéndome: “yo creo que tiene esto, yo creo que tiene esto otro” y pues también un poco eso, no te enteras de nada tampoco, te vistes y demás, y pues ya te pones ahí, le escuchas y tal, y quieren saber qué tienes tú que decir y tal, y ya pues ya tú haces un poco lo que tú ves, y ya está. Pero es un poco como que al principio te choca, te desconcierta, te pone ahí como en cierta presión, jolín, es una forma de... eso, de saber actuar en las situaciones que son realmente reales y que no te va a salir todo súper fácil en realidad, tienes a una persona que te está presionando, tienes al marido que es súper llorón, o lo que sea, y tienes ahí dentro todo el mundo y tú tienes que tener templanza y es obvio, lo que sentí en ese momento fue: “madre mía, trágame tierra”, pero con buena cara intenté sacar lo que tienes que sacar ahí, al bebé, y al final salió bien, así que...

—Como práctica yo creo que está muy bien, yo no participé en el caso que hicieron en mi grupo, pero sí lo estuve viendo y...

—¿Y por qué no participaste?

—No, porque éramos muchos y no podíamos participar todos.

—¿Pero estabas dentro de la sala?

—Aparte yo te digo que estaba un poco inhibido ahí con la... sobre todo chicas estaban, me decían: “sé tú el padre, no sé qué, tal”, pero... además soy muy vergonzoso. Y no, pero para hacerte una idea de cómo son las cosas y como objetivo práctico yo creo que es ideal.

—Es que realmente por ejemplo, aunque sea seamos 10 en el grupo, por ejemplo, sólo hacíamos cinco por ahí, que tenía que ser por ejemplo médico, R1, familiar, una enfermera, un auxiliar y tal. Entonces realmente ni siquiera todos podemos participar en el caso.

—Y eso que éramos grupos relativamente pequeños.

—Sí.

—Sí.

—Hombre, si hay un hueco dices: “yo, yo, yo”.

—Sí.

—Sí te sale, pero bueno.

—¿Cómo consideráis que os habéis manejado o defendido como punto final?

—Yo creo que bien, yo salí muy contenta, yo no pensé que lo haría tan bien, yo bien, yo lo que quería era resolver el caso más o menos, salvar al bebé y salvé al bebé y salvé al bebé.

—Yo, desde el punto de vista que estaba del marido, era... veías a los compañeros hacerlo y decías jobar pues, no sé, como que intentabas ir tú también a ayudar un poco, y no, me pareció excelente la experiencia, yo la repetiría en todas, en todas las asignaturas haría lo mismo, un hospital virtual para cada asignatura.

—El problema, lo había dicho antes, los profesores no van a...

—Los profesores no están dispuestos, el material yo me supongo que no se esté dispuesto solamente para un curso de medicina todas las tardes, es dinero, porque eso es dinero.

—Es dinero, pero y que no tienen pasión ya, tú... es muy difícil encontrarte a una persona de 50 años, o la edad que tenga...

—Sí, sí, como de nivel yo creo que no encuentras a nadie.

—Que tenga esa pasión por enseñar, por aprender, porque también aprende de nosotros.

—Sí, sí.

—Te das cuenta y... pues se codea un poco también con las nuevas generaciones, a ver qué aspira, también le interesa saber.

—Es que una persona a veces, ya, entre comillas, acomodada, que ha estado por la mañana trabajando en el hospital en su trabajo y luego viene por la tarde, y viene con una sonrisa, ya solamente con eso, ya dices: es que me lo voy a pasar bien en las prácticas, es que voy a aprovechar las prácticas, es que...

—Influye mucho.

—Jobar, es que...

—Entonces claro, eso también, si él está dispuesto a hacer esto pues nosotros lo recibimos todo muy bien.

—Sí, sí.

—Que nos ponen siempre como que... como que nuestro mínimo esfuerzo y que ellos tienen que estar siempre y que nos tienen que evaluar, es que nos da lo más mínimo y nosotros lo cogemos con unas ganas...

—Con tal de cambiar un poco la rutina de lunes a viernes, clases de 9 a 12, de 1 a 3.

—Además esto lo hay aquí, por ejemplo, yo soy de Asturias y yo cuando lo contaba, mis compañeras allí, estudian medicina también mis amigas, y se quedaban alucinadas, y decían: "qué envidia, qué envidia", me decían, pues sí, pues sí, que ni lo creían.

—¿Y qué os resultó más fácil de este momento de la simulación?

—Más fácil.

—¿Más fácil?

—Sí.

—A mí me resultó muy fácil picar a los otros, porque fue muy fácil.

—O sea, tu papel te resultó fácil.

—Mi papel me resultó súper sencillo.

—A mí también, que era mirar.

—Pero yo veía a los compañeros que lo estaban pasando mal.

—Sí, lo pasas mal.

—En el momento de: “joder, ¿y qué hago? Estoy yo sólo”, que venga ya, que entre ya el otro.

—Así se aprende mucho, pasándolo mal y viéndote en apuros y de los errores y además que, joder, no puedes cometer ningún error grave en... o sea, en la vida... o sea, a ver si me entiendes, en una práctica, un simulacro, es un simulacro.

—Para que los cometas.

—Claro.

—Para que los cometas y aprendas de ellos.

—Hombre, es que fácil, la verdad que no fue fácil, yo creo que mi papel no.

—Te voy a preguntar, la siguiente pregunta era qué te había resultado más difícil, así que si quieres...

—Más difícil yo creo que todos estén mirando y que no sepas qué decir.

—Sí.

—Que todos estén esperando a ver qué tienes que... cómo vas a actuar, a ver si lo haces bien, te están mirando por todos lados, tienes cámaras mirándote, tienes al profesor mirándote, tienes cien personas en la sala, tienes a la parturienta mirándote, tienes a todo el mundo presionándote y tú que realmente no tienes mucha idea de qué decir, entonces...

—Aparte la asignatura ni la... o sea, la teníamos a la mitad, impartir, o sea...

—Sí, entonces bueno pues te resulta... te resulta súper difícil la presión de 400 ojos mirándote y decir: pues, venga, pues voy a...

—Sí, es que eso pasa en todo, yo estoy seguro que si en vez de partos hubiera sido uno que te viene con una herida que le tenías que poner un poco de betadine y te pasa lo mismo, yo estoy completamente seguro.

—Hombre, claro que sí, independientemente del caso, ¿no?

—Independientemente del caso, es saber que estás tú sólo y que tienes que...

—Pero es que es la verdad, luego tienes que enfrentarte tu solo.

—Sí, sí, sí, pero es... todo lo da la experiencia.

—Claro, es una manera y... es que más que nada, yo creo que más a... es también aprender que es de técnica. Es eso, te quedas con las cosas de cada asignatura, de cada cosa, pero en una carrera como es medicina, que estás... trabajas bajo presión, que trabajas bajo... pues la presión de los compañeros, la tuya propia y de encima de los pacientes que tú tengas, entonces es una manera de verte en esa situación, de... que tienes que además acertar lo que haces y contentar, no sé.

—¿Y qué opinión os merece la actuación de los instructores y del profesor?

—Bueno, yo le pongo un 11 del 1 al 10.

—Fue increíble. Yo te repito lo que te he dicho antes, o sea, tener una persona como es D. M., y que nada más verte, te viene como una sonrisa, te dice: “vamos a hacer esto, vamos a hacer lo otro”, y lo has entendido y es que encima te dice: “pero si no has entendido, dímelo que te lo repito hasta que lo entiendas”, bueno, eso, es que es impagable, de verdad que es impagable.

—¿Y del resto de los instructores?

—Igual, la enfermera que estaba haciendo de parturienta, yo no sé la enfermera cuál es el trabajo de esa enfermera, pero también estar ahí con un grupo todos los días...

—Claro.

—Por la tarde, y que también hay que saber lo que aguanta.

—Muy implicado, sí.

—Llegar allí y estar todas las tardes cuatro horas, así abierta de piernas, diciendo: “¡ay, ay!”, pues hombre, hay que reconocerle su valor, ¿eh?

—Y un buen humor tiene esa chica también.

—Sí, sí, sí, increíble, y el otro profesor con que estuvimos también.

—¿Quién estaba abierta de piernas era el muñeco o era la...?

—No, espera.

—Es que tú tienes... sí, vale.

—Es que a lo mejor...

—La muñeca y le pone la voz.

—No, no, no, ella se mete dentro.

—Se mete, es como una especie de pelvis del maniquí y ella se pone con las piernas abiertas igual y sacas al niño de la pelvis, o sea...

—Vale, sí, sí, ya te entiendo.

—Tú... no está aquí y tú realmente, yo cuando entré ahí dije: “ay Dios, que es una persona de verdad, que yo me he confundido”. Claro luego pues cuando pasas el tacto, te das cuenta de que no, que sí, que la pelvis no es real, pero de aquí para arriba, o sea, de la cintura para arriba es ella, entonces es ella moviéndose, es ella chillando, es ella hablándote, es ella con todo.

—Y el otro profesor con el que estuvimos, con Odriozola también genial, es que es otro trozo de pan, es así.

—Sí, nos ha enseñado muchísimo.

—Sí, ¿Odriozola os había dado durante la carrera?

—No, a mí me dieron... yo estuve en prácticas con él, en ginecología estuve en prácticas con él, en... sí, pero no, no, clases no nos dio, sólo nos dio de primer año, sólo que bueno pues la ayuda y tal.

—Pero lo conocíais.

—Yo por las prácticas.

—Yo también porque había ido antes a las prácticas.

—Que es buenísimo además haciendo operaciones externas así...

—¿Y cómo valoráis vuestra participación individual en esa fase de simulación?

—Yo personalmente reconozco que no participé mucho, de hecho por lo que hemos...

—¿Pero elegiste tú no participar o te tocó?

—Más bien, a ver, había... en mi grupo había... eran todas chicas y estaba yo, y las chicas tenían ilusión por participar ahí, yo dije: pues como a mí me da un poco igual pues”, ya ves tú, o sea, si lo voy a pasar mal y tal, pues me quedo aquí, miro y es que a veces soy un poco así, ignorante, la verdad.

—Yo también soy un poco cortado pero bueno, no sé, participamos, yo creo que en el grupo participé en todo, luego fui el marido, en tanto no haces mucho, pues eso es cierto, pero durante todo, todo, durante las cuatro horas genial, participando todo el rato, exponiendo... no sé, como que había muy buen rollo entre todos.

—Yo me aproveché de todas, yo la primera que dijeron: “vamos a hacer aquí una cosa”, “yo, yo, yo quiero hacer, yo quiero hacer”, y lo primero que hicimos que fue eso, el contacto con el paciente, la entrada a la sala, y luego cuando tienes que presentarte, cómo tienes que dirigirte a la parturienta y demás, también yo hice: “yo, yo, yo”, no tenía idea lo que tenía que hacer ahí, dije: “ah, buenos días, tal”, claro, pero es que yo no tenía ni idea, pero para aprovecharse. Y luego, en la simulación del parto también me aproveché y dije: “yo médico, médico”, o sea que yo me aproveché de todas. Que sí que es cierto que los que algunos compañeros que quizá hubieran querido y no pudieron.

—¿Y cómo valoraríais la participación del resto de compañeros de vuestro grupo?

—Es que es eso, que si...

—Sorprendentemente buena.

—Que, a ver, lo que pasa que si no corres es como que te quitan los demás el sitio, no podemos hacerlo todos.

—O sea que esperabais por participar.

—Yo no, yo...

—En mi grupo por ejemplo sí.

—En mi grupo también, o sea, no había nadie que no quisiera, tenían... había gente que es menos cabezona, yo por ejemplo no, yo lo quiero hacer, yo esta experiencia no me la pierdo por nada del mundo, pero hay gente que le daba más igual y entonces nos íbamos entendiendo. Pero realmente yo creo que quitando a C. que es muy vergonzoso, no había nadie que no hubiera querido hacer la simulación.

—Ha dicho..., yo no es que no quisiera, es que estaban las chicas tan ilusionadas, y si esa ilusión yo no la tengo pues nada... así tan..., sí que lo hubiera hecho, claro, y a gusto.

—Todo el mundo yo creo, sí.

—Sí, sí, hubiera participado todo el mundo, seguro, todos los que hubieran podido.

—¿Y mejoraríais o cambiaríais algo de esta... de la simulación?

—Hombre, más días, desde luego, cuatro horas me parece al final acabas un poco... yo acabé un poco cansado.

—Cuatro horas es la simulación más la puesta en común, ¿no?

—Sí, sí.

—Es un día que se está aquí cuatro horas.

—Sí.

—¿Y cuánto dura?, ¿me podríais decir cuánto dura cada parte?

—Pues dos horas cada uno más o menos.

—¿Sí?

—Sí, porque tienes... entras, te dan la charla y tal...

—Sí.

—Y te enseñan al principio las técnicas de contacto con el paciente, de cómo entrar, cómo abordar al paciente, y luego, además te enseñan...

—Y otras técnicas.

—El tacto vaginal, te enseñan las rotaciones de... bueno, la estática fetal y tal, y después de eso te dejan un descanso y haces la simulación. O sea, más o menos fueron dos horas cada cosa, yo me acuerdo.

—O sea, la simulación, sí. Y luego, después de ahí, por ejemplo eso, los que están haciendo pues eso, la simulación, están participando en ella mientras los demás ven desde la otra sala, pues ¿eso qué llevará? Pues no sé, no lleva mucho tampoco.

—15 minutos.

—O 20, por ahí. Luego ya después te pasan a la otra sala y tú mismo lo ves todo. Entonces van analizando los que lo han visto y tú también te hacen unas preguntas, ¿qué crees que los has hecho bien?, ¿qué crees que has hecho mal?, ¿y tú... y esto, y esto otro? Pues sí, más o menos es un tiempo de 50...

—Ahora os pregunto por el debriefing. Pero de la simulación, del momento, sólo de la simulación ¿cambiarías algo, mejoraríais algo de la simulación?

—Yo, como no tengo experiencia con otras cosas a mí me pareció perfecto, yo no cambiaría nada.

—Esa... eso es muy cierto, como no tenemos experiencia...

—Es que a mí me pareció algo que se salía fuera de la norma y que además era súper aprovechable.

—Es que yo no me lo podía ni imaginar, yo, yo... es que no puedo tampoco compararlo, claro, como no puedes compararlo con...

—Lo de esta chica.

—Como no puedes compararlo con ninguna otra cosa, a mí me pareció el futuro, llevado al cine.

—Eso sí se hace más en extranjero, o sea, los países más avanzados, en España estamos...

—Te retrasa.

—Sí, un poco en el Paleolítico.

—Pero eso es que yo... y por eso mi personalidad también era así, yo no sabía ni que estas cosas existían.

—Sí, es que pasa que la universidad de... “voy a clase, no voy a clase” a...

—Clase magistral, boom, venga.

—Pasamos ahora a la fase de debriefing, las preguntas más o menos son similares que las que os he hecho para simulación. ¿Qué destacarías del momento de puesta en común?

—A mí me gustó que cada uno tuviera que... creo que escribíamos cada uno una cosa de lo que se ve, de lo que habíamos visto en la puesta en común...

—Haciendo... pero luego no...

—Sí, luego...

—Pero yo no... pero luego a mí me hablan de lo que yo hice mal, me preguntan...

—Ah, bueno, vale, sí, pero de los que lo estábamos viendo nos hacían escribir un poco nuestras opiniones y luego cada uno teníamos que comentarlo de lo que habíamos visto y tal. Yo no sé...

—Pero sin contar con los de dentro.

—Sin contar con los de dentro porque a ti te iban poniendo... ponían las imágenes.

—Era un poco la crítica, la crítica de los de dentro.

—Te ponían por ejemplo la estática, toda la gráfica, lo que estaba viendo él, lo que estaba viendo el médico dentro, y tú lo estás viendo también, entonces tú desde ese punto también lo estabas analizando más tranquilo, pero estás analizando y...

—En mi grupo, por ejemplo fue... Me acuerdo que... me acuerdo bien que hicimos el simulacro y luego los que estaban dentro de la sala no comentaron nada, fuimos todos, por eso es que yo también te digo que fui de los últimos grupos, a lo mejor con los primeros, como tú fuiste de los primeros...

—Nosotros cada uno escribimos una...

—Los hacíais todos después del...

—Ya, pero sí, yo creo como que...

—En mi grupo lo hicimos todos, hicieron la... el simulacro, y luego entraron, nos sentamos en la mesa, tal, y cada uno escribió en una hoja lo que pensaba que había estado mejor, peor, y luego nos comentaron...

—El nuestro fue tal cual, nos han dicho que... bueno, entramos, dijeron: “a ver, qué... dar las opiniones cada actor, dais vuestras opiniones y luego el resto las debaten”.

—Eso en el mío igual.

—Así fue.

—Y entonces los compañeros iban diciendo: “no, mira, esto lo hiciste mal, esto...”. “Ay pues sí, ahora que lo dices, sí”.

—Y después te puntualizaba el profesor, después de que tú dijeras, te decía el compañero y luego decía el profesor: “pues mira, tal”.

—Tal, tal o “muy bien” o “pues mira, esto”, sí...

—“Pues esto lo has hecho bien, esto lo has hecho mal, lo tienes que mejorar”.

—Era el último que hablaba.

—**El profesor.**

—Sí, primero hablamos nosotros, luego hablaron los compañeros y luego ya él ya él ponía la puntilla final para lo que fuera.

—**Y eso os parece...**

—Perfecto.

—**¿Y cómo lo habéis manejado?, ¿cómo os habéis defendido en ese...?**

—Bien, no sé.

—Bien, porque si no, te ayudas entre compañeros también, entonces como...

—Sí.

—Más o menos algo de... tienes confianza con la gente tú...

—Y además que los profesores daban bastante confianza, y ya como eso ha sido al final...

—Al final te ofrecían pastas incluso.

—Sí, ha sido al final del día, al final de la práctica pues ya como que ibas un poco rodado de las otras tres horas.

—Sí.

—No, muy bien.

—Muy bien, sí.

—¿Qué os resultó más fácil?

—Yo creo que es que la puesta en común es mucho más fácil, es...

—Sí.

—No todo el mundo, que a la gente le gusta mucho hablar.

—Ah, bueno, ya entiendo.

—Tú como hablas por los codos, hija.

—Si hablas sin conocimiento, yo de esta asignatura no me he estudiado nada, tampoco tengo mucha idea, no estoy habituado a esto, te da un poco más de miedo y dices, a ver si voy a decir algo y hago un poco el ridículo... quizás eso sí que un poco más difícil en ese sentido pero... pero en general.

—Había una cosa que hacía un bien y es que por ejemplo la práctica que hicimos los simulacros y tal, antes como que... antes de hacerlos como que te dan unas nociones de lo que más o menos ibas a manejar del parto. Entonces luego a la hora de exponerlo hacía una hora que te habían dicho más o menos por dónde tenías que ir tirando, entonces quieras que no, pues como que te ayuda y te suelta un poco a la hora de hablar.

—A ver, a la hora de hablar yo por ejemplo recuerdo que yo no me había estudiado nada de la cintura.

—Ni yo tampoco.

—Yo fui ahí con lo que me acordaba de clase, con lo que tal, entonces realmente yo hablaba también un poco pues por lo que había visto, era un poco más eso, como la experiencia del momento, no era tampoco un debate...

—Sí, no, no...

—Un debate teórico que... que sí que puedes decir burradas, que sí que te puede dar..., pero realmente ellos en todo momento te están diciendo: "da igual, no pasa nada, estamos aquí para aprender, es mejor, es mejor que digas cosas tontas ahora que las digas en otra fase de tu vida, en la que te va a ver un paciente o lo que

sea". Por eso, como siempre te están abogando un poco por eso, porque era una experiencia que teníamos que vivir y aprender y tal, o sea, a mí la verdad que no me daba vergüenza.

—¿Y algo resultó especialmente difícil o...?

—No.

—No.

—Difícil nada.

—Especial... y ellos no...

—Para mí nada.

—No ten ponían nada difícil, el profesor te facilitaba todo.

—O sea, la valoración que hacéis tanto de O. y...

—Y D. M.

—D. M.

—Sí, buenísima.

—Muy buena.

—No es por pecar de pelotas pero es que es verdad, ¿eh?

—Tranquilo, si esto no lo van a oír.

—Yo de verdad que con el resto de profesores te puedo decir que...

—Pero aquí, ¿eh? yo digo aquí en esto sólo, yo digo aquí, estoy hablando del simulacro y de cómo se portaron aquí. Pero hoy estuvo en el hospital y horribles.

—Conmigo se portaron bastante bien.

—Él no, D. M. no.

—Es que yo no estuve con D. M., estuve con O. y se portó muy bien conmigo.

—Estuve con O. y bien, y luego D. M., que están yendo los resis del hospital. Bueno, sí, da igual. En las prácticas estupendamente.

—Cotilleo. No, yo estuve con O. también en el hospital y muy bien, y la asignatura con D. M. en clases y tal, se portó muy bien con nosotros.

—Sí, sí, en clases estupendamente. Pero a mí me prometió, yo no vi parto, y a mí me prometió que iba a ver un parto y todavía estoy esperando por el parto, ¿eh? parto directo.

—Pásate.

—Sí, sí, pero me apunté en una lista, le dije de dónde era, de Asturias y de todo y a mí no me han llamado todavía del parto.

—Pues yo vi tres.

—¿Eh?

—Que yo vi tres en una mañana.

—Pues yo vi el de la profesora nuestra.

—¿Y cómo valoráis vuestra participación en el debriefing, en la puesta en común?

—No, pues igual de buena que en...

—Sí.

—Que en el simulacro.

—¿Y tú?, ¿vosotros?

—Yo sí que participé, en el simulacro porque ya te digo que éramos muchos, en la puesta en común, sí.

—Sí.

—Y los compañeros también.

—También.

—Vale, bueno, aquí os hago una pregunta que estaba para el otro grupo, que en realidad ¿vosotros creéis que es necesario la grabación de la simulación para realizar el debriefing? El otro grupo no la vio, por eso se lo pregunté.

—A ver, una cosa, vimos... o sea, la grabación la vimos o no, es que yo antes lo he dicho pero tampoco te creas tú que estoy muy confiado de que nos grabaron.

—No, pero no visteis tú...

—¿Eh?

—Tú no viste la grabación, te quedaste en la sala.

—Claro, yo lo vi por la tele, no, grabación no hubo.

—Claro, luego, cuando yo... cuando llega el que es sobre el simulacro, ese no ve su grabación.

—Ah.

—A lo mejor sea... vale, yo me he confundido con el no grabaron, o sea, si pusieron cámaras pero para que lo vean los que estaban...

—Los que estaban en la sala, sí.

—En directo, pero luego no hubo nada en el...

—Vale, vale, entonces eso...

—Lo único que te lo recuerdan a ti, dicen: mira, pues esto lo podías haber hecho de tal forma.

—Sí.

—¿Y creéis entonces que eso que os grabaron habría sido fructífero haberlo puesto en la puesta en común para que os vierais vosotros?

—Sí que hubieran estado más... yo creo que sí, sí, porque los que estaban... los que... joder, los que estuvieron ahí haciendo el simulacro y no se vieron así mismos, también viéndote a ti mismo aprendes a veces.

—Yo si la práctica fuera de dos días sí lo haría pero de uno sólo salías a las 9 y media, te queda las 8.

—No, es que...

—Y si fueran de dos días y...

—Sí, sin duda.

—Esto tendría que ser más a menudo, o sea, no... en un día cuatro horas no te puedes meter ahí, al final acabas un poco cansado.

—Lo de la grabación estaría muy bien porque sí porque además lo ves tú luego, ves en qué te has equivocado y... qué has hecho bien, qué has hecho mal.

—Y criticas también un poco.

—Pero es eso, más tiempo.

—¿Mejorarías o cambiaríais algo de esta puesta en común?

—Pues yo de las pocas que he hecho creo que ha sido la mejor que he hecho, pero es que tampoco te han dado pie a hacer más, yo en el instituto no hacía nada, y aquí en la carrera menos todavía, no sé.

—Vale, y ya de la experiencia en general ¿mejoraríais algo?

—Repetir lo mismo más días y...

—Tres horas.

—Lo mismo más días y un poquito menos tiempo.

—Muchas más cosas, no solamente un parto en el que tienes... que tienes la estática tal mal, que...

—Lógicamente.

—Y extenderlo a muchas asignaturas, es que sería lo ideal.

—Y extender la misma a muchas...

—Claro, claro, claro, lógicamente, si lo haces más días para la misma asignatura, meterás cosas nuevas.

—Sí, es lo ideal, otra cosa es lo que se pueda hacer. Por nosotros.

—Pues ya terminamos, si se volviera a repetir una situación similar a la de la simulación, ¿creéis que actuaríais de manera distinta a como lo hicisteis la primera vez?

—Yo necesitaría participar más, vamos, por lo menos hacer el simulacro.

—Yo sí, más que nada porque cuando entré se me ha olvidado lavarme, dije: jolín, tengo que lavarme, al final me quedé con un anillo aquí en la mano, entonces... de los nervios... Entonces sí claro, ya vas un poco sabiendo cómo es, qué tienes más que hacer, jolín, claro, sí. Si es todo a base de ser repetir, y repitiendo se aprende.

—Equivocándote y dándote cuenta y desde luego te volverás a equivocar.

—Y otra cosa diferente volverás hacer, nunca vas a hacerlo tampoco perfecto, como nada es perfecto.

—Pero desde luego que esto te explica mucho mejor que el papel, o sea, lo escrito...

—A mí no se me va a olvidar en la vida, a mí no se me va a olvidar en la vida, de hecho creo que es la única asignatura en la que me quedo realmente con algo que digo: jolín, es que quiero, de verdad, quiero verme en esa situación porque sé hacerlo, sé hacerlo, y creo que sí que puedo hacerlo. Y luego, por ejemplo, has estudiado tremendas cosas que supuestamente preparan para muchísimas situaciones y que lo haga otro que no vaya a ser ti que lo hagas mal, ¿sabes? no te fías en ti mismo, ni tienes confianza en ti mismo para nada, o lo ves que puedes es porque tienes confianza y... esto lo puedo hacer.

—Repetir lo hecho.

—Y ya está.

—¿Y qué les diríais a vuestros compañeros de cursos inferiores que nunca se hubieran enfrentado a una experiencia de simulación y fuera a hacerlo este año?

—Que lo hagan sin miedo, que vayan sin ningún tipo de...

—Que aprovechen muchísimo.

—De vergüenza ni nada y que vayan a todo y que participen lo máximo que puedan porque es una experiencia que no van a olvidar.

—Tampoco les contaría mucho cómo es.

—No, pero seguramente eso, decirles ir, participar, pasároslo bien, que es fundamental y...

—¿Y por qué no les contarías?

—Porque es eso, es el impacto, es... si ya te lo vienen contando... yo creo que también pues eso me hizo mella que fue algo que me impactó muchísimo, que no entendía, que tuve que ir descubriéndolo poco a poco, bueno, creo que te lo cuentan pues de alguna manera ya te pierde más interés y tal.

—Claro, no es lo mismo.

—Claro, es una experiencia que tienes que tú descubrir así por tu cuenta, que no te la cuenten mucho, que la vivas tú en el momento, que la aproveches muchísimo y...

—No es lo mismo que te digan: “mira, vete mañana que tienes unas prácticas en las cuales te van a poner a hacer un simulacro, vas a estar súper agobiado y tal”, entonces pues no voy.

—Claro.

—Pues no voy o también como somos en medicina, “¿y qué te ponen? Entonces voy a estudiar, voy a estudiar, ¿pero qué parte, qué parte te ponen?”.

—Eso es lo peor, es lo peor.

—A mí me lo hacen y me pondría a estudiar, entonces... nada, nada, no te hacen nada, tú vete ahí y pásatelo bien.

—Yo no me pondría a estudiar, yo haría lo que he dicho, yo no iría si fueran voluntarias. A mí me agobia de tal manera que yo no iría, mejor decirles: “mira, ir, participar, os vais... os vais a pasar en grande y ya, ya está”.

—Vais a aprender muchísimo y ya está, no estudiéis, que para esto no hay que estudiar.

—Pues ya está, ¿queréis agregar algo más?

—No.

—¿No? Pues ya está, ya hemos terminado.

Observación nº1, primer grupo de estudiantes de Medicina Interna en el desarrollo del debriefing: Obs. 1.

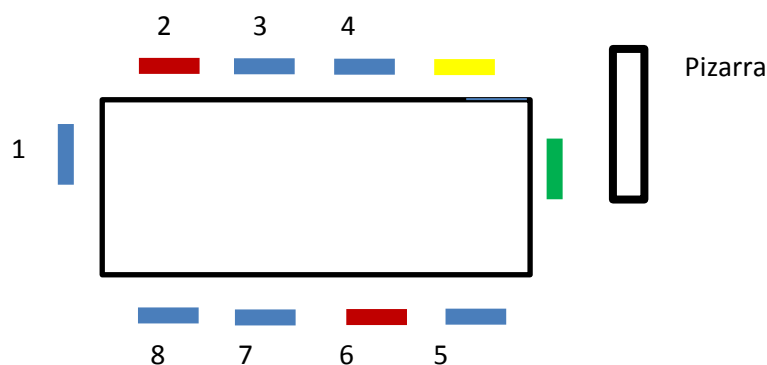
- Grupo 1, 6º de Medicina.
- Asignatura: Medicina interna.
- Día: 24/04/2012
- Lugar: Hospital Virtual de Valdecilla.
- Comienzo: 9.00
- Final: 9.20.

Descripción general de la sesión: grupo de 8 alumnos, seis chicas y 2 chicos, que han desarrollado una sesión de simulación y un posterior Debriefing, siendo este último el objeto de esta observación.

- El Debriefing:

Ha tenido lugar justo después de terminar la simulación. En dicha sesión, el profesor de medicina interna y los 8 alumnos comentan y reflexionan el desarrollo de los dos casos de simulación que han desarrollado previamente, focalizando la atención en lo acertado o equivocado de sus decisiones, el porqué de estas decisiones y cuál habría sido la actuación más idónea. Además, en el Debriefing está presente un instructor (médico con formación en el campo de la simulación) que también ha presenciado la simulación.

- Organización del aula: Alumna 
Alumno 
Profesor 
Instructor 



Tras la simulación, llegan rápidamente al aula en el que va a desarrollarse el Debriefing. Se sientan con prisa alrededor de una mesa rectangular. El profesor “preside” la mesa y el instructor está sentado entre ellos. Sin apenas tiempo para que se acomoden en sus asientos,

el profesor de medicina interna abre la sesión preguntando a los alumnos cómo se han sentido. Éstos murmuran y comentan entre ellos que, en general, no se han sentido cómodos. El docente dice que “a lo mejor habéis tenido la sensación de que teníais que tomar una decisión y no sabíais cómo”. Añade que quizá esta experiencia sea buena en ese sentido, porque ayuda a enfrentarse a la angustia real de tener que tomar una decisión.

A continuación, les pregunta con qué cosas han estado satisfechos, qué creen que han hecho bien.

Tras unos segundos de silencio, la alumna nº1 es la primero que se lanza a contestar, respondiendo que con el tratamiento que su grupo (el primer caso médico) decidió poner al paciente éste mejoró. Sin embargo, se queja del poco tiempo que han tenido en el tiempo de la simulación para aplicar dicho tratamiento.

El profesor se dirige a continuación a los cuatro alumnos del segundo grupo. Éstos no están tan satisfechos con su actuación y el alumno nº2 responde que “empezamos pensando que era un diagnóstico y, al ver que era diabético, pensamos que era otra cosa”.

El profesor hace otra pregunta relativa al caso y nadie responde.

Entonces añade que es importante saber cambiar la hipótesis diagnóstica e introduce el concepto de “sesgo de anclaje” para explicar lo difícil que resulta cambiar de hipótesis cuando ya nos hemos hecho a la idea de una. Para ello pone un ejemplo de la vida cotidiana, con el fútbol.

Una alumna se atreve entonces a aventurar otro diagnóstico distinto, “también podría ser un...”, pero no termina de decir la frase.

El profesor rápidamente termina por ella y dice que a lo mejor un cólico biliar.

A continuación, sigue preguntando por más cosas que creen que han hecho bien, “porque habéis hecho muchas...”.

El alumno nº4 dice que su grupo ha trabajado bien. El nº3 está de acuerdo, resalta el buen trabajo de equipo.

El profesor añade que eso es importante en una situación de crisis, el saber interpretarse, no interferirse, organizarse... A continuación hace una broma y todos se ríen.

Ahora pregunta a los integrantes del grupo 2 qué creen que los del grupo 1 ha hecho bien.

La alumna nº5 dice que cree que han hecho muchas cosas bien.

“¿Y los otros?”, pregunta el docente a los del grupo 1.

El nº4 contesta que también han trabajado bien en equipo, que han sabido cambiar de diagnóstico...

Ahora el profesor les pregunta qué creen que podrían mejorar.

El nº8 contesta que el trato con el paciente. El nº1 está de acuerdo. También el nº2, que matiza que deberían haber mejorado la forma de contarle al paciente lo que le pasa. El nº3 opina lo mismo. El nº8 añade que saber transmitirle tranquilidad. Todos participan en esta reflexión, todos parecen estar de acuerdo.

El profesor les pregunta qué le habrían contestado al paciente sobre lo que le pasa.

El nº2 resopla y dubitativo responde que no sabe. No está seguro si debería decirle que es grave.

El profesor le dice: “pero fíjate que no me has contestado”.

Ahora interviene nº4, que da su opinión. También opina nº7, que no está de acuerdo en decir que es grave, y dice que sí hay que contestar porque es lo que el paciente necesita. Pero en lugar decir que es grave, sería mejor decir que “podría ser grave”. Nº2 cree lo mismo que nº7.

Se entabla una pequeña discusión sobre si hay que decirle la verdad al paciente, hay mucha controversia en el grupo. El profesor no dice nada, observa. N°2, n°4, n°7, y n°8 participan mucho en el debate originado. Lo hacen en orden, dejando hablar al otro, con respeto. Al final no llegan a un acuerdo.

El profesor decide intervenir y les dice que lo mejor es un término medio. Que por una parte hay que tranquilizar y no crear angustia, y por ello podemos decir que estamos ante un “principio de algo”. Pero quitándole hierro, y diciendo al paciente que “ha llegado aquí a tiempo y podemos intervenir”. El profesor habla de forma tranquila, lentamente, utilizando un lenguaje comprensible. Cuando él habla nadie le interrumpe, hay un gran silencio y expectación.

Sigue preguntando qué más cosas no han ido bien.

N°4, siguiendo con el tema del trato al paciente, dice que su grupo muchas veces no ha contestado a sus preguntas. N°2 añade que además se han saltado el preguntarle muchas cosas. Además, expresa la dificultad que ha experimentado para poder interactuar como si fuera una persona, ya que es un muñeco. Le resulta muy difícil olvidarse.

Por primera vez en toda la sesión interviene el instructor, que hasta ahora se había limitado a observar y seguir las conversaciones en silencio. Les dice que lo han hecho muy bien y que entiende esas limitaciones que tiene el muñeco, pero que, aun así, está muy bien recreado.

Nadie responde.

El profesor pregunta ahora por dificultades técnicas.

N°4 dice que a ella le hubiera gustado saber quién ponía voz a muñeco. Todos se ríen y alguien hace un comentario gracioso. N°2 y n°3 hablan en bajito, cuchichean.

El profesor pregunta ahora si creen que el paciente del primer caso tenía un infarto.

Los alumnos no saben, discuten entre ellos sobre el diagnóstico, sobre si aumentó esto, sobre si lo otro no hay que medirlo...

El profesor les dice que no hay que medirlo. Les deja hablar, llegar a conclusiones. Les sigue preguntando que más podría tener además de un infarto. Entablan otro diálogo en el que participan tanto los alumnos como el profesor.

N°5 pregunta una duda: “si para empezar un tratamiento hay que estar 100% seguros del diagnóstico”. El profesor, de manera tranquila, les responde que no 100%, pero sí debe existir un fundamento. Además, si el tratamiento no va a producir efectos secundarios nocivos, se puede administrar.

El profesor les dice que hay que ir concluyendo, si tienen algo que añadir para terminar.

La n°5 afirma haberse quedado con muchas dudas: “qué pedir, qué preguntar, cómo actuar, cómo mirar lo que puede tener sin ser intrusivo o hacer una burrada...”

N°2 también tiene muchas dudas.

El profesor les dice que no se preocupen, que con la práctica se van aprendiendo a hacer las cosas, cuándo estén de residentes...

Nadie dice nada.

El profesor termina diciendo que “bueno, si esto os ha ayudado, me alegro...”.

Se levantan muy rápido, se despiden en dos segundos y se van.

Observación nº2, segundo grupo de estudiantes de Medicina Interna en el desarrollo del debriefing: Obs. 2.

- Grupo 2, 6º de Medicina.
- Asignatura: Medicina interna.
- Día: 24/04/2012
- Lugar: Hospital Virtual de Valdecilla.
- Comienzo: 10.00
- Final: 10.20.

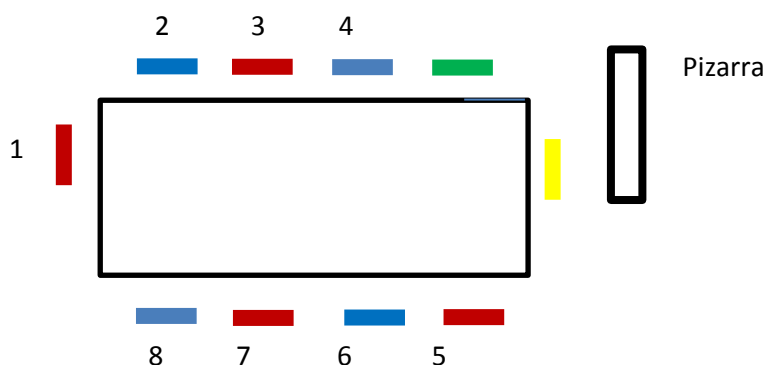
Descripción general de la sesión: grupo de 8 alumnos, cuatro chicas y cuatro chicos, que han desarrollado una sesión de simulación de dos casos médicos y un posterior Debriefing, siendo este último el objeto de esta observación.

- Organización del aula:

Alumna	
Alumno	
Profesor	
Instructor	

Caso 1 formado por: 1, 5, 6, 7.

Caso 2 formado por: 2, 3, 4, 8.



Con celeridad, y tras haber terminado la sesión de simulación, los alumnos, el profesor y el instructor entran apresuradamente al aula (la misma que en la observación nº1) en la que va a desarrollarse el Debriefing. Esta vez el instructor y el profesor cambian los papeles y asientos, de manera que quien “preside” la mesa y quien dirige en mayor medida la sesión es, en este caso, el instructor.

De nuevo abre la sesión el profesor, que pregunta a los alumnos qué tal les ha ido. El alumno nº7 contesta apesadumbrado que mal, que eran muchas cosas y no sabían qué hacer.

Nada dice nada más, se establece un breve silencio.

Ahora toma la palabra el instructor, que les dice que sospechaban muchas cosas. Les pregunta cuáles. Nº6 y nº8 responden. Dicen que primero pensaban una cosa, luego otra, cuando aparecían más síntomas otra.

De nuevo un pequeño silencio.

El instructor, con timidez y algo dubitativo, vuelve a participar. Pregunta a los alumnos del primer grupo qué impresión han tenido de su actuación. Para realizar una pequeña descripción y síntesis del caso, sugiere utilizar la pizarra que se sitúan al fondo de la sala, tras la silla en la que está sentado el instructor.

El instructor, ahora de pie junto a la pizarra, comienza haciendo un esquema sobre el caso 1, para lo que deja que los alumnos hablen comenten entre ellos y enumeren los aspectos más importantes. El profesor sale de la sala.

Habla el nº5, dice algunas cosas que han visto y otras que han pedido (pruebas).

El instructor les dice: “muy bien, habéis pedido esto, ¿me podéis decir para qué sirve? Le responde nº5.

El instructor continúa preguntando qué más han pedido. Hablan nº5 y nº4.

El instructor, con sus preguntas, va guiando a los alumnos y extrayendo información sobre el caso. Interpela constantemente a los alumnos con preguntas del tipo: ¿por qué habéis hecho esto? ¿qué ha ocurrido después? ¿por qué habéis pedido esto otro? Y para terminar... ¿qué habéis hecho?

Nº4 y 5 son los más participativos y los que contestan a sus preguntas y ayudan a completar la información que el instructor va recopilando en la pizarra.

El instructor pregunta a los miembros del otro grupo qué les ha parecido la actuación de los del primer grupo. Nº7 contesta que bien.

El instructor les dice que también piensa que lo han hecho muy bien. Les pregunta, “le habéis puesto una aspirina, ¿por qué?” Responde nº5.

El instructor le dice que “muy bien, eso se pone para que la placa coagule y...” Complementa y aclara lo que ha dicho nº5. Pregunta al otro grupo si está totalmente de acuerdo. Ellos dicen que sí, sin añadir más explicaciones.

El instructor les dice que ahora van a pasar a comentar el caso 2.

Nº8 describe el caso. Nº1 y otros más le corrigen en un dato. Nº8 sigue contando y, cuando termina, nº1 aporta más datos.

Una vez apuntados los grandes rasgos del caso 2 en la pizarra, el instructor pregunta qué les parece ese cuadro clínico, “qué es lo primero que pensasteis”.

Nº7 dice que un infarto.

El instructor les pregunta qué cosas han hecho para evitarlo.

A continuación se genera un diálogo entre los integrantes del grupo 2 y el instructor. El instructor. Al igual que para el caso 1, el instructor guía el análisis y reflexión sobre el caso con preguntas acerca de lo que han hecho, por qué, las consecuencias de sus acciones. (“¿qué se veía en el electro? Y luego, para intentar paliar el dolor es cuando le habéis puesto glicerina, ¿no? ¿Qué habéis pensado cuando habéis visto esa tensión? ¿Qué os parece que haya bajado la tensión con la morfina? ¿Y qué decís que habéis puesto para intentar bajar la tensión? ¿Qué opción os parece mejor, salino o glucosalino? ¿Y la antropina por qué se la habéis puesto?”). Nº5 es el que más participa. Muchas de las preguntas generan silencio entre los estudiantes y, por ello, en muchas ocasiones es el instructor quien termina respondiendo a esas preguntas.

Durante este diálogo vuelve a entrar el profesor, que se sienta en su sitio sin hacer ruido y se dedica a observar la escena en silencio.

El instructor, tras esta actividad de pregunta-respuesta para describir y clarificar el caso, decide hacer un pequeño repaso de lo que han visto. “Recapitulo. Entonces, habéis sospechado infarto. Como vemos, existe un paralelismo en los dos casos. Parecen parecidos pero no tienen nada que ver”.

Nadie habla. El instructor juega con nerviosismo con el rotulador que tiene en la mano.

El instructor les pregunta si ese aparente parecido con un diagnóstico final tan distinto no les ha llamado la atención.

Nº5 dice que su caso era más de manual mientras que en el otro era necesario mirar muchas más cosas. Nº6 dice que el segundo caso puede confundirse con muchas otras patologías.

El instructor les dice “muy bien, eso es”. Les pregunta qué otras complicaciones les puede dar.

El nº 8 dice que rotura.

El instructor les pregunta si no les ha llamado la atención la bradicardia.

Nadie contesta, cuchichean entre ellos.

El instructor les dice que lo digan en alto, que no tengan miedo que allí no está el paciente y pueden decir lo que quieran.

Continúan con la mecánica de pregunta respuesta acerca de todo lo que han hecho, cada paso, por qué, cómo. Los alumnos están muy atentos, miran a la pizarra. Al igual que antes, ante la ausencia de respuesta de los alumnos muchas preguntas son contestadas por el instructor. *(demasiado poco tiempo para responder, silencios incómodos para el instructor que le inducen a responderse él mismo)*

La sesión está terminando. El instructor les pregunta si se les ocurre algo que podrían hacer la próxima vez para mejorar la actuación con una paciente real.

La nº8 dice que, en su caso, pedir una prueba de enzimas cardíacas. Nº5 que monitorizarlo más rápido.

El instructor les dice que “es normal que la primera vez que hacéis esto os hayáis sentido sobrepasados, pero para eso estamos aquí”. Les dice si tienen alguna otra pregunta. “Erais cuatro médicos, cómo os habéis organizado para tratar el caso, cómo habéis trabajado en equipo”.

Nº7 responde que de ninguna manera, que ha sido todo muy caótico.

El instructor les pregunta si alguien se ha erigido en líder del grupo, en alguien que tomara las decisiones. Nº5 dice que no y que quizá eso es lo que ha faltado. El instructor está de acuerdo y dice que sería buena idea que alguien llevara la voz cantante para poder así actuar más coordinadamente.

Interviene por primera vez el profesor, que les pregunta por el paciente, si ha estado nervioso... Contesta nº5. El profesor les pregunta si han conseguido tranquilizarlo y nº5 dice que no, que más bien la chica (la confederada). Nº7 dice que el hecho de que fuera un muñeco y no tuviera gestos les ha hecho estar fuera de situación.

El instructor les dice que, para finalizar la sesión, cada uno diga algo que ha aprendido del caso que le vaya a servir fuera. Habla nº5 y dice que todo lo que haces en el hospital se te queda. El instructor le pregunta si algo concreto. Nº7 interviene diciendo que necesitan más experiencias de simulación, que sólo con una es difícil.

El instructor anima a decir algo a los que han estado callados. Nº4 responde “localizar el punto más débil tuyo, bloqueos a la hora de tratar con un paciente, como por ejemplo el diagnóstico

diferencial". El instructor le pregunta por su punto débil y ésta responde que el tratamiento. Nº 5 añade "y cuánto administrar".

Todos se ríen y asienten expresando su acuerdo.

El instructor les dice que son dudas normales, que cuando se empieza a hacer la residencia esas dudas les van a desbordar, pero siempre van a tener el apoyo de los adjuntos o residentes mayores.

Para finalizar, les pregunta qué es lo que más les has gustado. Nº3 dice que la diferencia con los casos que se trabajan normalmente en clase, en los que te viene un paciente con unos síntomas y le das un tratamiento y ya está. Sin embargo, en la simulación puedes ver cómo todo lo que haces tiene consecuencias, una decisión lleva a otra consecuencia...

El instructor pone fin a la sesión, todos se levantan y salen rápidamente del aula.

Anexos

Transcripción entrevista nº1, profesor de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina, cuarto curso. Miércoles, 21 de marzo de 2012.

P.- Bueno, en primer lugar, ¿cuántas simulaciones has hecho este año?

R.- Bueno, vamos a ver, ya el año pasado, antes de este curso hicimos un plan... un poco en plan piloto, hicimos... al curso de cuarto de medicina que ahora están en quinto, e hicimos, bueno, en torno a... a ver, creo que fueron, eran... 80 alumnos, creo que eran, e hicimos 4 tardes, ¿no?, a razón de 20 alumnos por tarde en grupos de 10. Y bueno, pues fue un primer contacto, fue, digamos, un hecho pionero...

P.- Del año pasado me dices, ¿no?

R.- Sí, del año anterior, de hace dos años. Y entonces, bueno, tuvimos una muy buena aceptación por parte del alumnado, luego ya comentaremos en que consistía la simulación. Y eso nos dio el apoyo, nos dio base para hacer un... presentar un proyecto para presentar un proyecto para el Vicerrectorado en la convocatoria de Innovación docente, en el sentido de... bueno, pues plantear una forma distinta de enseñar la asignatura, de enseñar la obstetricia. Y concretamente, bueno, pues aprovechando dos grandes recursos, uno el Hospital Virtual, con los medios que tienen, todos los recursos técnicos que tiene, el personal que tiene de enfermería y que la enfermería hacen de directoras en cuanto a simulación, ¿no?, el embarazo, parto... los técnicos en sonido, informática... bueno, en fin, que realmente es un hospital con recursos muy importantes. Lo dirige el Dr. I. M.

P.- Sí.

R.- El coordinador es el Dr. M. y realmente, bueno, pues son personas que han cuidado hasta el extremo lo que es la simulación y, por tanto, es un medio bueno, pues... estupendo. Y luego, por otra parte, otro recurso es un maniquí, un maniquí... una pelvis que lo compramos con el dinero de la universidad y que es un maniquí con feto, con pelvis y que nos sirve, primero, para hacer exploraciones pélvicas y, bueno, luego para hacer un parto.

P.- Sí.

R.- Bueno, pues con esos medios y con esa experiencia piloto inicial, ¿no?, del año 2010, bueno pues pasamos a presentar un proyecto para el curso 2010-2011 de innovación docente. En ese proyecto, figuramos por parte del Hospital Virtual el Dr. I. M., el Dr. M. y, por parte nuestra, el jefe de paritorio que es el Dr. O. y yo como catedrático de la asignatura. Y eh... bueno, contábamos con 100 alumnos y diseñamos 10 tardes, 10 tardes pero tuvimos más ambición que el año pasado, que dábamos 2 horas, y este año pues hemos hecho 4 horas. 4 horas para 10 alumnos, ¿no? Y por lo tanto, bueno, pues han pasado unos 100 alumnos por el Hospital Virtual y lo que sí podemos decir es que... bueno, me imagino que luego en la entrevista hablaremos más, pero los 100 alumnos han hecho, primero

y muy importante, porque no solamente es la técnicas, es sobre todo el aspecto humano y les hemos enseñado primero cómo comportarse con una gestante, no digo paciente porque no lo es, con una gestante, una parturienta, cómo comportarse, cómo presentarse, cómo pedir las cosas por favor, cómo pedir permiso para explorar, cómo informar de lo explorado... eso es fundamental y, si eso no existe, podemos hacer muchas técnicas, pero lo más humano lo primero. Después hemos hecho un taller de exploración, de exploración clínica, y después, cada alumno ha hecho un parto virtual, un parto de virtual con un maniquí, con todas las maniobras de extracción y de asistencia. Posteriormente, les hemos dado un pequeño taller de gráficas de la frecuencia cardiaca fetal para interpretarlo, hemos hecho un pequeño descanso de 10 minutos y hemos hecho a continuación, durante hora y media, dos casos clínicos, dos simulaciones. Ya ven un escenario de parto con enfermeras que actuaban como de parturientas y el maniquí, y los alumnos han hecho o ejecutado el papel, rol de médico de guardia, joven, médico antiguo, de matrona, de familiar, de marido, de amiga de la parturienta... Y luego, el resto que no podían colaborar pues, por circuito cerrado han visto como actuaban sus compañeros...

P.- O sea, estaban siempre observando...

R.- Estaban en una habitación al lado, pues viendo en pantalla lo que estaban haciendo en el paritorio, ¿no?, y luego se ha hecho una reflexión, un debriefing sobre lo que se ha hecho y, bueno, pues esto se puede mejorar por aquí, se puede tal...

P.- Sí, luego te preguntaré...

R.- Eh, las encuestas que hemos hecho en cada sesión, tenemos veintitantas encuestas y, hombre, estas encuestas las vamos a analizar, las voy a analizar y voy a hacer un trabajo que va a ser la defensa del proyecto en septiembre, lo voy a presentar en el rectorado, pero ya puedo adelantar que sobre cinco puntos máximo de, digamos, satisfacción, tal, pues andaremos por el 4,8, o sea, que el alumnado ha respondido muy favorablemente, y sobre todo, porque ha sido útil y porque es una manera innovadora y rompedora de enseñar la asignatura.

P.- O sea, qué diferencias encuentras entre las asignaturas...

R.- Las diferencias es que durante mucho tiempo, aunque hemos intentado, por ejemplo, concretamente el parto... el parto es un hecho que vienen al paritorio, vienen un día o dos, bueno el objetivo es ver un parto pero, a veces, también hay que pensar en la embarazada, toda la gente mirando, un parto debe ser un hecho de privacidad, un hecho de... en fin, eso por una parte. Si se podría evitar, con el Hospital Virtual, pues mucho mejor. Y sobre todo para el parto, que nos hemos apoyado en películas, en imágenes tridimensionales, películas tridimensionales animadas pues, no es lo mismo, no es lo mismo porque no es lo mismo ver, por ejemplo, en un maniquí ver cómo la cabeza fetal, lo que hace dentro de la pelvis, ¿cómo sale, asistir el parto no es lo mismo. Ha sido un salto cualitativo.

P.- Claro. Sino hasta las prácticas no lo...

R.- No, y en las prácticas no hacen un parto, o sea que... obviamente.

P.- Ya.

R.- Entonces, claro, esto ha sido mucho más allá. Es casi real, no es real, pero es casi real. Y, sobre todo, hay una cosa fundamental. En las prácticas un alumno tiene que hacer, tiene que hacer porque hay una norma básica que para mí es vital, una frase que creo que es de... de Confucio que decía: "me lo dijeron y lo olvidé, lo leí y lo recordé, lo hice y la aprendí", algo así es.

P.- Sí,

R.- O sea, que realmente la práctica hay que hacerla y vivenciarlo y eso es lo que da el Hospital Virtual, hacer.

P.- Bueno, creo que es evidente, pero entonces tú, ¿qué tipo de asignatura prefieres?

R.- No hombre, yo prefiero la... la obstetricia en ginecología se explica teóricamente, hay que buscar una... un componente más práctico, más funcional, pero a ver, yo creo que el apoyo, concretamente en el parto, que es un hecho dinámico, a veces oculto, ¿no? A veces vedado un poco por la intimidad, por el respeto a la mujer, bueno, pues yo creo que esto, realmente, apoyarlo en el Hospital Virtual me parece que es fundamental, o sea, creo que es como debe ser.

P.- Vale. Te voy a preguntar ahora por la planificación si te parece. ¿Cómo ha sido la planificación con los contenidos?

R.- La planificación, en primero lugar, bueno esto... Primero se habló con el Hospital Virtual.

P.- Sí.

R.- Desarrollamos de alguna manera, un esqueleto, un guion... para organizar un poco los contenidos y las horas y, luego, con el Dr. O., que es el jefe de partos, que ha sido, bueno, pues una colaboración mejorable, pues de alguna manera él diseñó los casos clínicos. Los casos clínicos eran de un parto normal y de un parto con alguna pequeña complicación que acaba en un fórceps, que en realidad ellos no tenían por qué saber hacer un fórceps, pero bueno, no es un hecho frecuente, y lo veían hacer. Por lo tanto, eso completaba la docencia por otro capítulo. Y entonces eso lo organizó el Dr. O.. Bueno, entonces eso fue una preparación de un tiempo, ¿no? De preparar los guiones los tiempos, ajustar los tiempos. Y bueno, cuando lo tuvimos todo preparado pues ya empezamos.

P.- Y qué os resultó más...

R.- El proyecto, perdona, el proyecto se presentó para el rectorado y nos lo concedieron, o sea que, lo que hemos hecho el año pasado, este curso es un... unas prácticas de simulación pero en función... o sea, esa ha sido la ejecución de un proyecto autorizado ya, reconocido por la universidad y, a diferencia del primero, que fue una cosa un poco pionera y un poco, digamos, por nuestra mano, ¿no? Pero este ya ha sido con un... oficial de la universidad. Y eso ha sido lo que hemos hecho.

P.- Y dificultades en cuanto a la pla...

R.- Dificultades, a ver. Primero, que los alumnos no están habituados a esto y hay que explicárselo muy bien, que no es una práctica al uso, que no es una práctica, yo que sé, de laboratorio, que es una práctica distinta. De hecho, cuando venían hacíamos primero una presentación por ordenador en 10 minutos, lo que íbamos a hacer y demás, cada uno se presentaba, decía qué esperaba del curso y claro, ellos a veces decían, jo, 4 horas... pero claro, cuando se daban cuenta, empezábamos a las 4, cuando se daban cuenta eran las 8 menos 5 y se nos había pasado todo aquello, vamos, volando, ¿no? E incluso disfrutando. Entonces, qué dificultades ha habido. Primero, hacerles entender a los alumnos que es una práctica distinta, innovadora, revolucionaria y que... bueno, que era útil para ellos, ¿no? Que no es una práctica más, sino que es una práctica posiblemente básica en su formación. En segundo lugar, el tema de la preparación, que ha llevado tiempo. En tercer lugar, bueno, que ha supuesto por parte del profesor Odriozola y por parte mía, bueno, pues son 10 tardes que hemos estado ahí... y además 10 tardes que las hemos tenido que hacer, claro, respetando las clases de los alumnos, y sus exámenes, y sus necesidades, ¿no?, académicas, y las hemos tenido que hacer en un mes. Es decir, que ha supuesto 10 tardes en un mes, que son pues, dos tardes, incluso la última semana de noviembre, y en diciembre fueron 5 días, 5 tardes. Claro, eso después de trabajar toda la mañana, 5 tardes es mucho, mucho... mucho trabajo, ¿no?

P.- Y en cuanto a computar la teoría y la práctica...

R.- Y... perdón, salíamos, salíamos trabajados pero contentos.

P.- Sí.

R.- Bien, porque veíamos el rendimiento de los alumnos. Y luego por otra parte, en cuanto a la teoría y a la práctica, bueno, pues realmente, lo que nosotros les explicamos eran 4 aspectos básicos teóricos recordando un poco lo de clase, pero básicamente como una puerta para empezar a hacer, para la práctica. Hemos insistido mucho en el comportamiento humano porque el aspecto humano no se puede perder nunca, nunca, nunca, nunca. Y si solamente hacemos maniobras técnicas, malo...

P.- Claro, es lo que tiene...

R.- Mal, mal con mayúsculas. Por lo tanto, hemos insistido mucho en cómo comportarse, cómo llamar a la puerta, cómo me presento, llamar al paciente por el nombre, el aspecto humano... esas cosas que son básicas, y eso lo han agradecido mucho porque a veces no es frecuente. Bueno, que hemos tenido también, pues, a veces, bueno pues, hemos mejorado cosas porque cuando empezaban los alumnos a actuar en el paritorio cómo médicos no sabían ellos como comportarse. Rápidamente el primer día lo vimos y nos rebobinamos y les pusimos dos diapositivas antes de empezar, un poco, de qué es lo que tiene que ver un médico cuando llega a un paritorio, porque claro, nosotros no lo habíamos dicho y no lo sabían. Y rápidamente, a partir de ahí, la situación se encarriló perfectamente y ya sabían qué hacer en cuanto a tal. Se comportaron muy bien, se comportaron perfectamente. Y bueno, pues ya te digo que esas dificultades hemos tenido, ¿no? Y bueno, en conjunto yo diría que ha sido muchísimo más

beneficioso... es decir, muchísimo más... el rendimiento es a favor, positivamente. Primero porque veíamos que los alumnos aprendían, porque disfrutaban y por las encuestas. Y claro, realmente eso pues es lo que nos, nos apoya para seguir adelante. Y vamos a presentar un segundo proyecto este año, o sea que... y queremos ir a por un tercero para consolidar la medida, porque si se consiguieran tres se consolidaría la medida. Y bueno, la idea es ir a por un tercero.

P.- A ver, sigo yo con la planificación. ¿Has echado en falta ayuda de otros profesionales, mas coordinación...?

R.- A ver, inicialmente, esto es un proyecto que surgió dentro de un... dentro de la universidad y concretamente también con una persona del paritorio que es el Dr. O. que es un excelente obstetra y que es una persona pues enamorada de la obstetricia, que lo hace muy bien y que tiene un ímpetu y que tiene un interés bárbaro y, bueno, pues eso ha sido un poco el inicio, ¿no? La idea sería en el futuro, pues de alguna forma, irlo ampliando, ¿no?, más personas que tengan ese interés docente y esa visión de la obstetricia y de la relación humana también. Pero bueno, en principio bien.

P.- Y ha habido alguna coordinación con las otras asignaturas que están...

R.- No, no ha habido coordinación porque realmente esto es un proyecto, claro, la universidad crea unos proyecto de innovación en donde nos hemos ajustado y cada uno pues escribe y presenta un proyecto, ¿no? Entonces yo lo he presentado ahí y nos lo han dado, bien, y la única coordinación, es decir, ha sido que yo me he adaptado, los días se han adaptado a las ocupaciones o necesidades que tuvieron los alumnos por otras asignaturas. No he dicho: del 1 al 15 todo seguido, no. Yo he dicho, bueno, los días que podáis, lo ponemos. Hemos hecho una cartelera, hemos ido reajustando la pizarra... y al final ha salido 2, 5, 14, 22, tal, tal, tal... cuando ellos han podido. Es decir, yo he respectado clases, asignaturas, optativas, no sé qué, patatín, patatán, prácticas de no sé qué... ¿vale? Y en función, ha salido ahí 10 días, y esos 10 días son los que hemos hecho. Esa es la coordinación de alguna manera...

P.- Me refería también, por ejemplo, con el Dr. R., que también está...

R.- Sí, el Dr. R., pero él lo hace en 6º.

P.- Ah, en 6º.

R.- En 6º sí. Sí, también tengo la idea de... que también se lo comenté, también lo hemos comentado en el Hospital Virtual, de poderlo abrir por... No tanto con esta amplitud de 4 horas en las que son dos talleres... pero teniendo una tardes para que sepas, un taller, primero, una introducción, 10 minutos, un taller de exploración obstétrica y ginecológica para el maniquí, un taller de... primero, una representación del parto, del maniquí, y después un parto cada uno de los alumnos, con lo cual hemos avanzado dos horas ya. Unos 10 alumnos con su parto, o sea, que eso... Cómo meter el feto dentro de la pelvis, salir... Y después, esto hay que verlo eh, porque incluso si hacemos otro año pues sería interesante que tú...

P.- Sí, si voy a bajar a la simulación...

R.- Para que lo veas, ¿no? El parto, que es importante. Y, entonces eso, como digo, que es eso y... Qué estaba comentando ahora, ¿de qué?

P.- La organización de la...

R.- Ah sí. Y luego, damos un pequeño taller de 10 minutos para informar un poco de algunas gráficas fetales, de frecuencia cardiaca porque también en el parto veíamos un monitor, veíamos un ordenador que cambiamos la frecuencia del feto, buena, mala, en fin... para que supieran el abc, lo básico, ¿no? Y luego un pequeño descanso, 10 minutos, y empezamos, un primer supuesto clínico y un descanso, un debriefing, un segundo caos clínico, debriefing, y ya cierre, conclusiones y encuesta. Ese es el guion de la...de cada curso, de cada día.

P.- Vale. No sé cómo vamos de tiempo.

R.- Pues bueno...

P.- Es que queda... te quería preguntar ya más concretamente sobre la simulación y el debriefing pero no sé si...

R.- Bueno, el debriefing, realmente ahí hemos tenido, bueno, pues, primero, ha sido muy útil porque primero las sensaciones que ellos tenían, de los que hacían la actuación, yo creo que la mayoría de ellos lo han interiorizado, se han sentido en el papel, ¿no? Incluso ha habido un momento en que a algunos se les veía que estaban preocupados por el tema, es decir, que de alguna manera la simulación se ha metido en su espíritu, su cuerpo, ¿no? Claro, que es lo que se pretende, ¿no? Hacer una simulación lo más parecida a la realidad. Eh... bien, eso yo creo que se ha conseguido.

P.- ¿Tu papel en el debriefing, cuál era?

R.- Mi papel en el debriefing era, en el primer caso, que era un parto normal, en principio yo me quedaba con los alumnos en la sala viendo por circuito cerrado y en el segundo parto, perdón, en el segundo parto que hacía de médico mayor, y bueno, pues un médico joven, más antiguo, pues me llamaban, porque...

P.- ¿Pero eso es en la simulación?

R.- En el segundo caso clínico.

P.- Pero en el momento de la simulación, ¿no?

R.- Sí, sí. Entonces me decían, en el segundo caso, que había que hacer un fórceps, me llamaban porque me decían tal, tal... pero los alumnos han sido capaces de, perfectamente además, de primero de identificar un riesgo fetal, de valorar unas condiciones óptimas para un parto vaginal, instrumental y, por eso, llamaban al adjunto que, entonces, aparecía yo, entonces yo me presentaba tal.. yo también actuaba. Y aplicando un fórceps para indicar un fórceps, tal, a veces...

O sea, actuabas con los instructores, ¿no?

R.- Actuaba con ellos, con todos. No sin polémica porque alguna mujer decía que el fórceps no, entonces tenía que, bueno, explicar, convencer, es decir... Y, bueno, y

veían cómo se hacía un fórceps, ¿no? Yo he participado en 9 casos de los 10 casos que hemos hecho.

P.- ¿Y cómo valoras la participación del alumnado en el momento de la simulación?

R.- La participación del alumnado... buena, buena, incluso, ya te digo que ninguno lo ha hecho así en plan de, de... es decir, que no ha habido sonrisas fáciles, ni tomárselo a chirigota... no, desde luego que se han metido en el papel, han sido consecuentes, han sido serios, se han dado cuenta de que era una experiencia y una oportunidad posiblemente... de las pocas en su profesión, en su formación y que tenían que aprovecharlo. Y se han metido en el papel. Han actuado de maridos, de hermanas, de amiga, de médico, de matrona, de médico joven, de médico viejo, médico antiguo perdón. Lo han hecho muy bien.

P.- ¿Y crees que se podría mejorar de alguna manera, a pesar de haber dicho...?

R.- Bueno, se podría mejorar... hombre, yo creo que realmente les hemos puesto los criterios de actuación humana, los criterios técnicos, médicos, y realmente, bueno, siempre hay cosas que puedes aquilatar. Pero, yo creo que lo han hecho muy bien, yo creo que no... vamos, yo... ellos en cuanto a la simulación... creo que muy bien vamos, no tengo nada en contra, todo lo contrario.

P.- ¿Y en el momento del debriefing, la participación...?

R.- El momento del debriefing... bueno, pues realmente ahí se han suscitado muchos temas, ¿no? Quiero decir que por parte de ellos también, ha habido discrepancias, debates, también nosotros hemos aprendido cosas...

P.- Claro, por eso te preguntaba antes, cuándo te dije lo del papel, ¿tú en el debriefing qué...?

R.- Bueno, pues en el debriefing, o bien el Dr. O. o yo...

P.- También ha estado...

R.- Sí, básicamente lo conducía, lo organizaba el Dr. O. Pero bueno, participábamos los dos en preguntas, en reflexiones, en comentarios. A veces, en un momento determinado, pues si... un comentario o práctico propiamente lo vertíamos, ¿no? Tal, tal, tal, esto, con lo cual ya son ideas que se te fijan, ¿no? Diciendo, un poco, diciendo, pues en una situación plástica vas a meter un ladrillo, aquí otro ladrillo y aquí otro... ya sabéis que están organizados así. Entonces, son recordatorios, ¿no? Prácticos, que en ese momento del debriefing la mente está más plástica y la puedes, pues fijar conceptos y tal. Yo la verdad es que, la verdad es que he quedado muy satisfecho en conjunto.

P.- Y la participación también de los...

R.- Sí, sí, sí. Ellos se lo han tomado muy en serio, muy en serio, y yo creo que, además, su experiencia ha sido muy gratificante. La pena es que no tengo aquí las encuestas, pero las encuestas ya te digo que son altamente positivas. Bueno, yo tengo que hacer una defensa en septiembre y, bueno, pues tengo tiempo para organizar todo esto, haremos una publicación en la universidad y presentaré esto... los resultados de las encuestas... tengo fotos de algún momento que hemos hecho para ilustrar la defensa con fotos y, realmente, yo creo que... que

igual, no, que en definitiva ha sido una experiencia positiva. Yo espero que la universidad nos lo apruebe y que podamos optar a un segundo año.

P.- Y tú, ¿qué le dirías a un profesor que el año que viene fuera a desarrollar...?

R.- Bueno, yo me gustaría, como te he dicho antes, ampliarlo un poco más, a más personal, porque esto es algo que tiene que surgir por interés, por vocación, por convencimiento de que es útil para la enseñanza, bueno, pues que realmente, lo que yo le diría es que vamos, va a participar o va a entrar en una nueva forma de enseñar la medicina y que, bueno, pues que es una oportunidad única y que, bueno, pues que le pedimos su colaboración y, bueno, pues todo lo que él pueda dar de sí para formar mejores profesionales, es decir, yo lo que le diría... esa es un poco la idea que tenemos, de aumentarlo un poco más. Pero bueno, de momento si repetimos lo del año pasado, yo con eso me quedaría contentísimo.

P.- Pues yo creo que más o menos hemos tocado todo rápidamente, bueno, si quieres añadir algo más...

R.- Bueno, simplemente que es el futuro y que debemos seguir con él. Y bueno, que lo que he dicho siempre, que lamento terriblemente no haber empezado antes.

P.- Ya, pero bueno, para eso quedan muchos años...

R.- Bueno, entonces que... esa es la idea.

P.- Vale, pues muchas gracias.

R.- No, por dios, a ti.

Transcripción de entrevista nº2, profesor de Medicina Interna en la Facultad de Medicina, sexto curso: E. 2. Martes, 15 de Mayo de 2012.

P.- Vale. En primer lugar, ¿cuántas simulaciones has organizado para la asignatura?

R.- Este es el tercer año.

P.- ¿Y cuántas...?

R.- Una cada año.

P.- Vale. ¿Y tu valoración general de la experiencia?

R.- Está bien, es satisfactoria para los estudiantes y es entretenida. Su impresión es de que es útil también y la mía también, aparte que es útil. Aunque como viste, puesto que el número de actividades de cada estudiante es muy reducido, es una al año, creo que el mayor valor está en mejorar la motivación más que que suponga un aumento tremendo de las habilidades, ¿no? Porque porcentualmente, pues es una parte pequeña.

P.- ¿Y qué diferencias encuentras entre las asignaturas que has impartido de manera tradicional y entre estas en las que has encontrado la experiencia de simulación, si encuentras alguna?

R.- No te sabría decir porque en el fondo esta es una experiencia piloto, ¿no? Una sola actividad durante un día, una hora, no da para mucho más, ¿no? Pero sin que tenga una demostración de ello tengo la sensación de que mejora la motivación y mejora un poquito las habilidades.

P.- ¿Y qué tipo de aprendizaje crees que se facilita o facilitaría si se prolongara más en el tiempo?

R.- Básicamente, la aplicación de los conocimientos a la práctica. Esa es la mayor utilidad, ¿no? En todas las áreas del conocimiento, ¿no? Pues es una parte difícil, esa parte de aplicación, ¿no?, y un poco de generalización. Pero en las ramas que son muy técnicas: en la medicina, la ingeniería... que son más de ciencias... de técnicas o bien de ciencias experimentales o... bueno, no sé si experimentales es la palabra. Pero bueno, más de ciencias que frente las humanidades... eso es más difícil, ¿no? Es... y más importante... y para mí, la humanidades que puedes aprender las características del arte gótico y después no ser capaz de reconocerlas en edificios... Pero en las ciencias y en las técnicas es mucho más importante porque tú te puedes saber la teoría de hacer un puente pero, sin embargo, después no ser capaz de diseñarlo en la práctica cuando ves en concreto el río pasa por aquí, ¿no? Un poco es lo mismo en medicina, la necesidad de aplicar los conocimientos a la práctica y de evocar en qué situaciones tienes que evocar determinados conocimientos es una parte complicada y en eso la simulación puede ayudar.

P.- ¿Y tú que tipo de asignatura prefieres dar, las que no integran la simulación o ésta que sí?

R.- Bueno, me es igual. En todo caso lo que sí es percible es dar asignaturas que tengan un contenido práctico importante, ¿no? Porque el conocimiento teórico por sí mismo pues eh... no tiene mucho interés, especialmente en este conocimiento teórico, a lo mejor en algunas ramas de humanidades tiene interés, es interesante conocer la filosofía aunque no la apliques, pero no tiene ninguna utilidad conocer las características de una enfermedad si después eso no te sirve para identificarla, ¿no? Entonces en todo caso tienen que tener un fuerte contenido práctico. La simulación es una parte de la práctica, ¿no? No sustituye a la práctica con los pacientes o no puede sustituir de manera global. Pero sí hay determinados aspectos que puede ayudar a enseñar y aprender mejor.

P.- Y ahora te voy a preguntar un poco sobre el diseño, la planificación... ¿cómo ha sido la planificación con respecto a los contenidos de la asignatura?

R.- Pues hemos escogido una serie de situaciones, una serie de escenarios en virtud de que sean problemas frecuentes, de que sean susceptibles de simularse, porque hay cosas que son más fáciles de plantear la simulación mientras no... que sean susceptibles de simularse con ese, con esa tecnología concreta que íbamos a usar, ¿no? Y después, que tengan una dificultad razonable para el nivel de los estudiantes, de manera que ni sean absolutamente simples y evidentes en sí mismo ni tampoco que tengan un nivel de complejidad que se escape del nivel que se espera de un estudiante. O sea, que esas serían las tres características. Que sean frecuentes, con nivel de dificultad razonable y que sean factibles.

P.- ¿Has tenido alguna dificultad para planificar, te ha resultado algo difícil?

R.- No, no especialmente. Más allá de la limitación de tiempo, ¿no? Como ha sido un poco corriendo durante todo el rato...

P.- ¿Lo más fácil de la planificación o lo que menos te ha costado?

R.- Lo más fácil... escoger los escenarios.

P.- ¿Y te has coordinado por otros profesionales para hacerlo?

R.- Sí, con las personas del hospital virtual?

P.- ¿Y hubieras echado en falta más ayuda?

R.- Bueno... no de manera urgente, ¿no? Pero es probable que alguien que tuviera conocimientos pedagógicos más profundos hubiera sido de utilidad a la hora de diseñar algunos aspectos...

P.- ¿Y cambiarías algo de la planificación, del diseño...?

R.- Con las condiciones actuales no, es decir, en otras condiciones en las que hubiera más disponibilidad de tiempo pues claramente el número de sesiones se debería aumentar, ¿no? Y la duración de las sesiones, sobre todo de la base del debriefing, deberíamos aumentarlo un poquito, unos minutos más, 15 minutos más...

P.- ¿Dura 20...?

R.- 25 sí. El año pasado lo pudimos aumentar a 15 minutos más, a 40 minutos.

P.- ¿Eran menos alumnos?

R.- Bueno, había más gente que colaboraba, pero aun así, de todas maneras, era muy agobiante, es decir, porque ya has visto que este año en realidad no hay espacio entre un grupo y otro. El año pasado hicimos de manera que incluso dos grupos se solapaban usando dos salas distintas. Pero la verdad es que fue excesivamente agobiante.

P.- ¿Pero qué estabas, tú con unos y el instructor con otros?

R.- Sí.

P.- Pues te voy a preguntar ahora por la simulación en sí, ¿cuál es la valoración general de esta parte?

R.- Bien, yo estoy satisfecho, ¿no? Los estudiantes están satisfechos. Lo que no sabemos muy bien hasta que punto es útil. Tenemos la impresión de que es útil para producir satisfacción. Los actores implicados... pero no sé realmente hasta qué punto induce, mejor habilidades de forma persistente en el tiempo o hasta qué punto esa sensación de mejora de la motivación se traduce en modificación de conductas que favorezcan el aprendizaje.

P.- ¿Cuál ha sido tu papel en la simulación, si es que lo ha habido?

R.- El diseño de la actividad, el diseño de los escenarios, la coordinación de la actividad... Durante la simulación en sí misma pues la dirección del escenario, ¿no? Porque hay veces que las cosas se modifican sobre la marcha porque no es absolutamente predecible... Se empieza a desarrollar y después una fase de reflexión o debriefing...

P.- ¿Y qué opinión tienes de los actores?

R.- Eh... lo hacen muy bien.

P.- ¿Y la participación del alumnado en la fase de simulación?

R.- Bien, a ellos les gusta mucho. De hecho, ya sabes que no... por razones de disponibilidad no lo pudimos ofrecer a todos los estudiantes, sino más o menos, la mitad de los matriculados. Entonces en las encuestas que les paso yo después sobre la asignatura, aparte de las encuestas generales de la universidad, eh... yo les paso una encuesta sobre cuestiones específicas, no una encuesta sobre universidad que es en términos muy genéricos. Bueno, pues en esa encuesta todos valoran muy bien la simulación porque este año no hicimos encuesta... Otro años la hemos hecho, pero al acabar cada grupo no lo hemos hecho porque este año estabas tú, estabas gente de Pamplona... Pero después en esa encuesta sí que les pregunto y ellos están muy satisfechos y el comentario general es que se debería hacer más veces y que se debería hacer para todos los alumnos.

P.- ¿Y cómo crees que ellos se han sentido en ese momento de enfrentarse a un caso real...?

R.- Bueno, con un poquito de estrés, el estrés razonable, y quizás con una, con la percepción de la dificultad para aplicar en la práctica los conocimientos teóricos que tienen, que es precisamente de lo que se trata.

P.- ¿Crees que se podría mejorar de alguna manera?

R.- ¿La actividad dices en general, o para modificar esa sensación?

P.- Para las dos cosas. En primer lugar para la sensación y luego...

R.- Yo creo que, de hecho, uno de los objetivos es percibir esa sensación, o sea, que eso no está mal se perciba, siempre y cuando nadie se suicide o algo de eso... Yo creo que una de las ideas es percibir esas sensaciones en un entorno en el cual en el fondo sabes que es un entorno seguro, que no va a pasar nada, nada se va a morir, que se hagan las cosas bien. O sea, que eso no demuestra nada. Para mejorar la actividad, pues seguro que sí, ¿no? Que se puede mejorar cualitativamente, pero creo que la primera mejora tendría que ser en cuanto a la cantidad.

P.- Y ahora pasamos, te pregunto sobre el debriefing, pues un poco lo mismo. ¿Cuál es tu valoración general del debriefing?

R.- Aceptablemente bien, aunque un poco corto por de nuevo el tiempo que teníamos, pero bien, el debriefing no me acuerdo cómo surgió cuando tú estabas, pero en principio pretendemos evocar algunos aspectos que tienen que ver con las emociones, con las cosas que se han sentido y también con aspectos que tienen que ver con la relación que ha surgido, ¿no? Y hasta qué punto han surgido equipos o líderes no previamente explícitos... Y después cómo otros aspectos que son hasta puramente técnicos: qué cosas se han hecho bien, qué cosas se han hecho mal... Intentamos, como viste, hacer un debriefing no muy directivo, y más bien de apoyo más que un debriefing muy crítico con las actuaciones.

P.- Ligado a lo que me acabas de decir, ¿cuál ha sido tu papel en esta parte?

R.- En el debriefing... un poco facilitad la verbalización de lo ocurrido, ¿no? Tanto de los aspectos emocionales como en los aspectos técnicos. Hemos corregido algunos aspectos técnicos, algunas cuestiones técnicas, puntuales y muy importantes, pero en las demás no hemos tenido en ese momento interés en corregirlas.

P.- ¿Y qué os ha resultado más difícil de esta parte de debriefing?

R.- (risas...) No es que quiera ser presuntuoso, pero vamos, no he notado ninguna dificultad especial.

P.- ¿Y lo más sencillo? ¿Todo?

R.- No te sabría decir, no te sabría decir.

P.- ¿Y me sabrías decir por qué nada te ha resultado difícil?

R.- Ah... porque lo hacemos habitualmente, porque aunque no sea en otro entorno que no sea con el simulador, eso es una cosa que hacemos cotidianamente con los estudiantes o con los médicos residentes que están haciendo la especialidad.

P.- ¿Y cómo valoras la participación del alumnado?

R.- ¿En general o en el debriefing?

P.- En el debriefing.

R.- Bien, aceptablemente buena. Siempre hay gente que es un poco más comunicativa, que le cuesta más abrirse... Pero tengo la sensación de que todos se han sentido razonablemente cómodos como para expresar un poco lo que habían sentido de nuevo en cuanto a las emociones o las cosas que sabían, las que no sabían...

P.- ¿Y crees que se podría mejorar de alguna manera, y cómo?

R.- Eh... creo que, de nuevo, se podría mejorar haciendo más sesiones y prolongando el tiempo de manera que haciendo más sesiones en las sesiones posteriores a la inicial pudiéramos entrar en mejorar los aspectos técnicos de manera más clara, ¿no? Cuando los estudiantes tuvieran ya un nivel de confianza un poco mayor y tuviéramos tiempo para corregir esos aspectos técnicos y ya no sólo evocar los aspectos de emociones que hayan surgido y de hacer un refuerzo positivo, que básicamente es lo que hacemos, sino corregir aquellos aspectos que sean susceptibles de corrección, ¿no?

P.- Creo que me has contestado pero, del debriefing en general ¿cambiarías algo, mejorarías algo?

R.- Aumentaría la extensión, unos minutos más...

P.- Porque crees que más extensión más confianza, y si más sesiones...

R.- Sí, daría un poco más de tiempo a tratar algunos otros aspectos. Así en cada sesión con 25 minutos... pero lo que teníamos pues eh... daba un poco sólo para las cuestiones más prioritarias, ¿no? Pero en cada una de las sesiones, en cada uno de los escenarios realmente surgen muchas cosas que se podrían comentar, ¿no?

P.- Ya terminamos... ¿Qué le dirías a un compañero que nunca ha utilizado una experiencia de simulación y se tuviera que enfrentar a ella el año que viene?

R.- Que probablemente le iba a divertir, o sea, que le animaría a que lo hiciera, primero porque le iba a divertir y en segundo lugar porque hay la intuición de que puede ser útil, aunque no tengamos demostración de eso. Que debe asegurarse planificarlo de una manera bien, por lo menos en el esquema inicial, y que debe estar dispuesto a modificar las cosas sobre la marcha, ¿no?, en función de cómo discorra cada escenario. Y que no se obsesione por la tecnología...

P.- ¿Por qué?

R.- Porque no es lo más importante...a este nivel.

P.- Y, bueno, ya de manera más general, ¿añadirías algún cambio en el plan de estudios de la titulación?

R.- Yo creo que actividades de este tipo sería bueno introducirlas en cursos inferiores.

P.- ¿Por qué?

R.- Por qué... sobre todo por mejorar la motivación. En el fondo... yo como no sé mucho de pedagogía, tengo un planteamiento un tanto simplista. Se basa en que si fuéramos capaces de tener estudiantes suficientemente motivados todo lo demás carecería de importancia. Sería igual, ¿no? Que diéramos clases magistrales o clases a grupos pequeños con simulación, sin simulación, de cualquier manera... sería igual. Entonces, ese me parece que es, en general, la docencia... un aspecto clave, ¿no? Y sería suficiente por sí mismo, lo que pasa es que como eso no lo tenemos, o por lo menos no lo tenemos al cien por cien, pues tenemos también que esforzarnos en los aspectos puramente metodológicos, ¿no?, y en mejorarlos en lo posible. Y en cualquier caso, creyendo eso, creo que cualquier cosa que mejore la motivación es importante. Y entre las cosas que tengo la sensación, yo y mucha gente, que mejora la motivación, es aplicar los conocimientos, en todas, en cualquier área de conocimiento. De manera que, en ese sentido, cualquier actividad que suponga una aplicación de los conocimientos a un entorno real, o un entorno real simulado, creo que favorece la motivación. Y en ese sentido, sería bueno aplicarlo desde los primeros cursos. No tanto por lo que vaya a aportar de conocimientos o habilidades en ese momento, algo aportará pero, me parece que tampoco es tan importante... pero sí para que desde esos primeros cursos los estudiantes se sientan motivados a estudiar y a aprender.

P.- Pues ya está por mi parte, si tú quieres añadir algo más, algo que se te ocurra...

R.- Pues en principio no.

Transcripción del grupo de discusión nº1, estudiantes de medicina en la asignatura de Medicina Interna, sexto curso: G. D. 1. Miércoles 9 de Mayo.

—Vale, creo que esto ya está grabando. A ver, pues ¿cuántas simulaciones habéis hecho en la asignatura?

—Una.

—Una.

—Una, ¿y de qué tipo?

—El caso clínico.

—Un paciente que venía a urgencias con un proceso agudo, todos ¿no?

—Sí. En nuestro caso por ejemplo el paciente tenía un infarto de miocardio y no sé en el vuestro.

—Sí, en el nuestro un neumotórax, un neumotórax a tensión el nuestro.

—Había dos grados, uno era más leve y luego había otro más grave.

—El caso es que eran procesos básicamente agudos que pues eso, como los que te puedes encontrar en urgencias y de bastante gravedad.

—Vale ¿y es la primera simulación en toda la carrera?

—Sí.

—¿Y vuestra valoración general de la experiencia tanto de la simulación como después?

—Para mí ha sido buena, vamos, es algo novedoso y que es como que aplicas los conocimientos, porque siempre te hablan de teoría y luego aquí pues puedes actuar y no es como en el hospital que estás simplemente mirando, aquí eras tú el que tomaba las decisiones.

—Por mi parte es la primera vez que te enfrentas sin alguien que te respalde detrás.

—Y te demuestras que estás perdidísimo delante de un paciente.

—Sí, es como si llevaras entrenando seis años y este fuera el primer partido. Entonces pues la cagas, claro.

—Por decirlo así, exacto, por decirlo así, no te sabes ni colocar, ni... no estás en situación.

—Cosas que creías que sabías, porque las habías visto hacer muchas veces, luego te pones a hacerlas y efectivamente te das cuenta de que lo estás haciendo mal.

—Y muchas veces quizá también condicionen los nervios, en este caso tampoco hay muchos nervios, es una simulación y un muñeco, pero el que sea una situación aguda, que te tengas que enfrentar a ella, si tú estás en tu casa tranquilamente, sentado y pensando en el asunto, te salen en lugar de dos, cinco diagnósticos y en lugar de una prueba que pediste, pues te das cuenta de que igual tenías que haber pedido cuatro, pero vamos.

—Por ejemplo, las preguntas que le haces cuando llega el paciente, yo me acuerdo que es que no se me ocurrían casi, y si te lo ponen en un examen escrito las pones, o sea, seguidas, del tirón. Y aquí era como... venga, ahora esto, ibas como saltando, lo primero que se te pasaba por la cabeza lo decías, no llevabas un orden.

—Quizá en total haces tres preguntas y cuando lo piensas después en casa, como digo, te das cuenta de que tenías que haber preguntado 25 cosas más y se te ha olvidado preguntarlas.

—Es un poco trabajar en equipo, saber respetar cuando alguien está haciendo la exploración, admitir los comentarios que te haga el compañero. Eso también me parece muy positivo.

—Sí, pero también ves como que hay mucha descoordinación. Por ejemplo en mi grupo uno auscultaba mientras el otro le estaba preguntando. Ya sabéis que mientras alguien ausculta si el paciente habla...

—Sin embargo en el mío sí que nos...

—Sí había coordinación y respeto al compañero, sí, eso sí lo había, pero quizá poca sistemática, seguir en orden haciendo las cosas.

—Es muy difícil trabajar con tres personas que te las han puesto al azar sobre todo...

—Y que ves que están igual de perdidas que tú.

—Claro, porque yo creo que cuando ha salido más o menos bien es cuando alguien ha dicho, tú haz esto, que yo voy haciendo esto, o sea, si alguien va dirigiéndolo un poco, si alguien va tomando las riendas.

—Sin embargo en mi grupo salió bastante bien, ninguno tomó las riendas, íbamos pensando qué hacemos, qué os parece esto, va, sigue, ¿alguien sabe cómo se hace esto?, sí, yo, le pones tanto, salió mucho mejor que si hubiese estado yo sola enfrente del paciente, me salió mucho mejor porque tenía tres personas al lado que me iban diciendo, por aquí, por aquí no.

—La colaboración de tus compañeros está claro que hace que te crezcas, no que te crezcas, sino que con los conocimientos de todos, el conocimiento se hace mucho más amplio, pero yo creo que todo equipo de trabajo debe tener un líder, un guía, que no porque mande más, sino porque dirija un poco el trabajo, para que no sea tan caótico, como digo antes, de empezar por el final.

—Sí, y además si pudiéramos conocer con quién nos va a tocar antes también incluso mejor, porque hay gente... claro, para coordinarnos, y hay gente que hace mejor una cosa u otra, o decimos...

—Pero también en un sitio llegas y hay veces que te llega una urgencia y no conoces a la gente con la que estás y te tienes que organizar en el momento.

—Sí, hay que aprender a adaptarse a la gente, al sitio en el que estás.

—Por eso, en un momento en el que llegas y llega una urgencia, todos hemos estado de urgencia y cuando llega una urgencia, pues hombre, más o menos hay un control, pero como sea una cosa así un poco más compleja que se salga un poco de protocolo, llega a un médico, pues por qué no le haces esto, ah, pues sí, me parece bien, y ahí nadie, o sea, no hay ningún tipo de control, la gente va dando opiniones. Sí que hay uno que es el que va... pues vamos a hacer a esto, esto o esto...

—En urgencias siempre hay uno que es el que...

—Siempre hay uno.

—Cuando viene un paciente muy grave dice...

—Pero no necesariamente...

(Hablan a la vez).

—**Por favor, de uno en uno, que si no, no se entiende nada.**

—Sí, es básicamente eso que hemos apuntado, sobre todo eso, que si tienes 10 de conocimientos, aplicas... igual por la situación y sobre todo por la inexperiencia, aplicas uno, o 0,5, porque...

—Es frustrante.

—...cuando lo piensas tranquilamente, relajado en casa, bueno, a todos nos pasa también en los exámenes, dices, uf, sé mucho más.

—A mí me pasó que tenía la simulación y al llegar a casa dices, jolín, teníamos que haber hecho esto, digamos que luego lo repasas y te das cuenta de que te han quedado muchas cosas, has hecho cosas del revés y dices, jolín, te da rabia que sabes que lo sabes pero no...

—Sí, por ejemplo en nuestro caso acertamos el caso, acertamos el caso, el diagnóstico, lo orientamos bien, pero quizás sólo acertamos el caso, si llega a tener otra cosa la hubiésemos cagado, porque afrontamos ese caso y fuimos con ese caso derecho, y podía haber tenido 4-5 cosas más muy tranquilamente, pero bueno, nos salió bien pero entre comillas.

—En nuestro caso creíamos que era un (0:06:20 _____), porque como está inmovilizado con una infección en la pierna y tal, y había sido un cuadro súbito de repente, decimos, un tep, un tep, y hasta que no trajeron el dímero D, porque no habíamos pensado otra cosa, y el dímero D era negativo, y tal, decimos, pues entonces es un neumotórax. Pero teníamos la placa y todo y no nos habíamos dado cuenta, decimos: ah, pues se ha colapsado el pulmón, pero era un neumotórax que es totalmente distinto. Te obcecas, te obcecas cuando crees que es una cosa y tal, es muy difícil hacer diagnóstico diferencial con el paciente delante.

—Eso quizá nos pasa mucho y quizá también es o falta quizá por la inexperiencia. A mí me pasa mucho y yo creo que a mis compañeros también, no lo sé, pero que te pasa mucho que cuando ves algo que te sugiere una enfermedad, te vas muy a por ella y dejas de lado otras.

—Es que el problema es que nuestros exámenes clásicos son tipo test y las cuatro opciones, o sea, tú estás acostumbrado a elegir una, a elegir lo más probable, olvidar todo lo demás. Ahora que nos están cambiando un poquito y es al revés, que tenemos que elegir cuatro...

—Y la menos probable desecharla.

—...y luego ir quitando las menos probables en función de las pruebas, no estamos acostumbrados, porque siempre hemos estudiado una enfermedad, te preguntan la enfermedad y tú pones todo, las pruebas, tal, cual, y en un test te ponen un cuadro típico y eliges la enfermedad, y ahora que tenemos cuadros que pueden ser varias cosas y tenemos que aunar conocimientos de varias materias y de varias ramas y ponerlas en común, es lo que cuesta. Por eso esta asignatura médica-clínica, es muy diferente a todas las que hemos hecho y la gente la tiene tanto miedo, la lleva tan mal porque te tienes que cambiar la manera de pensar y tienes que cambiar la manera de estudiar, porque es una asignatura de...

—Hombre, pero básicamente lo que está diciendo él es por lo que ha resultado útil.

—Por lo que ha resultado útil, claro.

—Para poner en práctica, poner diagnóstico diferencial y medidas de urgencia básicamente.

—Por eso, quería concluir diciendo, que deberíamos hacer esto más y no sólo en clínica médica, sino en otras asignaturas médicas generales que vemos antes en la carrera. Porque me pongo a imaginar, y creo que os lo habéis imaginado todos, que es la primera vez que se hace este simulacro, que si no hubiera sido nuestra primera vez directamente el examen de medicina clínica el práctico y ya me explico cómo tanta gente suspendía el práctico, porque era igual.

—O un paciente directamente.

—O un paciente, pero un paciente tienes al residente detrás.

—Pues a mí me parece que para la práctica en el futuro una no te salva, pero tú imagínate que en vez de las prácticas que estamos haciendo ahora, te plantas y dices, mira, vamos a hacer una semana de prácticas cada uno y vais a hacer 10 casos a lo largo del curso, 10 casos de simulación que no son tantos, y con 10 casos ya llevas una experiencia detrás, que a la hora de meterte ya en la residencia, ya no te digo para la asignatura, sino para la propia residencia, como mínimo saber mantener la calma.

—Te van a dar más tablas, eso está claro, de cara al muñeco, cuando lleves por el simulacro tres o cuatro, es que ya no me voy al número ocho, cuando voy por el simulacro tres o cuatro de cara al muñeco vas a ir mucho más tranquilo, vas a pensar mejor, porque el estar tranquilo te hace pensar bien, eso lo sabemos todos, y si estás tranquilo las cosas te salen bien. Los conocimientos los tenemos, quizá haya alguien en clase que tenga más, en clase o en todos los lados, que tenga más conocimientos y otros menos, pero básicamente todos nos movemos en los mismos conocimientos, y luego el saber aplicarlos pues eso ya depende de cada uno, y luego sobre todo estar tranquilo.

—Entonces para resumir, ¿qué diferencias encontráis entre las asignaturas tradicionales que habéis cursado o las que contienen esa experiencia de simulación?

—Yo lo tengo claro, aprender algo o no aprender nada.

—Que se te quede algo.

—En una asignatura tradicional te da un tocho de 200 folios, te dicen que lo aprendas, tú te lo aprendes en el tiempo que buenamente puedes, unos más y otros menos, haces un examen y al día siguiente no te acuerdas de nada o de casi nada. En estas asignaturas siempre que hay un concepto, que tienes una experiencia práctica, eso se te queda, se te queda para siempre.

—Cuando ves un caso clínico o algo es que se te queda para siempre.

—Si tú ves un caso clínico en planta, en las prácticas en las que estés, si tienes suerte de ver casos clínicos porque las prácticas son las que son y ves un... si tienes la suerte de ver un caso clínico así un poco raro, o no raro, ese caso clínico se te va a quedar siempre, y si te lo ponen en un examen lo vas a identificar a la primera. Siempre.

—Sí. Las otras asignaturas, si tú lees por ejemplo, que baja... se escucha menos la respiración para auscultar, bueno, eso lo ves escrito, te lo estudias, te lo aprendes, y es muy fácil poner un escrito. Pero claro, luego ya cuando te pasa en una simulación, es todo o nada, es mucho más difícil valorar, es la realidad.

—¿Qué tipos de aprendizaje diríais que facilitan unas asignaturas, las tradicionales y las que incorporan la simulación?

—¿Cómo?

—Tipos de aprendizaje, o sea, notáis diferencias en los aprendizajes.

—Sí, pues claro, porque un aprendizaje es mucho más útil y más aplicado a lo laboral. Te quiero decir, si a mí me dicen que un infarto tiene dolor en el centro del pecho y tiene taquicardia y tiene taquipnea y tiene una serie de signos clínicos, efectivamente, como dice J., como dice C., yo me los aprendo y los escribo, pero a mí cuando me viene un tío y lo ausculto y no soy capaz, porque lo he hecho muy pocas veces de saber si tiene taquicardia o no, de saber si tiene taquipnea o no, le miro la tensión, no sé si tiene hiper... son cosas más subjetivas siempre en un caso clínico. Tienes que estar acostumbrado a identificar...

—No es blanco o negro como en los libros. Quiere decir, para que tenga un infarto tiene que tener esto, esto, esto y esto. Pero luego me ponen el paciente delante y yo no sé si tiene esto, o esto, ¿sé mirarlo, sé interpretar las pruebas, le ausculto y sé interpretar los ritmos que oigo?: No. Entonces cómo voy a aplicar los conceptos teóricos, cómo voy a saber si tiene criterios clínicos si no sé buscarlos. Tiene que tener taquicardia, me pongo el fonendo y no oigo nada, digo madre mía, pues taquicardia no sé si tiene. Y así todo.

—¿Qué importancia creéis que debería tener en la formación?

—Capital, para mí una importancia mayúscula, en cuánto dices patología...

—A partir de tercero-cuarto.

—...que se da en tercero, a partir de tercero-cuarto, en cuarto, quinto y sexto creo que debería de hacerse con cierta frecuencia.

—En eso yo creo que es el cambio que hay del sistema, por lo menos lo poco que yo conozco, conozco poco, en el resto de Europa se hace muchísima... y en el resto de Europa dentro de la licenciatura se hace muchísima más práctica que la que hacemos nosotros en España. Todo el mundo que se va de Erasmus y que tiene una experiencia de estar estudiando fuera, viene, sólo ha hecho práctica y tú ves que

realmente ha aprendido, o que ha retenido muchos más conocimientos que estando nosotros aquí estudiando teoría.

—O sea, vosotros creéis que tenéis más formación teórica que ellos y sin embargo...

—No sabemos hacer nada, de práctica no tenemos nada.

—Hacemos unos exámenes magníficos, y o sea, comparas a cualquier estudiante que venga a hacer aquí el MIR de otro sitio con un español y nosotros acertamos muchas más preguntas, pero luego en el hospital se desenvuelven mejor otros.

—Cuando fuimos a estudiar el MIR nos hemos apuntado todos a una academia, creo que todos los que estamos aquí, y lo que te cuenta el de la academia por ejemplo, la gente de viene de otros países, por ejemplo aquí hacen mucho el MIR muchos sudamericanos, vienen aquí y saben dar un punto, nosotros no sabemos, ellos sí. Bueno, sabemos relativamente, pero básicamente no sabemos, y ellos le dan a la perfección. Eso sí, conceptos teóricos, nosotros tenemos 10 veces más que ellos, bueno, es una manera de hablar, habrá alguno que nos pule, pero... pero en principio tenemos mucho conocimiento teórico, poco práctico. Y yo a veces hablo con compañeros y nos quedamos de que estamos en sexto de medicina y quizás pues eso, no sabemos extraer sangre, no sabemos dar un punto en condiciones, no sabemos mil cosas más.

—Es que hay mucho proteccionismo al paciente, quiero decir, no nos lega ningún tipo de responsabilidad médico-legal, todas aquellas cosas que puedan traer un poco de riesgo como sacar sangre o como tal, que sí lo hacen las enfermeras tuteladas perfectamente, pues a nosotros no nos dejan hacerlo.

—O sea, nunca te enfrentas tú al paciente, siempre es un paciente o que está en planta y ya lo han visto 40 médicos, bueno, vete a hacer la historia, aquí no, aquí tienes al paciente y le tienes que preguntar tú, o sea, partes de cero, que eso nunca lo hemos hecho. O sea, llega una urgencia y tú vas mirando cómo lo hace, ah, sí, también le preguntaría esto, pero aquí es que lo tienes que hacer tú y es lo que cambia.

—Estas cosas son muy caras, porque el hospital virtual éste vale mucho dinero ponerlo en funcionamiento, pero yo creo que vamos, si simplemente lo queremos hacer desde tercero, con coger alumnos de cursos superiores y hacer tutorías con alumnos de cursos superiores, o sea, en plan, en vez de un muñeco un alumno, un cuadro clínico, se sacan unas cuántas radiografías, se prepara como aquí, y se puede hacer perfectamente.

—Yo creo que no es tanto, que no es tanto, o sea, yo por lo menos por mi experiencia, no me haría falta tanta instalación como una buena organización de alguien que digamos que se responsabilice de hacer esas prácticas, pero que se pueden hacer simulaciones con muy poco material y que a nosotros nos resultarían muy útiles. No es cuestión... para mí no es cuestión de falta de recursos, es más falta de actitud quizás por la gente de decir, no me apetece implicarme tanto por parte de profesores, yo no sé si falta de tiempo o lo que sea, pero realmente a ellos les da un poco igual, ellos van, te dan una clase, tú te la estudias, te vas al examen y punto. Muy pocos profesores les ves que se impliquen, que organicen cosas así, porque no sé, y realmente te quedas con ganas de hacer más.

—¿Qué expectativas teníais, qué ideas, antes de hacerlo?

—Pues básicamente la idea que tenía antes de llegar aquí fue la que luego me encontré.

—O sea, coinciden las expectativas con lo que luego...

—Yo me esperaba que iba a ser menos real incluso, porque yo escuchaba al paciente y es que yo estaba angustiado, el tío diciendo no puedo respirar, y yo es que hubo un momento cuando entré que me angustié porque digo, joder, claro, te ves que no sabes hacer nada y el tío sigue, no sé, yo lo vi mucho más real o simplemente el hecho de que estés hablando y te llegue una enfermera y te diga, oye, que ha llegado un paciente. Que vale, igual solo es la primera vez lo que estoy contando, porque luego ya sabes cómo es, sabes que en un momento dado puedes llamar a un adjunto, y va a venir alguien, puedes pedir muchas pruebas. De primeras no sé, yo me encontré mucho más real de lo que esperaba.

—¿Y qué opinión tenéis acerca de los temas, bueno, en este caso un solo caso clínico que habéis trabajado?

—Bueno, el caso clínico que nos tocó, bueno, pues era un caso clínico típico de urgencias, un caso ya como hemos derecho antes, era un caso, en principio es grave.

—Frecuente.

—Frecuente. En principio lo que te piden en la atención de urgencias, en la atención de urgencias en principio es lo que te piden que pienses siempre, en los casos más frecuentes y en los más graves, y bueno, en esos nos intentamos centrar yo creo que todos.

—Sí, yo lo veo muy útil para cosas como estas, para casos, a ver, no sirve de nada una enfermedad rara, eso no, pero para cosas frecuentes, rollo de urgencias.

—Casos que tengas que actuar rápido.

—Eso, que de verdad sean urgencias.

—Si tener un tío con un caso que también es muy frecuente, muy prevalente, muy grave, por ejemplo cáncer, pero claro, un cáncer bueno, si no lo diagnosticas hoy lo diagnosticas mañana y no va a cambiar el pronóstico, pero aquí en 15 minutos sí que cambia el pronóstico.

—Bueno, pero eso depende de las asignaturas, según en dónde lo apliques pues igual sería interesante, igual hombre..., pero quiero decir, igual es interesante tener un tío con una pancreatitis, depende de qué asignatura uses. Yo veo que sería... esto se ha usado en casos agudos muy frecuentes, pero yo creo que se podía usar en otras asignaturas y sería muy útil pues eso, para fijar conceptos. Yo me aprendo mejor una enfermedad inflamatoria si me llega un tío, quiero decir...

—Yo ahí lo veo más para eso, para urgencias.

—Yo creo que tiene razón M. en el sentido de que más que urgencias lo que te venían eran... porque entonces te puede venir cualquiera porque tiene un poco de tos o porque se ha puesto un poco amarillo. Más que urgencias eran emergencias. Tenías que actuar en un corto espacio de tiempo, en 10 minutos o el paciente se te iba. Y eso es lo que... hombre, si va venir un paciente porque tiene un reflujo es que no vas a

hacer nada, no vas a conseguir hacer nada. Y no vas a demostrar nada, ni va a ser... igual tampoco ni siquiera vaya a ser instructivo para ti.

—Pero con muñeco y eso no.

—Con muñeco yo veo lo que han hecho.

(Hablan a la vez).

—Los casos están escogidos perfectamente, muy bien traídos y muy bien escogidos.

—¿La coordinación es buena, consideráis con respecto a los contenidos teóricos?

—Sí.

—Hay algo que no hemos dicho, bueno, lo ha apuntado un poco José, que es la esfera psicológica del paciente, que se consiguió muy bien, y de hecho nos ponía en muchos aprietos, porque por ejemplo nuestro paciente que era un neumotórax a tensión pues no se quería pinchar. Y claro, no se quería pinchar. Y si no pinchas a un paciente con neumotórax a tensión se te muere, es el tratamiento, hay que pincharle. Entonces no sabíamos que hacer, una le intentaba convencer, yo decía de sedarlo, directamente pincharle, claro Midazolan, pero claro, pues era otra cosa a tratar, aparte del tratamiento.

—Te ponen el aspecto ético.

—Claro que era ético, que no se podía ir contra el paciente y tal.

—Sí, porque siempre te dicen, tienes que dialogar, es todo como un acuerdo entre el médico y el paciente, pero claro, nunca... el paciente no quiera tratarse cuando tiene que tratarse.

—Ya, hay que dar información primero al paciente, por ejemplo en mi grupo era... tenía un infarto, y el chico venga a preguntarme, ¿pero es muy grave?, ay doctora, ay doctora, ¿es muy grave?, vale, tenía un infarto como un piano, nos quedamos todos así clavados y la única que contestaba era E. diciéndole, lo estamos mirando, la verdad es que le contestó muy bien, pero claro, los otros tres nos quedamos... y el grupo que fue justo después pues también, ¿es muy grave?, bueno, usted tranquilo, usted tranquilo.

—A nosotros nos pasó lo mismo, nos preguntaba qué tenía, y no sabíamos si explicárselo en plan científico, si en plan para que lo entienda y le decíamos, usted tranquilo, usted tranquilo, y claro, se ponía más nervioso, pero qué tengo, por qué no me decís, por qué estáis todos aquí encima.

—Espere, espere, dice, sí, pero me están pinchando, esto no puede ser bueno.

—Me acuerdo de M. que dice, usted tiene un neumotórax, y si no le pinchamos se va a morir. Pero así, un neumotórax, y si no le pinchamos se va a morir.

— Como en urgencias, cuando se pone un paciente muy nervioso, muy nervioso, al final le sueltan, mira, o te quedas quieto y te pinchamos o te mueres.

—Sí, yo eso lo he visto hacer por más de un médico adjunto del hospital, y es una... me parece que está bien, porque en un momento de tensión en el que tú tienes que sacar algo del paciente ya, hombre, en un momento de tensión en el que tú tienes que sacar ya una solución, entonces tienes que actuar y si de esa manera funciona pues ya habrá tiempo después de tranquilizarle. Es verdad, le vas a salvar la vida, yo creo que lo agradecerá.

—Voy a preguntar por la evaluación. ¿Tiene algún peso en la evaluación esto que hacéis?

—No.

—No.

—Podía haber entrado pero no.

—De hecho hubo gente...

—Es que no han podido hacerla todos.

—Hubo gente que no pudo hacerla.

—No había sitio para todos.

—Nos apuntamos 60.

—Ha sido una rifa.

—Y en una rifa entramos 40, lo cual nos pareció...

—Con lo cual la mitad de nuestra clase aproximadamente está ahora mismo en desventaja con nosotros.

—Fíjese, o fíjate, fíjate que sí, lo que dicen, nos dijeron que no había tiempo, fíjate que es la primera vez que hacemos una simulación y encima solo lo puede hacer la mitad de la clase.

—Ya, eso fue un poco triste, para qué nos vamos a engañar. Porque no hay tiempo. Yo no entiendo quién es el que no tiene tiempo. Supongo que eso lleve muchísimos medios, yo lo entiendo que tiene que estar el médico que lo coordina, tiene que estar nuestro médico responsable de nosotros, tiene que estar una enfermera, y esos son muchos medios, es mucho dinero y es dinero público, pero es la única simulación que hemos hecho en la carrera y solamente hemos podido hacerlo la mitad.

—Los de cuarto las han hecho todos.

—En comparación al resto de España esta Facultad tiene muchos menos alumnos por promoción y hace mucha menos práctica. Yo conozco gente que está estudiando en otras facultades con 250 personas por promoción y hace muchísimas más actividades prácticas que nosotros.

—Yo por ejemplo vería más útil quitar prácticas de cursos anteriores, es de esas de laboratorios, que también son caras, tampoco mucho pero bueno, y pondría más en... porque a ver, cuarto, quinto, bueno, pero en sexto... yo pondría más de éstas.

—Hay muchas prácticas que hemos hecho incluso en el hospital y han sido un pufo.

—Que no sirven de nada.

—Entonces esto sí es útil.

—Yo creo que sexto, llamarme si queréis loco, pero yo creo que sexto tendría que ser un curso de alumno-tutor, en el cual este tipo de prácticas se hagan cada 15 días o cada semana y que estemos todo el día en el hospital como en otros países con sus pacientes. Yo estoy en la planta 7, voy a estar tres meses y estos son mis pacientes, y todos los días como residente le reviso, hago la... como si fuese un residente, y luego el médico dice, a ver qué tal lo ha hecho, aquí me has puesto una burrada, tal, pero básicamente eso, y además existe la posibilidad de que, como tú estás formándote y aprendiendo en la práctica, tú puedes estudiar luego poco a poco lo que te vaya viniendo en el hospital y también lo que te interesa para el examen del MIR y no estar tan agobiado todavía con exámenes, con asignaturas, muy (0:24:01 _____) como farmacología clínica o radiología clínica que se salen un poquito de la práctica médico-clínica quirúrgica que predomina en sexto. Yo creo que debería ser así y así se hace en Francia, en Portugal, en muchos otros sitios.

—Y aquí creo que el futuro es ese, cuando habéis planteado de educación.

—Me parece que no porque...

—No, no, sexto va a ser todo práctico.

—Que sexto sea todo práctico y es lo suyo, porque también lo que no puede ser...

—Hemos sido el conejillo de indias.

—...que a un mes de acabar la carrera y con el MIR ahí estar con esa tensión por un par de asignaturas, a mí es que me parece una cosa... Llegado a este punto además, llevamos seis años estudiando, si es que me parece absurdo, absurdo, me parece que son asignaturas que deberían meter antes en la carrera. Que esto sean todos prácticas.

—Y unas prácticas de calidad, incluso haciendo guardias y tal, para saber lo que es una guardia, para estar.

—Que te impliquen, que te hagan trabajar.

—Esa es la palabra, implicación, no prácticas, porque tenemos, la verdad es que tenemos muchas horas de prácticas, no prácticas difusas de ver, prácticas de implicar, o sea, de implicar, que si te toca en quirúrgica que te laves y que te enseñen a coser, venga, vamos a ir con un cerdo también a hacer una cosa, no sé cual, como un residente, como un poquito residente, que no salgas de la carrera como cuando has entrado, porque esa es la impresión, de jopé, si quieres te hago un examen tipo test, pero no me dejes en urgencias solo hacer una guardia porque no tengo ni idea. Y ese es el problema.

—Más calidad en las prácticas y más eso, simulaciones...

—Sí, yo podría resolver un test sobre física teórica ahora mismo, aprendes a hacer test más que aprender medicina, sabes hacer test de una manera increíble. Yo creo que podría sacar un 5 en el examen de física teórica, sin tener ni idea, va en serio, porque sabes hacer test, pero no sabes atender pacientes.

—Pues ahora si os parece os voy a preguntar más concretamente sobre la simulación por un lado y el debriefing por el otro. Bueno, ya me lo habéis dicho más o menos, pero qué destacaríais del momento de la simulación, lo que más.

—A mí la realidad, el realismo.

—El realismo del aspecto psicológico, todo lo que han contado.

—Yo te digo, el miedo, no el miedo, la situación de afrontar esa situación a mí me supuso... digo si me llega a pasar esto dentro de medio año con un paciente de verdad no sabría qué hacer.

—¿Cómo os habéis manejado?

—Ves que estás a las puertas de tener que hacerlo y no lo sabes hacer.

—A ver, creo que al paciente le hemos tratado con respeto, es verdad, eso también influye, sabes tratar pero luego te falta ese... o sea, no te sabes manejar, tú le hablas educadamente, pero no sabes si explicárselo bien, explicárselo mal. Luego te faltan conocimientos.

—Muy pardillos hemos quedado.

—O sea...

—Pero yo de todas formas sí que salí con una sensación bastante positiva, vale que yo iba con... también influye con qué idea vayas antes, mi idea de ir antes era, voy a matar al paciente, lo tengo asumido, no voy a saber hacer nada, encima me toca con otras tres personas, voy a ser un lastre, mirar qué mal, y llegué y digo, coño, pues lo sé ver, lo sé auscultar, veo el electro, sé lo que tengo que ponerle y mi compañero sabe la dosis. A mí me pareció, hombre, soy parda, vale, pero es el primer paciente que vemos, quiero decir, a nadie se le ocurre que entremos por primera vez y digamos, venga, 0,1 de morfina, tal, a ver, nadie hace eso ni de coña, y teniendo en cuenta que era el primer paciente que venía, que tenía otras tres personas detrás y tal, pues ni tan mal.

—Es que yo creo que lo enfocaron, más que los conocimientos de ver si llegamos al diagnóstico y tratamos bien, más a ver cómo nos desenvolvíamos con el paciente, ese era el enfoque, entonces eso yo creo que lo hicimos bien, porque llegar hasta el diagnóstico lo hicimos bien, pero a nosotros nos fastidiaba el no saber cómo actuar en plan protocolo.

—Yo creo que nos faltó, y es lo que dice J., seguridad y confianza en nosotros mismos y se notó de cara al paciente. O sea, yo me pongo en el paciente y me vienen cuatro tíos y empiezan a preguntarse entre ellos y ummm, digo, ¿puede venir otro médico?, seguro, o sea, seguro, yo creo que eso es lo que nos faltó, esa seguridad.

—¿Qué fue lo más difícil de todo para vosotros?

—¿Lo más difícil.

—Lo más difícil.

—Bueno, lo más difícil, a mí tratar con el paciente normalmente no me cuesta.

—Pensar en diagnósticos diferenciales amplios yo creo, pensar en varias probabilidades.

—Y sobre todo para mí es... en este caso sobre todo, más o menos el diagnóstico lo tenía muy enfocado, saber dosis, no sé dosis de nada.

—Aplicar los conocimientos teóricos.

—Y nadie lo sabía.

—Pero yo creo que eso es lo que menos importa.

—Bueno, más o menos las pusimos.

—Joder, pues hombre, si te pasas con la morfina (0:28:37 _____) infarto a matarle con la morfina.

—Pero las dosis son algo muy mecánico, luego se coge del hospital y aparte muchas patologías, o sea, sólo hay dos posibilidades de dosis, la pastilla grande o la pastilla pequeña, los 500 centilitros o el litro, no...

—Está claro que lo coges con la práctica.

—Hombre sí, es lo más práctico, pero aún así...

—Si hubiéramos tenido más práctica igual...

—Aparte que es que yo no saber dosis me parece lógico, porque nunca...

—Las dosis que sé, todas las dosis que sé, bueno, ahora igual me sale alguna por urgencias, pero todas las dosis que sé son por haber estado en prácticas, por haber visto en prácticas tratamientos, por ejemplo estás en Digestivo pues todos tienen el Omeprazol, Omeprazol de 20 por la mañana.

—Pero las dosis cambian, quiero decir, no vale aprender las dosis en tercero y luego llegas a...

—A ver, aprenderse las dosis es una gilipollez...

—De hecho en el MIR tampoco te pide las dosis ni nada, o sea, yo creo que es una cosa práctica.

—Es que no se te van a quedar.

—Ya, pero es que es eso, depende cómo lo enfoquen ellos. Si lo enfocan a... porque por ejemplo si enfocan rollo examen ya tendrías que aprender más valorar el llegar al diagnóstico, depende cómo lo enfoquen los profesores.

—Lo que den ellos importancia.

—Eso si dan importancia a que llegues al diagnóstico, lo hayas hecho bien o un poco más de importancia eso, el trato con el paciente, que te desenvuelvas bien, aunque falles. Y luego, o sea, a mí por ejemplo me falló al final, en la charleta ésta, que a ver, había poco tiempo, pero hubiera estado...

—¿En el Debreafing?

—Sí.

—Lo dejamos para luego si te parece, para ir por partes, porque si no... puesta en común, como queráis llamarlo. ¿Y lo más fácil de la simulación? Pues nada.

—Hombre, en mi caso el diagnóstico, vamos, es que en mi caso nos pusieron un caso que era...

—Era un infarto.

—Era un varón, era mayor, le dolía el pecho, ¿y cómo es?, es un peso. ¿Y le duele en otro sitio?, sí, se me irradiaba al lado izquierdo, uy, tengo un poco de náuseas, o sea, joder, el diagnóstico era en plan, vale. Y luego le pides el electro que es lo primero que haces y zas, un infarto como la copa de un pino, que lo veía hasta yo en el electro y mira que no sé de electros. O sea, lo más fácil el diagnóstico.

—Elevaciones de ST por doquier, el mío también.

—Era el mismo caso, era un caso clínico... así como el segundo infarto me pareció muy difícil.

—Es que el segundo infarto llevaba a un diagnóstico diferencia mucho más amplio, yo pensaba en muchísimas cosas...

(Hablan a la vez)

—Le dolía el epigastrio.

—Entonces puedes pensar en una posible úlcera, pero luego ya te empieza a contar otras cosas, y ya puedes empezar a pensar en disecciones aórticas, en infartos. Al final era un infarto de la cara inferior, entonces es más difícil, porque ya sabéis que duele...

—O sea, yo creo que lo hicieron bien, por lo menos en mi grupo pusieron dos neumotórax, pero uno muy claro y menos grave, y otro que ya podías dudar entre un TEP o un neumotórax. Eran dos cosas, un infarto muy claro y el otro que ya podías dudar, entonces eso lo vi bien, porque por un lado ves un caso típico y otro que ya te crea esa duda.

—Yo creo que lo hicieron a posta, porque como...

—Sí, para que veas que un caso no siempre se presenta igual.

—Para ver cómo se orienta un diagnóstico claro y cómo hacer un diagnóstico diferencia con más cosas.

—El primero era una pregunta de test y el segundo era un caso real. El primero era una pregunta de test, varón que te viene, que ha fumado, que bebe y que...

—Que es lo típico.

—Que no se mueve, que come... sólo le falta decir que bebe aceite de oliva de la botella.

—... había tenido una muerte súbita.

—Era una pregunta de test el primero, y el segundo ya era en plan paciente real.

—Igual que el neumotórax que era un paciente joven, alto asténico, con un dolor pleurítico al respirar que estaba haciendo deporte.

—Tipiquísimo del neumotórax. Lo del varón alto y delgado de toda la vida es neumotórax.

—Neumotórax espontáneo, sí.

—**¿Y vosotros, el resto, lo más fácil?**

—Yo creo que sí, el diagnóstico. Yo creo que salí con la sensación de que lo que se pretendían no era llegar al diagnóstico sino aprenderte a manejar el paciente.

—Sí, o sea, los casos fáciles era muy fácil llegar al diagnóstico, yo creo que llegamos todos, es que además simplemente no tenías ni que pedir las pruebas porque ya le veías al paciente y ya más o menos lo sospechabas. Pero luego eso era lo más fácil, y luego lo que hemos dicho, lo más difícil, desenvolverte ya dentro de esa enfermedad, qué tienes que pedir, qué tienes que hacer, todo eso. Pero el diagnóstico en sí, a mí me pareció dentro de lo que cabe, igual dudas entre dos en los casos difíciles, pero era más o menos fácil.

—Al minuto puedes decir, vale, tiene esto, y luego dices, ay, cómo lo manejo, y ahora qué le pido, ¿le ausculto?, o sea, porque claro, infarto, vale, sé que tiene un infarto, pero ¿le ausculto?, todavía no has hecho nada pero ya sabes lo que tiene. El problema luego es el manejo.

—Sí, nada más empezar ya estábamos pidiendo el electro y... el electro así de lejos y ya lo podíamos tirar.

—**¿Y cómo valoráis dentro de la simulación la actuación de los actores?**

—De 10, la verdad es que de 10. La enfermera... porque tenía un realismo que parecía que estaba tratando allí al típico hombrecillo.

—Además es lo que decía R., de abrir la puerta y decir, perdona, es que tengo aquí un paciente. Yo de verdad, hubo un momento que me lo creí, dije no, es la simulación.

—Parecía Port Aventura.

—De verdad que pensaba que tenían una cama ahí de verdad.

—Llamando al muñeco por el nombre, hablando, conversando con él.

—El diálogo vamos, a mí me agobió la hostia.

—Sí, sí, las quejas muy reales.

—Creo que era el anestesista.

—Sí.

—No, no, es otro.

—¿Es otro distinto?

—Estaba yo dentro.

—¿Ah sí?

—Sí, había que hacerlo siempre.

—Sí, sí, siempre lo hacen, porque se lo preguntamos, en mi grupo preguntamos que quién era el que hablaba.

—A mí me gustó bastante como lo hicieron, sí.

—Y luego eso, que siempre hay gente que te está... no evaluando, pero te está mirando y dice, vale, pues ahora le vamos a decir esto, te intentan como encaminar, o yo qué sé...

—El problema es que son médicos y te despistas.

—...nos trabamos y entonces debieron decirle a la enfermera que... o sea, dijo la enfermera, si queréis podéis llamar a un adjunto. Eso a nosotros no se nos hubiera ocurrido, pero bueno, ellos ven que hemos entrado ahí en un círculo vicioso de: te tenemos que pinchar, no quiero, te tenemos que pinchar. Era así, se lo habían preguntado como 5 veces, y no salíamos de ahí y dijo la enfermera, bueno, si queréis llamar a un adjunto.

—El problema es que también son médicos y de no querer, el que te está hablando es médico y de no querer utiliza cierta terminología, casi sin querer, aunque sea muy llana, pero utiliza algunos aspectos, algunas palabras o alguna pista que un paciente no te daría. Es que me duele no sé cómo, me duele...

—Eso yo creo que lo hacen porque eso, somos estudiantes y tal, y te lo ponen todo...

—Aun así lo hizo muy real, dijo me duele el pecho, se me va, se me va. Es bastante real. Pero vas a algunos a urgencias y te lo encuentras así y te dice: me duele, no te dice ni donde, es que es diferente, tienes que estar 7 horas insistiendo para saber qué tiene.

—A mí me gustó que R. no estuviera.

—**¿No estaba?**

—O sea, estaba pero no estaba.

—No le veías.

—O sea, no verle.

—Sí, sí, eso a mí me dio la vida.

—Yo no sé qué es peor, para mí es peor que esté detrás del cristal.

—Pero no le ves, no tienes la visión...

—Ya verás en el examen cuando esté al lado tuyo así.

—No, porque lo bueno que tiene ese hombre es que no cambia la cara, es verdad, no cambia.

—Pero hay otros profesores que sí la cambian.

—Pero intuyes lo que está pensando, yo ya me veía entrando en la simulación y pidiendo algo y la cara de R., que se le ven los ojos aunque no cambie la expresión de decir, ay Dios mío, qué penita me das. Yo lo agradecí.

—Pero luego se portó muy bien cuando hizo el debriefing que salió y la verdad, yo creía que nos iba a decir, pero cómo... no, no.

—Lo habéis hecho bastante bien, bastante bien.

—En plan no sé, en plan bonito, y me extraña.

—Ahora entramos en el... vale, ¿cómo valoráis particularmente vuestra participación, la de cada uno?

—La mía bastante pobre, el día de la simulación, yo lo reconozco, de los cuatro que estábamos claramente la que menos participé fui yo.

—Bastante mejorable.

—Pero la parte del debriefing sólo, en lo que es la charla, ¿no?

—No, no, en la simulación, en el momento de la simulación.

—Yo me pringué porque llega un momento en el que dices, hacemos algo o se va, no se va a ir ¿no?

—Cogiste tú un poco las riendas.

—Dije ponle esto, esto y esto, y si la cago la cagué, ponle esto, esto, y esto y voy a llamar para que vengan los de tal. Si está bien, bien, y si no pues oye... es que el día de mañana va a haber que hacerlo así, o sea, o lo haces o se te va, claro que vas a tener... no me sale la palabra, el caso es que vas a tener a alguien por encima que a saber actuar.

—¿Y vosotros?

—Yo creo que bien, pero me obcequé demasiado en el diagnóstico que pensamos que era, que al final no era, pero como rectificamos, o sea, lo que más me enorgullece de nuestro caso es que pudimos rectificar, antes de que salieran y se acabara el caso, o sea, que primero orientamos mal, pero luego en base a las pruebas pues dijimos, ah, pues esto no es, es esto otro. Quizás teníamos que haber empezado por el correcto. Empezamos por el que no era correcto, a veces pasa, pero supimos rectificar, así que yo creo que bien, y ahí fue cosa de todos más que nada, estábamos cada uno haciendo una cosa distinta.

—Yo eso, al principio me noté demasiado nervioso, eso sí que lo hubiera cambiado, me costó como arrancar, estaba casi no bloqueado pero qué hago, qué hago. Y luego ya bueno, más o menos, más o menos bien, lo peor fue al principio.

—Yo bueno, cuando el paciente preguntaba que me quedaba así un poco parada, pero por lo general yo me noté bien. Ya te digo que iba con pocas expectativas y eso puede influirte, pero yo me vi bien.

—¿Y la de los compañeros, la participación de vuestro grupo en ese caso, cómo la valoráis?

—A mí me parece muy buena.

—Son unos inútiles (broma).

—Yo les vi bastante más preparados de lo que me sentí yo.

—Sí, pero yo creo que dábamos esa impresión porque igual tú estabas que no sabías que preguntar y uno le preguntaba y tú decías, joe, cómo sabe, pero es que igual luego preguntabas tú algo y él pensaba lo mismo, o sea, nos complementábamos.

—Era en plan rollo de lluvia de ideas, era como si ahora los cuatro nos ponemos aquí a decir marcas de tabaco, a ti a lo mejor se te ocurren tres, pero pim, pim, empiezan a salir un montón.

—Eso es la coordinación que decíamos antes. Pero tiene razón en lo que está diciendo J. ahora, porque ha dicho por ejemplo eso, que venía tu compañera y pregunta ¿ya le ha pasado más veces?, y tú dices, coño es verdad, eso hay que preguntárselo y yo no lo tenía en la cabeza, yo estaba pensando en yo qué sé, que se le estaban hinchando los pies, y habérselo preguntado por si tiene ya patología de base, no sé qué, y además era un infarto. Y dices, coño, este tío es un crac, pues no, se le ha venido, estamos todos parecidos, se le ha venido eso a la cabeza y a ti se te ha venido otra. Después soltabas tú una y se te quedaban todos mirando como diciendo, joe qué crac. Vamos, estamos todos parecidos yo creo.

—Lo veo útil eso, para prácticas, luego para evaluar ya delante tuya, eso ya lo veo... bueno, lo puedes hacer pero tienes que practicar mucho, para practicar eso, grupos de tres o cuatro, es que si no, no le sacas provecho al principio. Luego ya más adelante, cuando tengas más práctica ya no lo sé, pero al principio necesitas un grupo.

—No, si fuera individual estaría bien eso, practicar...

—Sí, pero al principio no puedes, tiene que ser a base de hacerlo. Si lo haces uno por semana o cada 15 días, sí.

—En cuánto a medicina todos tenemos muchos... lo que digo, tenemos conocimientos pero nos complementamos mucho porque igual el detallín que le falta a uno lo tiene el otro, entonces yo tengo comprobado que si te pones a hacer un caso o discurrir un caso uno solo a discurrir entre dos, llegas a muchísimas más salidas.

—Como lo de estudiar el grupo.

—El apunte que te da uno dice coño, es verdad, y te recuerda datos, y tú le recuerdas otro a él, y él no sé qué, llegas a muchísima más información, podrías resolver, ya no es que tengas... por ejemplo si estás haciendo preguntas de examen, tú sólo respondes 50 y el otro solo también 50, entre los dos responderías más de 100, complementas muchísimo. Es lo que quiero decir.

—¿Cambiaríais algo de la simulación?

—Que la hubiéramos hecho todos.

—Todos y hacerlas más, pero la que hemos hecho a mí me parece perfecta.

—Lo que es la actividad en sí no, pero el acceso a ella.

—Y quizá lo que has dicho antes, que para acceder a ella no haga falta que haya tres tíos profesionales, tal, que puedo ir yo mañana con E. y me pongo yo de paciente y ella... ¿entiendes?, un poco las tutorías entre alumnos.

—Hombre, la simulación está bien, quizás esta simulación se puede guardar para sexto por el carácter que tiene de que es cara y que lleva mucho personal, pero yo creo que se podría empezar y no sería una iniciativa mala, cogiendo a los alumnos de sexto y diciendo, oye, vais a hacer de pacientes para los alumnos de quinto, y a los de quinto, oye, vais a hacer de pacientes para los alumnos de cuarto. Lo que a ti te obliga a estudiarte bien la isopatología de la enfermedad a la que te tienes que parecer, hay un médico supervisor y van viniendo de cuatro en cuatro y tú seas el muñeco, y ya los de sexto que el muñeco sea este muñeco. Y simplemente ir incrementando ese nivel de... cómo decirlo, aprendizaje práctico y de ponerte a prueba, en la carrera mucho más, mucho más, intentar hacerlo una vez al mes.

—No es tan necesario desde mi punto de vista, que el muñeco sea real, sino que tú por ejemplo, hacemos la simulación entre nosotros, da igual, si él te va a palpar el hígado a ver si tienes hepatomegalia, pues cuando veas que le va a palpar dices sí, yo tengo una hepatomegalia, aunque no la puedas tocar. Que el aprender el manejo no hace falta tener muñecos, ayuda.

—Sí, pero muchas veces no es lo mismo, sí, tengo una hepatomegalia que tocar hepatomegalia. Es que eso es así, volvemos a lo de siempre, yo tengo que notar un soplo, un no sé qué, un no sé cuántos. Ya, pero hasta que no pongo el fonendo y lo oigo...

—Por eso esto está bien para alumnos de sexto.

—Para cuarto no requería tanto y aprendería el manejo con personas reales.

—Aprendes a manejarte con pacientes.

—Da igual, se puede poner en el fonendo la grabación, puedes poner el fonendo en el pecho y conectarlo al grabador y que suene lo que quieres.

—Lo que dice E. yo creo que es poner en situación a la gente, desde más temprano. Yo es que a los de sexto, está claro que si nos ponen en situación desde más temprano, en sexto nos lo podían hacer con pacientes reales, ¿por qué no?, yo lo echo en falta en la carrera, echo en falta que me dejen más protagonismo, que haya un tío detrás por si la estoy cagando, por supuesto, porque seguramente la cagaré, pero yo echo en falta que me dejen, estuve en urgencias en prácticas y me aburrí pero como una ostra, yo quería que llegase el tío por la puerta y me dijese, oye mira, estoy no sé qué, y atenderle yo. Si hay un tío al lado me parece muy bien, porque yo no tengo ni idea, pero atenderle yo, y es lo que echo de menos siempre. Y el 80% de las prácticas en la carrera para mí han sido totalmente infructuosas, por tener que pasarte tres horas buscando al médico, ¿qué medicina aprendes ahí?, por tener que pasarte 5 horas mirando a un ordenador en planta, paciente que no sé qué, ¿qué medicina aprendes ahí?, nada, hay otras prácticas que aprendes la leche. Pocas.

—La gente que está en interna.

—Por ejemplo. Te mandan llevar un paciente, te responsabilizas.

—Los únicos que llevan paciente son los de interna.

—En infeccioso también aprendes mucho, eso depende del médico.

—Pero no llevas tú al paciente.

—No.

—Es que no es lo mismo.

—Aprendes si quieres también.

—Pasamos al debriefing, concretamente al momento de debriefing, como le queráis llamar, son más o menos las mismas preguntas que para la simulación, ¿qué destacaríais del debriefing?

—Yo sobre todo al jefe, que no sé cómo se llama, que dijo que era anesthesiólogo y tal, que me pareció majísimo el hombre. Porque llego allí y era una maravilla y lo habíamos hecho muy bien, y tú dices, si hemos hecho una mierda y él dice que no, qué tío más majo.

—Es que a algunos os lo dirigía R. y a otros...

—A nosotros R. fue, a nosotros R., pero también estaba en modo majo, estaba en modo majo.

—A nosotros nos lo dirigió, nosotros fuimos a las 9.30 de la mañana, no sé cómo os tocaría a vosotros.

—A las 8.

—A mí a las 12.

—Nos lo dirigió el debriefing o como lo quieras llamar, yo soy más de hablar en español pero bueno, nos lo dirigió el hombre éste, que no me acuerdo cómo se llama y a mí es que me cayó súper bien, porque entró allí y todo era que lo habíamos hecho muy bien, pero qué dices, tío, si lo hemos hecho fatal.

—Sí, a nosotros R. también nos sorprendió, ah, pues yo os he visto bastante bien.

—Pero fue eso, porque nosotros pensábamos que iban a valorar los conocimientos y no, entonces claro, salió mejor de lo que todos teníamos la sensación, porque a nosotros lo que en realidad nos fastidiaba era no saber actual, o sea, para nosotros el trato con el paciente sí, está muy bien, pero digamos que nos importa más lo otro.

—A nosotros lo que nos jode es que nos cuestionen los conocimientos.

—¿Todos destacaríais eso?

—Hombre, a mí lo que me sorprendió es que no se hablase de los casos. A mí igual sí que me hubiese gustado. Tampoco te digo que sea una clase magistral, pero decir, oye, pues vosotros habéis puesto morfina, pues igual lo teníais que haber puesto antes, o la nitro, le tendríais que haber dado otro chute de nitro antes...

—Nosotros sí lo hicimos.

—Nosotros sí lo discutimos, eso también estuvo bien.

—Nosotros no hablamos del caso y eso sí que lo echo mucho en falta.

—Nosotros hablamos del manejo.

—También estuvo bien que pudimos después tratar de hablar del manejo, corregir fallos. Me acuerdo que yo le comenté un par de cosas, oye, es que igual le hubiese puesto también esto antes. ¿Qué te parece? Sí, no sé qué, o no, no sé qué.

—Nosotros sí discutimos esto.

—Te corrigen y te acaban de enseñar.

—Nosotros no, y a mí eso sí me parece un fallo.

—**¿A vosotros os dirigió...?**

—El jefe, sí.

—**¿Y R. a...?**

—A nosotros R. y por ejemplo en mi grupo no se discutió el caso, que es lo que yo eché en falta, porque ya que lo has hecho y ya te queda la curiosidad de que te digan, vale, pues tenías que haber hecho esto, esto. Luego que te den algo digamos de teoría, o que te digan los fallos pero en plan concretos.

—Si lo piensas un poquitín una vez que te confirman el caso, con irte a Google puedes confirmarlo.

—Ya, pero bueno, yo eché en falta hacerlo en el momento, porque esa es la única pega que le vi a la simulación.

—Si quieres que te aclaren las dudas, yo sí pregunté, oye, qué te parece esta dosis que le hemos puesto de morfina, o si le hubiésemos puesto aspirina qué tal, de primeras. Esto bien, esto mal, esto no sé qué, esto no sé cuántos. Sí, gusta que te aclaren las dudas gente que sabe

—Porque igual íbamos mal de tiempo y no se pudo, pero yo lo eché mucho en falta, el que me dijeran, mira, un neumotórax se hace esto, esto y esto, y si es más grave esto y esto. O sea, luego complementarlo con algo de teoría pero ya a posteriori, no que te den la clase y luego... no, o sea, cuando has hecho la práctica y ves las dudas que te surgen en la realidad, que te lo expliquen.

—A ver tío, llevamos media hora quejándonos de la teoría, ahora no la defiendas.

—No, pero no es lo mismo dar una clase...

(Hablan a la vez)

—Más que teoría me refiero las dudas ¿sabes?

—Vosotros habéis puesto esto, esto y esto, y en este paso os habéis confundido, aunque sólo sea porque deberíais haber hecho esto, o esto no está mal del todo pero igual es mejor esto.

—Tenéis razón porque es eso exactamente.

—No que te digan, mira, un hemotórax es esto y te empiecen a explicar por qué se produce, no, digamos un enfoque práctico. Según lo que hemos hecho.

—Corregirlo.

—Sí, esto lo has hecho bien, mal.

—**¿Cómo os habéis manejado en el dibriefing?**

—Con tranquilidad. No sé exactamente a qué te refieres, pero nos han pedido opinión y cada uno ha dado más o menos la suya, tranquilamente, no había ninguna presión.

—Cómodos.

—Sí, yo estaba cómodo, sobre todo quizá por lo que he dicho antes, lo majo que era el hombre éste.

—Yo estuve con nuestro profesor y estuve muy a gusto a pesar de...

—Te sorprendió.

—R. es una persona que es muy...

—Sonrió y todo ¿eh?

—Sí, él es una persona seria y muy... cómo diríamos, que te corrige mucho, vamos, que te equivoca, que en clase no te pasa una, cuando haces una presentación si te equivocas te lo dice, y tal o cual, y aquí digo, nos va a crujir, porque hemos cometido muchos errores, y no, todo lo contrario, sonreía.

—Yo creo que más que nada es un profesor súper exigente.

—Exigente, sí.

—Es una persona súper exigente, y entonces él no quiere cambiar, yo creo que nosotros, su cara es de súper exigencia, no su cara, su postura es de superexigente. No quiere que le veamos otra postura.

—**Quizá aquí vosotros visteis su parte no tan de profesor sino de...**

—Nosotros notamos eso.

—**¿Cómo valoráis la actuación de R.?**

—Yo muy buena, vamos.

—Yo creo que muy bien, a mí me dio mucha tranquilidad, y además ahora pienso en el examen práctico y me da menos angustia, porque digo, si R., o sea, le miro y no me va a estar, así, está como está allí, pues la verdad puede que me salga mucho mejor.

—De todas maneras te diré para tu tranquilidad, me parece que en el examen práctico en ese aspecto, te deja una hoja allí y él no está delante. Tienes que apuntar las cosas que ves. Te dan una radiografía, esto ya sé que no va del tema, pero te ponen una cita, una radiografía y tú pones allí tu nombre, y dices, creo que tiene un neumotórax.

—¿Y vosotros la participación del instructor que os dirigía?

—Muy bueno, muy bueno, me pareció...

—Bastante motivacional.

—Sí, eso, y además siempre que vengan por ejemplo después de hacerlo, que ya sabes que tú tienes tus limitaciones, si vienen por ejemplo te echan la bronca pues no construye nada. Este tío sí, fue una crítica constructiva.

—Que nos criticó, a ver, criticó las cosas que tenía que criticar, que hicimos mal, pero era todo constructivo, no era en plan... no te pasa una y te comenta las cosas que sí que has hecho bien.

—Eso te facilita aprender, que las críticas sean constructivas te facilita aprender, no te meten miedo. Si te meten miedo al cuerpo luego a la siguiente vas peor.

—¿Y vuestra participación cómo la valoráis? En el debriefing.

—Yo sí que comenté cosas.

—El hecho de no sentirte evaluado yo creo que te permite participar.

—Como ahora, era como una revisión de examen un poco rara.

—Por ejemplo yo esto no lo pondría algo como para puntuar, porque entonces ya ahí dices, joe, esto no lo voy a decir por si es una burrada. Esto está bien para hacer prácticas, luego si lo quieren usar ya para el examen es otra cosa, pero no es lo mismo que te digan, esto va a valer, aunque valga poco, pero ya hay muchas cosas que no vas a hacer, o te vas a callar, o no vas a preguntar por miedo a quedar mal o a decir alguna burrada.

—O sea, que creéis que el hecho de que no sea evaluado fomenta vuestra participación.

—Sí, sí, muchísimo.

—Totalmente beneficioso, pero vamos, sin ninguna duda además.

—A ver, y la mejor forma de hacer esto es que el profesor no esté, y no tengo en contra nada de nuestro profesor porque se portó muy bien y todo eso, pero es para que no... eso, porque joder, él se queda con tu cara y lo que sea, tú piensas, joder, vale, voy a decir lo que quiera pero éste ya va a pensar que soy retrasado o algo, entonces alguien que no te conozca mucho mejor.

—Los silencios hubiesen sido prolongadísimos si te están evaluando. Yo me acuerdo que en un momento cogí y dije, ponle morfina, cuánto le pongo, dije 3 mg. No me lo pensé, yo sabía que estaba entre... igual tenían que haber sido 4, pero más o menos se le ponían de inicio 4 o así, dije 3 mg. Yo si estoy en el examen no digo ni ponle morfina ni 3 mg., me callo la boca como una puta y...

—Y que diga otro.

—Que alguien lo diga ¿entiendes?, pues esto, que me he equivocado ya me corregirán luego, pero es muy constructivo en ese aspecto. Me parece muy bien que no se evalúe porque es cuando verdaderamente te vale para algo. Si no, vamos a estar todos callados esperando que alguien haga algo.

Si no va a ser como un caso clínico, o sea, como un examen escrito, vas a hacer lo correcto y no te vas a mojar en nada.

—Más que demostrar tus conocimientos lo que tienes que hacer es demostrar tu no desconocimiento.

—Eso es.

—Te vas a estar toda la hora intentando no decir...

—No cagarla. En cambio aquí puedes atreverte a decir cosas y hacer cosas.

—Claro, dices bah, pues lo digo, si está mal pues se murió ese muñeco.

—**¿Qué os ha resultado más fácil?**

—¿De qué momento, del debriefing también?

—**Seguimos en el debriefing.**

—Pues quizá lo que ya he dicho, la facilidad con la que te dejaba hablar con él el instructor, pedía tu opinión, te dejaba hablar, te daba espacios, eso. Y además lo agradable que era pues te ayudaba a expresarte y poder hablar. Y luego también que estés con compañeros que conoces desde hace tiempo, eso te ayuda a expresarte. Si yo tengo delante cuatro chavales a los que no conozco de nada, que digo igual me pongo aquí a hablar y dicen, este chaval es tonto y además no tiene ni idea de nada.

—Nosotros que ya lo sabemos...

—El tonto de siempre ¿no?, no, en serio, tienes gente alrededor que les conoces y ya está, y te atreves a hablar, te atreves a comunicarte. También estaba el profesor R., pero en este caso estaba callado, pero todos ellos te daban facilidad.

—**¿Y lo más difícil?**

—¿En el debriefing lo más difícil?

—**Si ha habido algo difícil, vaya.**

—A mí me pareció todo muy ameno.

—Sí, todo fueron facilidades.

—Simplemente dar nuestra opinión.

—Había cuatro personas detrás que estaban todo el rato calladas, eso me pareció raro.

—Ah, los hombres estos, con nosotros no estaban.

—Ah, es que sí, nosotros teníamos a un comité de Pamplona.

—Sí, que me dijo M. que estuvieron, sí.

—Eran de Pamplona o de la Universidad de Navarra.

—De la de Navarra, sí.

—Pero es anecdótico, no suele pasar.

—Sí, eso no suele... pero es que se hacía raro, porque estábamos, como si nosotros estamos aquí hablando y hay cuatro personas que están mirándote así.

—Y además personas que no conoces, lo que decía C. antes.

—Te pueden coartar la libertad.

—Los nuestros yo no me encontré ninguna dificultad.

—Además la adrenalina la habías descargado toda en el caso y los nervios y todo, y ya no te quedaba, entonces estabas ahí totalmente relajado.

—Sí, ya te daba igual.

—Y comentabas pues lo que te había parecido, a mí me pareció muy bien, me pareció que estuvo muy bien.

—¿Y creéis que sería necesario visionar el...?, porque os graban en el momento de la simulación ¿visionarlo en el momento de debriefing?

—Sí. Yo creo que a mí me hubiera resultado positivo.

—No, porque me muero de vergüenza.

—Yo ahí no lo tendría tan claro, o sea, me gustaría que dijese, bueno, aquí habéis puesto esto o habéis pedido esta prueba y no se tiene que hacer, pero verlo y, mira, esto lo has hecho mal, esto mal, aquí...

—A mí no me gustaría.

—Yo creo que no hace falta ver el vídeo si lo acabas de hacer hace 5 minutos.

—No, pero para ver trato con pacientes sí me parecería interesante, no para ver las actuaciones, pero para ver, porque tú no te das cuenta, y de repente te lo graban y dices, ves, no te das cuenta que has puesto el electro sobre la tripa del paciente, y son cosas que no te das cuenta, o me estás dando la espalda.

—A ver, que preferir, que puede resultar incómodo pero mucho más productivo.

—Sí, te ponen el vídeo y dice, qué estáis haciendo mal de cara al trato al paciente y lo empiezas a ver y dices...

—Una base de datos de cómo no hacerlo y ya para los siguientes que lo hagan se lo pones en el examen.

—De todas maneras si a mí me tienen que grabar para difundirlo, que sea la cuarta vez que lo he hecho. Sí, joe, la primera me daría vergüenza, la segunda también, la tercera vaya.

—No, no, pero no es para difundirlo, es para hacerlo tú.

—En cuánto de aspectos de cómo se ha tratado al paciente sí, podría verlo. En cuánto a aspectos básicamente médicos y clínicos no hace falta para nada, con una pizarra te sobra.

—Pero para verte tú desde fuera, cómo te ven los demás.

—Para ver la actuación, pero más que nada la actuación de cara al paciente.

—Como los vídeos que nos ponía R. en clase. Es que R. nos explicó el manejo con cuatro vídeos. El médico guay, el médico que no hacía caso...

—**El manejo de...**

—El manejo de cualquier paciente.

—Cómo más o menos debía ser la actitud de un médico hacia el paciente y nos ponía varios ejemplos de un médico pasota, un médico que se pasaba de amigo, un médico que se pasaba de empático, y luego ya el médico que más o menos hay que ser. Luego cada uno es como es, eso siempre va a afectar.

—Pero esto es como todo, se aprende muy bien de los errores y de los de los demás...

—Que te da vergüenza verlo, sí, pero yo creo que desde el punto de vista del aprendizaje aprendes mucho más

—...pero jolín, una vez que has dicho, si es que estoy ahí, mira la cagada que acabo de hacer, no hace falta que nadie te lo diga. Cagada, capital.

—**¿Y mejoraríais o cambiaríais algo de esta parte?**

—Eso.

—Yo lo de comentar el caso, porque nosotros lo comentamos...

—Pero porque en nuestro grupo no se hizo, lo de hablar luego, dar pues esto, qué has hecho bien, qué has hecho mal, pero como en otro se hizo, tampoco es... es la única pega.

—Sí que comentamos bien, mal, respecto al trato del paciente, pero no lo que es la parte médica del asunto, a mí me faltó y me hubiese gustado.

—**Vamos a terminar ya, queda poquito. Ahora ya vuelvo a lo general. ¿Creéis que habéis mejorado con respecto a vuestros conocimientos de partida?**

—Sí.

—¿Conocimientos en sí mismos, médicos?

—**O actuación.**

—No, en cuánto a actuación... bueno, conocimientos a ver, como he dicho antes, cada vez que ves un caso clínico o práctico no se te olvida.

—Si la pregunta es si lo haríamos mejor ahora, yo creo que todos diríamos que sí. Si lo volviéramos a repetir lo haríamos mejor, no sabemos más medicina, no vamos a acertar 25 preguntas más de un test, ni ahora en el MIR hacemos un simulacro y lo hacemos mejor, pero sabemos actuar mejor. Yo creo que es lo que dice C., si hiciéramos en vez de uno, tres, yo creo que la curva de aprendizaje se dispararía mucho, creo que aprenderíamos muchísimo más manejo.

—Totalmente.

—Eso, más orden, más tranquilidad.

—Con uno ya se nos ha notado muchísimo, ahora tenemos un esquema en la cabeza distinto.

—Si hiciésemos otro, al segundo llegarías con otro esquema, llegarías de otra manera, el segundo lo harías muchísimo mejor, y el tercero ya sería la leche, o sea, yo creo que lo que dice él, la curva de aprendizaje ya...

—Nos podríamos incluso equivocar en el diagnóstico pero hacer muchísimo mejor el manejo.

—Sobre todo el manejo, es lo que aprendes. Conocimientos de medicina lo que dice Manuel. Yo tengo los mismos que tenía... bueno, igual he estudiado algo más, pero vamos, no por la simulación he aumentado mis conocimientos de medicina, pero sí de manejo del paciente, cómo llegar, qué hacer, qué hacer mal sobre todo.

—También es que la primera vez era como mucha novedad. O sea, yo por ejemplo no sabía que podías llamar a un adjunto, y es algo que si lo llevo a saber para otra vez igual lo hago antes, el ver cómo funciona también está...

—A nosotros no nos dijeron nada, qué caraduras, lo de llamar a un adjunto.

—Nosotros entramos en un círculo vicioso que no salíamos.

—Pero yo creo que esas posibilidades no las pides, te las van ofreciendo.

—Ah, bueno, o eso. Porque también...

(Hablan a la vez).

—Nosotros pedimos, pedimos...

—¿Y no por teléfono?

—Luego tuve que ir yo a llamar, pero que yo pensé que no iba a haber nadie, iba a hacer allí el chorra en el teléfono que puso un tío, hombre, qué pasa, Juan, no hombre, pero... coño, que se ha puesto un tío, pues habrá que decírselo.

—Nosotros realmente pensábamos que estaba hablando solo, o sea, que estaba hablando por teléfono y cuando cuelga dice, no, no, que es que me ha contestado alguien.

—Entonces sí que hubiese sido curioso, porque estuvo un buen rato hablando. Si no hubiese habido nadie es que soy medio... vamos.

—Yo pensaba, yo le estaba oyendo hablar y digo, cómo se ha metido en el papel.

—Mira Carlos cómo disimula.

—Sí, dura tanto, ah, vale, vale, pues le esperamos aquí...

(Hablan a la vez).

—...decimos jo, qué real, y ya cuando nos dices, no, no, que estaba hablando con alguien.

—Sí, sí, es que claro, yo también, yo digo ¿aquí habrá alguien ahora?, cojo el teléfono, no había número, digo me lo pongo en la oreja a ver qué pasa.

—**¿Seguimos?**

—Sí.

—**¿Qué le diríais a un compañero de cursos inferiores que fuera a enfrentarse por primera vez a esta experiencia?**

—Que fuera sin miedo.

—Vete tranquilo, piensa lo que tienes que hacer, con tranquilidad sobre todo, aunque estés delante del paciente y el paciente te acucie y te diga, me duele esto, me duele esto, nada, tú piensa, piensa lo que tienes que hacer, lo que tienes que preguntar y luego habla, luego actúa.

—Pero eso, que no se cohíban de nada, si crees que tienes que hacer algo, o sea, que no tiene ninguna repercusión.

—Que hable con sus compañeros y piense en varias posibilidades. Que no se cierre solo en su mente. A veces, nuestra capacidad para pensar es como una caja, y estás, estamos todos haciendo cosas y diciendo cosas pero tú tienes tu idea en la cabeza y nadie la sabe, porque es tu idea. Y es mejor abrir todas las cajas y decir, oye, yo creo que tiene esto, pero podría ser lo otro, podría ser tal, y ahí dices, lo que decía C., hostia, cómo sabe éste, ponerlo todo en común. Yo creo que se hacen mucho mejor estos casos, mucho mejor. Y desde el principio, desde el principio decir un montón de cosas, porque si las tienes desde el principio, luego vas mirándole las cosas. No que se te ocurra la idea feliz al final, es que somos muy de idea feliz, o sea, de mira, tiene esto y esto, vale pues es esto. No, así no va. Es qué puede ser, esto, esto y esto, y ahora vamos a ver lo que tiene.

—Sobre todo eso, lo que dice el chaval, sobre todo coger los cuatro e intentar sacar cuatro o cinco diagnósticos diferenciales. Nosotros también fuimos a por uno y tuvimos suerte. Intentar sacar 5 y luego sobre todo mediante preguntar, con un par de pruebas pues lo que dices, pides el dímero D y pumba, el test fuera, pides el electro, pum, el infarto fuera o dentro, pero de primeras establecer, intentar pensar entre todos cuatro o cinco opciones y luego ir descartando mediante... pues lo de siempre, historia, exploración...

—Que el error es que a veces se empiezan pidiendo pruebas y luego dices, ah, pues era esto y no habías pensado en ello, y ese es un error muy grande ¿verdad?

—Imagínate que no le has preguntado yo qué sé, es que son... no sé, una pregunta que te puede dar la pista de que es esto inequívocamente, y tú ya le has pedido un TAC craneal, y dices...

—O si era alérgico a algo.

—...madre, y cuando se está yendo para allá, le dices, espera, espera, ¿y te dolía no sé cómo?, sí. Madre de Dios, que tiene usted otra cosa.

—Pero sobre todo eso, que vayan sin miedo.

—Que se abran, que abran la mente.

—Que participen.

—Eso, que no se queden callados, eso yo creo que es lo más importante también.

—Que se coordinen, que hablen...

—Que se lo pasen bien porque es muy divertido, en el fondo yo creo que a todos nos hubiera gustado entrar otra vez a hacer otro. Y esa es la diferencia grande de un examen, que tú cuando acabas un examen práctico dices, me cago en diez, me voy corriendo para mi casa a....

—Me voy a beber.

—Quiero alejarme de la universidad todo lo posible. Y cuando acabas una cosa de estas dices, cago en diez, yo quiero hacer el del infarto que han hecho los otros, tal, dame otro que lo hago mejor.

—Sí, sí, sí, te quedas con ganas de más.

—Sí, te quedas con ganas de más.

—Ganas de más es la sensación, sí. En un examen yo salgo y te dicen, ¿qué contestaste en la cuatro?, digo: tu puta madre, déjame en paz, coño.

—**Vale ¿queréis añadir algo más?**

—Yo creo que con lo de tu puta madre ya...

—Que lo del positivo de R.

—Las partes buenas de la grabación y eso, sobre todo si hemos dicho algo bueno de él, las recortas y las envías por favor.

—**Vale. Pues nada, pues por mi parte ya... muchas gracias.**

Grupo de discusión nº2, estudiantes de medicina en la asignatura de Obstetricia y Ginecología, cuarto curso: G. D. 2.
Martes 19 de Junio.

—Vale, yo creo que estamos. Pues nada, empezamos. Bueno, lo habéis dicho antes pero en primer lugar, ¿cuántas simulaciones habéis hecho en la asignatura?

—Una.

—Una.

—La verdad que no sé si eran... creo que eran como cuatro horas, pero una.

—¿Y más asignaturas habéis hecho?

—No.

—Nada.

—¿Y de qué tipo era el caso clínico en general?

—Bueno, hacíamos un parto, ¿no?

—Sí.

—Una asistencia a un parto y...

—Y hacíamos una consulta a una... bueno, a una mujer en plan..., una simulación era y no hicimos más, ¿no?

—Bueno, luego en la primera parte nos enseñaron un poco la estática fetal, como... si lo que nos habían dado en la teoría...

—Métodos teóricos y prácticos también.

—Un poquito con maniqués y tal y estuvo bastante bien.

—Y cuál es vuestra valoración general de la experiencia.

—Yo le doy un 10, porque fue la primera vez que yo por ejemplo, yo salí súper emocionada de aquí, por eso vine a esto de la entrevista y me apunté porque fue la única vez que yo por ejemplo me sentí, desde que entré a una carrera, como válida, no sé, como de esto que dices tú, jolín, pues soy capaz o puedo hacer algo, realmente valgo para algo, porque no solamente nos ponían ahí el caso y ya está, sino... yo por ejemplo lo hice y entonces a mí me metieron... yo no tenía idea de nada, me metieron en la sala y me dijeron: "tú eres el médico", y me metieron en la sala y me iban poniendo más dificultades, cómo me lo iban cambiando, me lo iban haciendo un poco más fácil y tal, y luego, al final sí, resuelves el caso y tal, pues estás súper bien, y

luego ya no sé los compañeros que tal ya, desde la otra sala lo iban viendo y tal, pero yo lo tomé un 10 porque te sientes útil y eso.

—¿Y vosotros?

—Yo también, yo creo que la experiencia es muy buena, más que nada por eso, porque ves aplicados los conocimientos teóricos a la práctica entonces es como que las cosas no te quedan tan ajenas ni tan en los libros solamente, lo puedes ver más aplicado a lo que vas a tener que hacer tú en un día a día cuando seas futuro médico, etcétera, etcétera. Va a ser una experiencia muy divertida, yo me lo pasé muy bien.

—Yo es que me acuerdo que era el único chico de los que estaba allí, eran todo chicas, y me daba un poco de vergüenza actuar y tal, pero vamos, sí me pareció, o sea, muy práctico y yo creo que debería hacerse muchas veces más.

—Sí, hombre.

—Un día no es nada, no es nada.

—No.

—¿Y cuáles eran vuestras expectativas antes?, ¿teníais unas ideas previas de qué iba a ser?

—Yo no tenía idea ni de lo que iba...

—No.

—Ni me lo habían comentado en cursos anteriores ni nada, me habían dicho que era eso, o sea, no teníamos ni idea de totalmente nada. Yo por eso, de hecho, tampoco los profesores lo querían mantener un poco en secreto y tal para que tú de alguna manera, jolín, pues empieces a actuar, porque de hecho consiste en un poco saber desenvolverte y saber actuar ante ciertas situaciones que si de alguna manera ya las prevés porque te lo cuentan o porque piensas un poco cómo va...

—Pero, tú dices una reunión al principio, que si se explicó...

—Sí, sí, al principio de la práctica, pero en clase y eso nada, nos dijeron: “tenéis práctica tal día”, yo por ejemplo, me imaginaba que iban a ser unas prácticas pues como las que tenemos con las otras asignaturas, pues vas y miras al microscopio, te dicen: “estas son las diapositivas, tal, no sé qué, no sé qué”, y ya está, y no, no, la verdad que muy bien.

—Fue súper real.

—Os iba a preguntar que... que si fueron cumplidas las expectativas porque si ibais...

—Sí, sí.

—Si ibais en blanco, que habéis dicho...

—Sí.

—Un poco...

—No tenía ni idea pero bueno, que también podemos ser críticos, ¿sabes? y que si realmente no me gusta yo lo digo, digo: no fue... o no me sirve para nada. Y para mí fue de... jolín, vamos a pasar a quinto, para mí lo mejor que hemos tenido, lo mejor que hemos hecho.

—¿Y qué resultó... bueno, es redundante la pregunta, más llamativo o novedoso de lo que vivisteis?

—Pues todo en general, desde venir aquí al pabellón y que te digan: “tienes un maniquí ahí, hay una enfermera que está haciendo de parturienta y tienes que meterte en la piel del médico y tal”, eso lo primero.

—Y luego que se le agravaba y lo veías y lo conjuntabas, era todo nuevo porque...

—¿Lo visteis vosotros?

—Sí.

—Sí, una pantalla, teníamos...

—Grababan la... el simulacro, sí, y luego nos lo ponían y lo comentábamos a ver qué se ha hecho mal, que se ha hecho...

—Cuando teníais la fase de la puesta en común.

—Sí.

—Es que los de sexto no lo vieron.

—Sí, sí, sí, y eso estuvo muy bien yo creo también.

—Sí, y además luego allá te preguntaban: “¿y por qué hiciste esto y tal?” Y luego, como tú lo re-ves, es una doble forma de en el momento ver lo que eres capaz de hacer ante una situación... porque te ponen situaciones de estrés, de cierta tensión que te dicen, por ejemplo en este caso: “no, que el feto está mal y tal, que tiene riesgo, no sé qué”, entonces igual en ese momento tú, a lo que te están enseñando también es a actuar ante situaciones de estrés, que luego cuando lo pones a ver una segunda vez pues también es una forma de ti misma decir: “pues no, mira, si lo hubiera pensado un poquito mejor pues podía haber hecho esto, esto otro”.

—¿Y qué diferencias encontráis entre las asignaturas impartidas de manera tradicional y esta, esta que incorpora la experiencia de simulación?

—Todo ventajas acerca... a favor de la experiencia porque es lo práctico yo pienso que siempre es mejor, o sea, lo que se salga un poco de la rutina de estudio teórico y sólo papel, siempre yo creo que te ayuda más, no sé.

—Pero por ejemplo en otras prácticas que tenemos no siempre son prácticas en las que de alguna manera tú vas detrás de alguien...

—Sí, no es lo mismo esto.

—Y vas detrás de alguien y él hace y tú miras, y él hace y tú miras, y es que realmente yo he tenido una crisis, en plan de: ¿qué hago aquí?, ¿qué hago aquí? Porque no me dejan hacer nada, no...

—Sí, tienes la sensación de que estás molestando, de...

—Sí, sí, lo hacen todo ellos, te miran mal, pues ese es tu momento de que, como mejores riesgos, puedes ensayarlo lo que quieras, como todavía no eres capaz pues obviamente no te van a poner un paciente, pero es una manera de tú sentirte que vales y que lo que estáis estudiando durante cinco años realmente esforzándote muchísimo, pues que vale para algo y que puedes, que puedes.

—Sí, yo creo por ejemplo, esta asignatura, que era ginecología, ha sido de las que más conceptos claves, y claro, aunque sean pocos, te quedan porque como lo has hecho luego después y tal, lo has visto y... no sé, es algo que te va a quedar para siempre, yo creo.

—¿Qué tipo de aprendizaje diríais que favorece la... pues las asignaturas que se imparten de manera tradicional y las que... y ésta?

—Las que se imparten de manera tradicional yo creo que ninguno.

—Ninguno, es que ninguno, esto es utilidad pura, lo otro es pues yo que sé, rutina, tener que aprenderte ciertas cosas, que ¿sabes? que...

—Que luego se te olvidan, sí, es que se te olvidan.

—Yo, estás... es que en ningún momento yo, a mí ni se me... yo, cuando salí de ahí estaba deseando salir a la calle y el que se pusiera una señora a parir, porque estaba diciendo yo: "jolín, es que si se pone a parir algo sé hacer", y me llevaban dando un cuatrimestre entero clase y que ni idea, que sí, que sí, que la teoría pues te lo imaginas, es tal, lo ves cómo lo hacen ellos pero es que en ningún momento...

—Es que ni punto de comparación, ¿no?

—...tiene nada que ver hasta cuando tú lo haces.

—Aunque te pongan videos, aunque te pongan imágenes, es que no tiene nada que ver.

—Tienes que hacerlo tú.

—Nada.

—Claro.

—¿Y cuál...? Es evidente, ¿cuál creéis que facilita mejor el aprendizaje?

—La práctica.

—La práctica, claro.

—Siempre.

—Los simulacros.

—Es cierto que siempre tienes que llevar una base teórica, eso no te lo quita nadie, pero es que con la práctica, vamos.

—Sí, pero puedes tener... no sé, pueden ser muchas cosas.

—Ahora fuera aparte, es que en esta carrera nos meten tanta tralla, información.

—Sí.

—Y es que tanta, de verdad, luego se te olvida todo, porque tienes tantas cosas que...

—Luego ellos mismos dicen: “si es que yo por ejemplo cuando soy médico no lo sé porque tengo unas listas en el bolsillo que tal y las miro”, y tú te quedas diciendo: “Ah, ¿y por qué me las tengo que aprender yo ahora?”. No sé, no...

—Y luego que ellos dan lo más importante, más importancia a lo que menos ven porque... porque sí. Yo por ejemplo, no sé pero sería abogar siempre por la mitad práctica y la mitad teórica, para mí eso sería, hombre, incluso un poco menos de teórica, de práctica, yo siempre lo diré, pero es que...

—Pero ves que... jolín, la gente cuando dice eso, parece que lo dicen, la gente que dice: “bah, jolines, es que lo dicen por vagancia”. Es que no es así.

—Claro, no, no.

—Es que aprendes el doble, yo de verdad, fue la única asignatura, como lo hice, yo es que recuerdo que en Navidad aquí, llamé a mi madre y le dije: “jolín, madre mía, por fin, menos mal que han mandado esto porque si no me llegaban a dar esto igual yo me marché de la carrera porque...”. Y fue, es que para mí fue una experiencia increíble. Jolín, y además veías que es que no solamente lo tenían ahí, también tenían cómo hacer RSP, como hacer...

—Sí, sí.

—Jolín, muchísimas cosas y... que es que, sé que hay cursos en verano y tal para hacerlo.

—¿Qué importancia creéis que tienen o que deberían tener todas estas experiencias de simulación en el currículum general de... en el plan de estudios general?

—Que hubiera una evaluación sobre...

—No, no, ¿qué importancia o qué peso...?

—Mucho más peso, o sea...

—Hombre, tener...

—Yo siempre digo que mitad y mitad como...

—Pero en el currículum hoy por hoy no, porque como te exijan eso tienes muy pocas posibilidades. Esto, por ejemplo nos lo ofrecieron porque el profesor se empeñó muchísimo y dijo que quería...

—Una pregunta, ¿en vuestro caso también había exceso de participantes y entonces sólo podía soltar a esta experiencia a pues la mitad?

—No.

—No.

—No, todos.

—Lo hicimos todos y es que de hecho, él nos contó, el profesor, que él había presionado muchísimo para que pudiéramos hacer todos, hasta que dio con muchos grupos y tal, pero hoy por hoy que tenga peso en el currículum o algo así es bastante difícil porque...

—No, está claro, eso hoy por hoy imposible.

—Es que en verdad no podemos acceder a ello, o sea, se están llevando cada vez que... que venimos nosotros aquí o es... tiene que preparar, luego tienen que venir más personas, se gasta muchísimo dinero, entonces tú por tu cuenta no puedes hacer, entonces experiencia tiene que ser la que te ofrezcan ellos, entonces está totalmente en sus manos.

—No, pero por eso, o sea, pero estando en sus manos, ¿qué... vosotros qué...?

—Que lo hagan todos.

—Sí, sí, que lo hagan todos.

—Todos.

—Por ejemplo, esto que dicen ahora, con el Plan Bolonia, nosotros somos de Licenciatura todavía, con el Plan Bolonia hay 10.000 veces más prácticas, 10.000 veces más trabajo, está... no sé qué, serán otras carreras, yo en medicina de verdad... que a lo mejor sí tienen trabajo por ahí desperdigado, dos días más de

práctica, pero realmente hacen lo mismo que nosotros y en el examen se la juegan, si lo suspenden, suspenden, y si lo aprueban, lo aprueban, no sé.

—¿Y qué opinión tenéis acerca de los temas que han sido susceptibles de la asignación que habéis trabajado?

—Hicimos... hicimos el parto, hicimos...

—Nos estuvieron explicando maniobras.

—Sí, luego lo de la consulta, viene una señora y cada vez era un caso clínico diferente y...

—¿Creéis que ha estado coordinado todo lo que habéis visto en clase?

—Hombre, claro. Sí, sí, desde luego, totalmente.

—Entonces teníamos que resolverlo, es decir...

—Los profesores muy implicados y bah...

—Genial.

—Sí.

—Sí.

—El problema es que yo creo que no todos los profesores están dispuestos a implicarse como lo hacían ellos.

—Eso es.

—Está claro.

—Te tiene que gustar mucho la enseñanza, es...

—Si aparte de la medicina la enseñanza.

—Es que por ejemplo...

—Sí, sí, porque...

—D. M. y el otro era O. creo, ¿no?

—O.

—Es que estaban contigo y si no lo sabías hacer te volvían a enseñar y como que le veías muy dispuestos.

—Uno a uno, ¿eh? uno a uno.

—Muy dispuestos, sí, sí.

—Por ejemplo, en los casos clínicos generales, pues eso, cuando yo participé por ejemplo, éramos igual un R1, un R2, un R3...

—El médico.

—El médico, el adjunto...

—Y la enfermera.

—La enfermera, un familiar.

—Sí.

—Pero luego, por ejemplo, había ciertas cosas que te enseñaban, por ejemplo te enseñaban a hacer un tacto vaginal o te enseñaban a cómo extraer al bebé, cosas básicas, que eso lo hacíamos uno por uno y te iba diciendo qué tienes que reconocer...

—Y si lo hacías mal repetías...

—O repetías otra vez, y eso lo hicimos uno por uno, que hay que tener paciencia, que ellos lo están dando muchísimas veces y no, realmente, vamos, se empeñaba, poniendo...

—Y es que además les veías a ellos encantados, que es que yo creo que a nadie, bah, los que yo conozco, nadie más de, con los que hemos tenido prácticas...

—Ninguno.

—Ningún profesor. Cuanto antes saliéramos mejor, tal, no sé.

—Nada más tengo que firmar, lo único que me importa es firmar, no sé, este tal, ni siquiera eran obligatorias.

—Sí, sí.

—Y vinieron... y vino todo el mundo.

—Sí.

—¿Cuánto duró?

—Cuatro horas.

—Cuatro horas

—Pero cuatro horas cada grupo.

—Sí.

—Sí.

—O sea, a ver...

—Era un día.

—¿Pero estabais dividido en grupo de ocho?

—Estábamos... estábamos... somos ciento y algo en clase, ¿no?

—Menos, yo creo, sí.

—O menos de 100, nos dividieron en grupos o de 10 o...

—El mío era de 10, seguro.

—Por ahí, sí.

—Y no sé si eran cada semana iba un grupo o íbamos todos...

—Dos grupos cada semana.

—No, había... eso, dos grupos cada semana.

—¿Y cada grupo tardaba cuatro horas?

—Cuatro horas, sí, sí, vale.

—O sea, el mismo día salían dos grupos.

—Sí, sí, desde las 4 hasta las 8.

—Vale. Es que es muy diferente al otro que yo vi, que es el que hicieron en el segundo trimestre y está un poco perdido, que era bastante menos tiempo, pero... Bueno, y en la evaluación, ¿ha tenido algún peso, la evaluación final?

—No, no, no, de hecho ni nos cogieron los nombres ni...

—En realidad no saben ni quiénes somos.

—Ni quiénes somos, evidentemente son...

—Porque somos muchísimos, no, no, no tienen ningún... no. Sin embargo, no, las de hospital tampoco te las firman, ¿no?

—Tampoco, no.

—No, en ninguna práctica.

—En ginecología, en esta asignatura, no.

—Y todo el mundo fue, o sea, se fue todo el mundo...

—O sea, ¿y creéis que deberían de tenerlo o está bien así?

—No.

—Yo creo que está bien así.

—¿Sabes por qué? Porque, a ver...

—A quien le interesa de verdad va o al que...

—Y que también estimula mucho que sea algo más relajado, que... ¿sabes? que...

—Sí, sí, sí.

—Porque si no aquí todos estamos a lo mismo, claro, aquí a nosotros lo que nos interesa es sacar la carrera. Y entonces si a ti en un momento que te dicen, cuenta, venimos todos que ya no disfrutamos, ya no aprendemos, estás... solamente quedándote con la información a ver si no me vaya a preguntar algo. Yo ese día, estábamos relajados, sabíamos que no nos iban a preguntar nada, que estaban disfrutando, aprendiendo cosas y ya está. O sea, yo creo que no, que no...

—Fue el interés de cada uno.

—Claro, si es que...

—No obligaban a ir, entonces si quieres ir vas, si no quieres ir, mira, no molestes, no vayas, a mí me parece bien.

—Que cuente como quien va a clases, ¿sabes? quien va a clases tiene... o quien va porque tiene prácticas, total nos damos cuenta de la valoración final de la nota, porque realmente es como una forma más de aprendizaje, que cómo te van a evaluar eso también, que te pongan asistencia, pues que pongan asistencia, si lo hace va a ir todo el mundo, así que...

—Vale. Pues ahora os voy a preguntar, ya entro en la simulación, la fase de simulación en concreto. ¿Qué destacaríais de ese momento, cuando os tuvisteis que enfrentar a esa situación?

—Es que para mí por ejemplo, yo cuando hice la simulación fui de familiar de la parturienta, es decir, como que yo no tenía...

—Claro, no teníais papel.

—Yo no tenía mucha presión, yo solamente era pues picar a los que estaban, “ay, pues es que lo que estás haciendo lo estás haciendo mal, es que a ver si me vas a matar al niño”, y que no sé qué, no sé cual.

—Para meter presión al médico.

—Claro, es decir, yo además lo estaba disfrutando el doble, pero bueno, que... yo la verdad que...

—Yo fui médico y pues primero entra... yo no tenía idea, es que no sabía cómo iba, o sea, yo no me podía hacer ni una idea, tampoco nos habían explicado mucho para eso, para mantener un poco la situación, y yo recuerdo que entraron, llamaban por el micrófono y decía: “que entre el R3”, y entraba el R3 en la sala, y yo todavía... estaba ahí fuera que no sabía muy bien lo que tenía que hacer, y de esto me dicen:

“entra, entra”, el médico, después haber entrado ya el adjunto, habían entrado todos, y me encuentro con una enfermera que me chilla, me encuentro con un familiar desquiciado también, me encuentro con un adjunto y un... tres R diciéndome: “yo creo que tiene esto, yo creo que tiene esto otro” y pues también un poco eso, no te enteras de nada tampoco, te vistes y demás, y pues ya te pones ahí, le escuchas y tal, y quieren saber qué tienes tú que decir y tal, y ya pues ya tú haces un poco lo que tú ves, y ya está. Pero es un poco como que al principio te choca, te desconcierta, te pone ahí como en cierta presión, jolín, es una forma de... eso, de saber actuar en las situaciones que son realmente reales y que no te va a salir todo súper fácil en realidad, tienes a una persona que te está presionando, tienes al marido que es súper llorón, o lo que sea, y tienes ahí dentro todo el mundo y tú tienes que tener templanza y es obvio, lo que sentí en ese momento fue: “madre mía, trágame tierra”, pero con buena cara intenté sacar lo que tienes que sacar ahí, al bebé, y al final salió bien, así que...

—Como práctica yo creo que está muy bien, yo no participé en el caso que hicieron en mi grupo, pero sí lo estuve viendo y...

—¿Y por qué no participaste?

—No, porque éramos muchos y no podíamos participar todos.

—¿Pero estabas dentro de la sala?

—Aparte yo te digo que estaba un poco inhibido ahí con la... sobre todo chicas estaban, me decían: “sé tú el padre, no sé qué, tal”, pero... además soy muy vergonzoso. Y no, pero para hacerte una idea de cómo son las cosas y como objetivo práctico yo creo que es ideal.

—Es que realmente por ejemplo, aunque sea seamos 10 en el grupo, por ejemplo, sólo hacíamos cinco por ahí, que tenía que ser por ejemplo médico, R1, familiar, una enfermera, un auxiliar y tal. Entonces realmente ni siquiera todos podemos participar en el caso.

—Y eso que éramos grupos relativamente pequeños.

—Sí.

—Sí.

—Hombre, si hay un hueco dices: “yo, yo, yo”.

—Sí.

—Sí te sale, pero bueno.

—¿Cómo consideráis que os habéis manejado o defendido como punto final?

—Yo creo que bien, yo salí muy contenta, yo no pensé que lo haría tan bien, yo bien, yo lo que quería era resolver el caso más o menos, salvar al bebé y salvé al bebé y salvé al bebé.

—Yo, desde el punto de vista que estaba del marido, era... veías a los compañeros hacerlo y decías jobar pues, no sé, como que intentabas ir tú también a ayudar un poco, y no, me pareció excelente la experiencia, yo la repetiría en todas, en todas las asignaturas haría lo mismo, un hospital virtual para cada asignatura.

—El problema, lo había dicho antes, los profesores no van a...

—Los profesores no están dispuestos, el material yo me supongo que no se esté dispuesto solamente para un curso de medicina todas las tardes, es dinero, porque eso es dinero.

—Es dinero, pero y que no tienen pasión ya, tú... es muy difícil encontrarte a una persona de 50 años, o la edad que tenga...

—Sí, sí, como de nivel yo creo que no encuentras a nadie.

—Que tenga esa pasión por enseñar, por aprender, porque también aprende de nosotros.

—Sí, sí.

—Te das cuenta y... pues se codea un poco también con las nuevas generaciones, a ver qué aspira, también le interesa saber.

—Es que una persona a veces, ya, entre comillas, acomodada, que ha estado por la mañana trabajando en el hospital en su trabajo y luego viene por la tarde, y viene con una sonrisa, ya solamente con eso, ya dices: es que me lo voy a pasar bien en las prácticas, es que voy a aprovechar las prácticas, es que...

—Influye mucho.

—Jobar, es que...

—Entonces claro, eso también, si él está dispuesto a hacer esto pues nosotros lo recibimos todo muy bien.

—Sí, sí.

—Que nos ponen siempre como que... como que nuestro mínimo esfuerzo y que ellos tienen que estar siempre y que nos tienen que evaluar, es que nos da lo más mínimo y nosotros lo cogemos con unas ganas...

—Con tal de cambiar un poco la rutina de lunes a viernes, clases de 9 a 12, de 1 a 3.

—Además esto lo hay aquí, por ejemplo, yo soy de Asturias y yo cuando lo contaba, mis compañeras allí, estudian medicina también mis amigas, y se quedaban alucinadas, y decían: "qué envidia, qué envidia", me decían, pues sí, pues sí, que ni lo creían.

—¿Y qué os resultó más fácil de este momento de la simulación?

—Más fácil.

—¿Más fácil?

—Sí.

—A mí me resultó muy fácil picar a los otros, porque fue muy fácil.

—O sea, tu papel te resultó fácil.

—Mi papel me resultó súper sencillo.

—A mí también, que era mirar.

—Pero yo veía a los compañeros que lo estaban pasando mal.

—Sí, lo pasas mal.

—En el momento de: “joder, ¿y qué hago? Estoy yo sólo”, que venga ya, que entre ya el otro.

—Así se aprende mucho, pasándolo mal y viéndote en apuros y de los errores y además que, joder, no puedes cometer ningún error grave en... o sea, en la vida... o sea, a ver si me entiendes, en una práctica, un simulacro, es un simulacro.

—Para que los cometas.

—Claro.

—Para que los cometas y aprendas de ellos.

—Hombre, es que fácil, la verdad que no fue fácil, yo creo que mi papel no.

—Te voy a preguntar, la siguiente pregunta era qué te había resultado más difícil, así que si quieres...

—Más difícil yo creo que todos estén mirando y que no sepas qué decir.

—Sí.

—Que todos estén esperando a ver qué tienes que... cómo vas a actuar, a ver si lo haces bien, te están mirando por todos lados, tienes cámaras mirándote, tienes al profesor mirándote, tienes cien personas en la sala, tienes a la parturienta mirándote, tienes a todo el mundo presionándote y tú que realmente no tienes mucha idea de qué decir, entonces...

—Aparte la asignatura ni la... o sea, la teníamos a la mitad, impartir, o sea...

—Sí, entonces bueno pues te resulta... te resulta súper difícil la presión de 400 ojos mirándote y decir: pues, venga, pues voy a...

—Sí, es que eso pasa en todo, yo estoy seguro que si en vez de partos hubiera sido uno que te viene con una herida que le tenías que poner un poco de betadine y te pasa lo mismo, yo estoy completamente seguro.

—Hombre, claro que sí, independientemente del caso, ¿no?

—Independientemente del caso, es saber que estás tú sólo y que tienes que...

—Pero es que es la verdad, luego tienes que enfrentarte tu solo.

—Sí, sí, sí, pero es... todo lo da la experiencia.

—Claro, es una manera y... es que más que nada, yo creo que más a... es también aprender que es de técnica. Es eso, te quedas con las cosas de cada asignatura, de cada cosa, pero en una carrera como es medicina, que estás... trabajas bajo presión, que trabajas bajo... pues la presión de los compañeros, la tuya propia y de encima de los pacientes que tú tengas, entonces es una manera de verte en esa situación, de... que tienes que además acertar lo que haces y contentar, no sé.

—¿Y qué opinión os merece la actuación de los instructores y del profesor?

—Bueno, yo le pongo un 11 del 1 al 10.

—Fue increíble. Yo te repito lo que te he dicho antes, o sea, tener una persona como es D. M., y que nada más verte, te viene como una sonrisa, te dice: “vamos a hacer esto, vamos a hacer lo otro”, y lo has entendido y es que encima te dice: “pero si no has entendido, dímelo que te lo repito hasta que lo entiendas”, bueno, eso, es que es impagable, de verdad que es impagable.

—¿Y del resto de los instructores?

—Igual, la enfermera que estaba haciendo de parturienta, yo no sé la enfermera cuál es el trabajo de esa enfermera, pero también estar ahí con un grupo todos los días...

—Claro.

—Por la tarde, y que también hay que saber lo que aguanta.

—Muy implicado, sí.

—Llegar allí y estar todas las tardes cuatro horas, así abierta de piernas, diciendo: “¡ay, ay!”, pues hombre, hay que reconocerle su valor, ¿eh?

—Y un buen humor tiene esa chica también.

—Sí, sí, sí, increíble, y el otro profesor con que estuvimos también.

—¿Quién estaba abierta de piernas era el muñeco o era la...?

—No, espera.

—Es que tú tienes... sí, vale.

—Es que a lo mejor...

—La muñeca y le pone la voz.

—No, no, no, ella se mete dentro.

—Se mete, es como una especie de pelvis del maniquí y ella se pone con las piernas abiertas igual y sacas al niño de la pelvis, o sea...

—Vale, sí, sí, ya te entiendo.

—Tú... no está aquí y tú realmente, yo cuando entré ahí dije: “ay Dios, que es una persona de verdad, que yo me he confundido”. Claro luego pues cuando pasas el tacto, te das cuenta de que no, que sí, que la pelvis no es real, pero de aquí para arriba, o sea, de la cintura para arriba es ella, entonces es ella moviéndose, es ella chillando, es ella hablándote, es ella con todo.

—Y el otro profesor con el que estuvimos, con Odriozola también genial, es que es otro trozo de pan, es así.

—Sí, nos ha enseñado muchísimo.

—Sí, ¿Odriozola os había dado durante la carrera?

—No, a mí me dieron... yo estuve en prácticas con él, en ginecología estuve en prácticas con él, en... sí, pero no, no, clases no nos dio, sólo nos dio de primer año, sólo que bueno pues la ayuda y tal.

—Pero lo conocíais.

—Yo por las prácticas.

—Yo también porque había ido antes a las prácticas.

—Que es buenísimo además haciendo operaciones externas así...

—¿Y cómo valoráis vuestra participación individual en esa fase de simulación?

—Yo personalmente reconozco que no participé mucho, de hecho por lo que hemos...

—¿Pero elegiste tú no participar o te tocó?

—Más bien, a ver, había... en mi grupo había... eran todas chicas y estaba yo, y las chicas tenían ilusión por participar ahí, yo dije: pues como a mí me da un poco igual pues”, ya ves tú, o sea, si lo voy a pasar mal y tal, pues me quedo aquí, miro y es que a veces soy un poco así, ignorante, la verdad.

—Yo también soy un poco cortado pero bueno, no sé, participamos, yo creo que en el grupo participé en todo, luego fui el marido, en tanto no haces mucho, pues eso es cierto, pero durante todo, todo, durante las cuatro horas genial, participando todo el rato, exponiendo... no sé, como que había muy buen rollo entre todos.

—Yo me aproveché de todas, yo la primera que dijeron: “vamos a hacer aquí una cosa”, “yo, yo, yo quiero hacer, yo quiero hacer”, y lo primero que hicimos que fue eso, el contacto con el paciente, la entrada a la sala, y luego cuando tienes que presentarte, cómo tienes que dirigirte a la parturienta y demás, también yo hice: “yo, yo, yo”, no tenía idea lo que tenía que hacer ahí, dije: “ah, buenos días, tal”, claro, pero es que yo no tenía ni idea, pero para aprovecharse. Y luego, en la simulación del parto también me aproveché y dije: “yo médico, médico”, o sea que yo me aproveché de todas. Que sí que es cierto que los que algunos compañeros que quizá hubieran querido y no pudieron.

—¿Y cómo valoraríais la participación del resto de compañeros de vuestro grupo?

—Es que es eso, que si...

—Sorprendentemente buena.

—Que, a ver, lo que pasa que si no corres es como que te quitan los demás el sitio, no podemos hacerlo todos.

—O sea que esperabais por participar.

—Yo no, yo...

—En mi grupo por ejemplo sí.

—En mi grupo también, o sea, no había nadie que no quisiera, tenían... había gente que es menos cabezona, yo por ejemplo no, yo lo quiero hacer, yo esta experiencia no me la pierdo por nada del mundo, pero hay gente que le daba más igual y entonces nos íbamos entendiendo. Pero realmente yo creo que quitando a C. que es muy vergonzoso, no había nadie que no hubiera querido hacer la simulación.

—Ha dicho..., yo no es que no quisiera, es que estaban las chicas tan ilusionadas, y si esa ilusión yo no la tengo pues nada... así tan..., sí que lo hubiera hecho, claro, y a gusto.

—Todo el mundo yo creo, sí.

—Sí, sí, hubiera participado todo el mundo, seguro, todos los que hubieran podido.

—¿Y mejoraríais o cambiaríais algo de esta... de la simulación?

—Hombre, más días, desde luego, cuatro horas me parece al final acabas un poco... yo acabé un poco cansado.

—Cuatro horas es la simulación más la puesta en común, ¿no?

—Sí, sí.

—Es un día que se está aquí cuatro horas.

—Sí.

—¿Y cuánto dura?, ¿me podríais decir cuánto dura cada parte?

—Pues dos horas cada uno más o menos.

—¿Sí?

—Sí, porque tienes... entras, te dan la charla y tal...

—Sí.

—Y te enseñan al principio las técnicas de contacto con el paciente, de cómo entrar, cómo abordar al paciente, y luego, además te enseñan...

—Y otras técnicas.

—El tacto vaginal, te enseñan las rotaciones de... bueno, la estática fetal y tal, y después de eso te dejan un descanso y haces la simulación. O sea, más o menos fueron dos horas cada cosa, yo me acuerdo.

—O sea, la simulación, sí. Y luego, después de ahí, por ejemplo eso, los que están haciendo pues eso, la simulación, están participando en ella mientras los demás ven desde la otra sala, pues ¿eso qué llevará? Pues no sé, no lleva mucho tampoco.

—15 minutos.

—O 20, por ahí. Luego ya después te pasan a la otra sala y tú mismo lo ves todo. Entonces van analizando los que lo han visto y tú también te hacen unas preguntas, ¿qué crees que los has hecho bien?, ¿qué crees que has hecho mal?, ¿y tú... y esto, y esto otro? Pues sí, más o menos es un tiempo de 50...

—Ahora os pregunto por el debriefing. Pero de la simulación, del momento, sólo de la simulación ¿cambiarías algo, mejoraríais algo de la simulación?

—Yo, como no tengo experiencia con otras cosas a mí me pareció perfecto, yo no cambiaría nada.

—Esa... eso es muy cierto, como no tenemos experiencia...

—Es que a mí me pareció algo que se salía fuera de la norma y que además era súper aprovechable.

—Es que yo no me lo podía ni imaginar, yo, yo... es que no puedo tampoco compararlo, claro, como no puedes compararlo con...

—Lo de esta chica.

—Como no puedes compararlo con ninguna otra cosa, a mí me pareció el futuro, llevado al cine.

—Eso sí se hace más en extranjero, o sea, los países más avanzados, en España estamos...

—Te retrasa.

—Sí, un poco en el Paleolítico.

—Pero eso es que yo... y por eso mi personalidad también era así, yo no sabía ni que estas cosas existían.

—Sí, es que pasa que la universidad de... “voy a clase, no voy a clase” a...

—Clase magistral, boom, venga.

—Pasamos ahora a la fase de debriefing, las preguntas más o menos son similares que las que os he hecho para simulación. ¿Qué destacarías del momento de puesta en común?

—A mí me gustó que cada uno tuviera que... creo que escribíamos cada uno una cosa de lo que se ve, de lo que habíamos visto en la puesta en común...

—Haciendo... pero luego no...

—Sí, luego...

—Pero yo no... pero luego a mí me hablan de lo que yo hice mal, me preguntan...

—Ah, bueno, vale, sí, pero de los que lo estábamos viendo nos hacían escribir un poco nuestras opiniones y luego cada uno teníamos que comentarlo de lo que habíamos visto y tal. Yo no sé...

—Pero sin contar con los de dentro.

—Sin contar con los de dentro porque a ti te iban poniendo... ponían las imágenes.

—Era un poco la crítica, la crítica de los de dentro.

—Te ponían por ejemplo la estática, toda la gráfica, lo que estaba viendo él, lo que estaba viendo el médico dentro, y tú lo estás viendo también, entonces tú desde ese punto también lo estabas analizando más tranquilo, pero estás analizando y...

—En mi grupo, por ejemplo fue... Me acuerdo que... me acuerdo bien que hicimos el simulacro y luego los que estaban dentro de la sala no comentaron nada, fuimos todos, por eso es que yo también te digo que fui de los últimos grupos, a lo mejor con los primeros, como tú fuiste de los primeros...

—Nosotros cada uno escribimos una...

—Los hacíais todos después del...

—Ya, pero sí, yo creo como que...

—En mi grupo lo hicimos todos, hicieron la... el simulacro, y luego entraron, nos sentamos en la mesa, tal, y cada uno escribió en una hoja lo que pensaba que había estado mejor, peor, y luego nos comentaron...

—El nuestro fue tal cual, nos han dicho que... bueno, entramos, dijeron: “a ver, qué... dar las opiniones cada actor, dais vuestras opiniones y luego el resto las debaten”.

—Eso en el mío igual.

—Así fue.

—Y entonces los compañeros iban diciendo: “no, mira, esto lo hiciste mal, esto...”. “Ay pues sí, ahora que lo dices, sí”.

—Y después te puntualizaba el profesor, después de que tú dijeras, te decía el compañero y luego decía el profesor: “pues mira, tal”.

—Tal, tal o “muy bien” o “pues mira, esto”, sí...

—“Pues esto lo has hecho bien, esto lo has hecho mal, lo tienes que mejorar”.

—Era el último que hablaba.

—**El profesor.**

—Sí, primero hablamos nosotros, luego hablaron los compañeros y luego ya él ya él ponía la puntilla final para lo que fuera.

—**Y eso os parece...**

—Perfecto.

—**¿Y cómo lo habéis manejado?, ¿cómo os habéis defendido en ese...?**

—Bien, no sé.

—Bien, porque si no, te ayudas entre compañeros también, entonces como...

—Sí.

—Más o menos algo de... tienes confianza con la gente tú...

—Y además que los profesores daban bastante confianza, y ya como eso ha sido al final...

—Al final te ofrecían pastas incluso.

—Sí, ha sido al final del día, al final de la práctica pues ya como que ibas un poco rodado de las otras tres horas.

—Sí.

—No, muy bien.

—Muy bien, sí.

—¿Qué os resultó más fácil?

—Yo creo que es que la puesta en común es mucho más fácil, es...

—Sí.

—No todo el mundo, que a la gente le gusta mucho hablar.

—Ah, bueno, ya entiendo.

—Tú como hablas por los codos, hija.

—Si hablas sin conocimiento, yo de esta asignatura no me he estudiado nada, tampoco tengo mucha idea, no estoy habituado a esto, te da un poco más de miedo y dices, a ver si voy a decir algo y hago un poco el ridículo... quizás eso sí que un poco más difícil en ese sentido pero... pero en general.

—Había una cosa que hacía un bien y es que por ejemplo la práctica que hicimos los simulacros y tal, antes como que... antes de hacerlos como que te dan unas nociones de lo que más o menos ibas a manejar del parto. Entonces luego a la hora de exponerlo hacía una hora que te habían dicho más o menos por dónde tenías que ir tirando, entonces quieras que no, pues como que te ayuda y te suelta un poco a la hora de hablar.

—A ver, a la hora de hablar yo por ejemplo recuerdo que yo no me había estudiado nada de la cintura.

—Ni yo tampoco.

—Yo fui ahí con lo que me acordaba de clase, con lo que tal, entonces realmente yo hablaba también un poco pues por lo que había visto, era un poco más eso, como la experiencia del momento, no era tampoco un debate...

—Sí, no, no...

—Un debate teórico que... que sí que puedes decir burradas, que sí que te puede dar..., pero realmente ellos en todo momento te están diciendo: "da igual, no pasa nada, estamos aquí para aprender, es mejor, es mejor que digas cosas tontas ahora que las digas en otra fase de tu vida, en la que te va a ver un paciente o lo que

sea". Por eso, como siempre te están abogando un poco por eso, porque era una experiencia que teníamos que vivir y aprender y tal, o sea, a mí la verdad que no me daba vergüenza.

—¿Y algo resultó especialmente difícil o...?

—No.

—No.

—Difícil nada.

—Especial... y ellos no...

—Para mí nada.

—No ten ponían nada difícil, el profesor te facilitaba todo.

—O sea, la valoración que hacéis tanto de O. y...

—Y D. M.

—D. M.

—Sí, buenísima.

—Muy buena.

—No es por pecar de pelotas pero es que es verdad, ¿eh?

—Tranquilo, si esto no lo van a oír.

—Yo de verdad que con el resto de profesores te puedo decir que...

—Pero aquí, ¿eh? yo digo aquí en esto sólo, yo digo aquí, estoy hablando del simulacro y de cómo se portaron aquí. Pero hoy estuvo en el hospital y horribles.

—Conmigo se portaron bastante bien.

—Él no, D. M. no.

—Es que yo no estuve con D. M., estuve con O. y se portó muy bien conmigo.

—Estuve con O. y bien, y luego D. M., que están yendo los resis del hospital. Bueno, sí, da igual. En las prácticas estupendamente.

—Cotilleo. No, yo estuve con O. también en el hospital y muy bien, y la asignatura con D. M. en clases y tal, se portó muy bien con nosotros.

—Sí, sí, en clases estupendamente. Pero a mí me prometió, yo no vi parto, y a mí me prometió que iba a ver un parto y todavía estoy esperando por el parto, ¿eh? parto directo.

—Pásate.

—Sí, sí, pero me apunté en una lista, le dije de dónde era, de Asturias y de todo y a mí no me han llamado todavía del parto.

—Pues yo vi tres.

—¿Eh?

—Que yo vi tres en una mañana.

—Pues yo vi el de la profesora nuestra.

—¿Y cómo valoráis vuestra participación en el debriefing, en la puesta en común?

—No, pues igual de buena que en...

—Sí.

—Que en el simulacro.

—¿Y tú?, ¿vosotros?

—Yo sí que participé, en el simulacro porque ya te digo que éramos muchos, en la puesta en común, sí.

—Sí.

—Y los compañeros también.

—También.

—Vale, bueno, aquí os hago una pregunta que estaba para el otro grupo, que en realidad ¿vosotros creéis que es necesario la grabación de la simulación para realizar el debriefing? El otro grupo no la vio, por eso se lo pregunté.

—A ver, una cosa, vimos... o sea, la grabación la vimos o no, es que yo antes lo he dicho pero tampoco te creas tú que estoy muy confiado de que nos grabaron.

—No, pero no visteis tú...

—¿Eh?

—Tú no viste la grabación, te quedaste en la sala.

—Claro, yo lo vi por la tele, no, grabación no hubo.

—Claro, luego, cuando yo... cuando llega el que es sobre el simulacro, ese no ve su grabación.

—Ah.

—A lo mejor sea... vale, yo me he confundido con el no grabaron, o sea, si pusieron cámaras pero para que lo vean los que estaban...

—Los que estaban en la sala, sí.

—En directo, pero luego no hubo nada en el...

—Vale, vale, entonces eso...

—Lo único que te lo recuerdan a ti, dicen: mira, pues esto lo podías haber hecho de tal forma.

—Sí.

—¿Y creéis entonces que eso que os grabaron habría sido fructífero haberlo puesto en la puesta en común para que os vierais vosotros?

—Sí que hubieran estado más... yo creo que sí, sí, porque los que estaban... los que... joder, los que estuvieron ahí haciendo el simulacro y no se vieron así mismos, también viéndote a ti mismo aprendes a veces.

—Yo si la práctica fuera de dos días sí lo haría pero de uno sólo salías a las 9 y media, te queda las 8.

—No, es que...

—Y si fueran de dos días y...

—Sí, sin duda.

—Esto tendría que ser más a menudo, o sea, no... en un día cuatro horas no te puedes meter ahí, al final acabas un poco cansado.

—Lo de la grabación estaría muy bien porque sí porque además lo ves tú luego, ves en qué te has equivocado y... qué has hecho bien, qué has hecho mal.

—Y criticas también un poco.

—Pero es eso, más tiempo.

—¿Mejorarías o cambiaríais algo de esta puesta en común?

—Pues yo de las pocas que he hecho creo que ha sido la mejor que he hecho, pero es que tampoco te han dado pie a hacer más, yo en el instituto no hacía nada, y aquí en la carrera menos todavía, no sé.

—Vale, y ya de la experiencia en general ¿mejoraríais algo?

—Repetir lo mismo más días y...

—Tres horas.

—Lo mismo más días y un poquito menos tiempo.

—Muchas más cosas, no solamente un parto en el que tienes... que tienes la estática tal mal, que...

—Lógicamente.

—Y extenderlo a muchas asignaturas, es que sería lo ideal.

—Y extender la misma a muchas...

—Claro, claro, claro, lógicamente, si lo haces más días para la misma asignatura, meterás cosas nuevas.

—Sí, es lo ideal, otra cosa es lo que se pueda hacer. Por nosotros.

—Pues ya terminamos, si se volviera a repetir una situación similar a la de la simulación, ¿creéis que actuaríais de manera distinta a como lo hicisteis la primera vez?

—Yo necesitaría participar más, vamos, por lo menos hacer el simulacro.

—Yo sí, más que nada porque cuando entré se me ha olvidado lavarme, dije: jolín, tengo que lavarme, al final me quedé con un anillo aquí en la mano, entonces... de los nervios... Entonces sí claro, ya vas un poco sabiendo cómo es, qué tienes más que hacer, jolín, claro, sí. Si es todo a base de ser repetir, y repitiendo se aprende.

—Equivocándote y dándote cuenta y desde luego te volverás a equivocar.

—Y otra cosa diferente volverás hacer, nunca vas a hacerlo tampoco perfecto, como nada es perfecto.

—Pero desde luego que esto te explica mucho mejor que el papel, o sea, lo escrito...

—A mí no se me va a olvidar en la vida, a mí no se me va a olvidar en la vida, de hecho creo que es la única asignatura en la que me quedo realmente con algo que digo: jolín, es que quiero, de verdad, quiero verme en esa situación porque sé hacerlo, sé hacerlo, y creo que sí que puedo hacerlo. Y luego, por ejemplo, has estudiado tremendas cosas que supuestamente preparan para muchísimas situaciones y que lo haga otro que no vaya a ser ti que lo hagas mal, ¿sabes? no te fíes en ti mismo, ni tienes confianza en ti mismo para nada, o lo ves que puedes es porque tienes confianza y... esto lo puedo hacer.

—Repetir lo hecho.

—Y ya está.

—¿Y qué les diríais a vuestros compañeros de cursos inferiores que nunca se hubieran enfrentado a una experiencia de simulación y fuera a hacerlo este año?

—Que lo hagan sin miedo, que vayan sin ningún tipo de...

—Que aprovechen muchísimo.

—De vergüenza ni nada y que vayan a todo y que participen lo máximo que puedan porque es una experiencia que no van a olvidar.

—Tampoco les contaría mucho cómo es.

—No, pero seguramente eso, decirles ir, participar, pasároslo bien, que es fundamental y...

—¿Y por qué no les contarías?

—Porque es eso, es el impacto, es... si ya te lo vienen contando... yo creo que también pues eso me hizo mella que fue algo que me impactó muchísimo, que no entendía, que tuve que ir descubriéndolo poco a poco, bueno, creo que te lo cuentan pues de alguna manera ya te pierde más interés y tal.

—Claro, no es lo mismo.

—Claro, es una experiencia que tienes que tú descubrir así por tu cuenta, que no te la cuenten mucho, que la vivas tú en el momento, que la aproveches muchísimo y...

—No es lo mismo que te digan: “mira, vete mañana que tienes unas prácticas en las cuales te van a poner a hacer un simulacro, vas a estar súper agobiado y tal”, entonces pues no voy.

—Claro.

—Pues no voy o también como somos en medicina, “¿y qué te ponen? Entonces voy a estudiar, voy a estudiar, ¿pero qué parte, qué parte te ponen?”.

—Eso es lo peor, es lo peor.

—A mí me lo hacen y me pondría a estudiar, entonces... nada, nada, no te hacen nada, tú vete ahí y pásatelo bien.

—Yo no me pondría a estudiar, yo haría lo que he dicho, yo no iría si fueran voluntarias. A mí me agobia de tal manera que yo no iría, mejor decirles: “mira, ir, participar, os vais... os vais a pasar en grande y ya, ya está”.

—Vais a aprender muchísimo y ya está, no estudiéis, que para esto no hay que estudiar.

—Pues ya está, ¿queréis agregar algo más?

—No.

—¿No? Pues ya está, ya hemos terminado.

Observación nº1, primer grupo de estudiantes de Medicina Interna en el desarrollo del debriefing: Obs. 1.

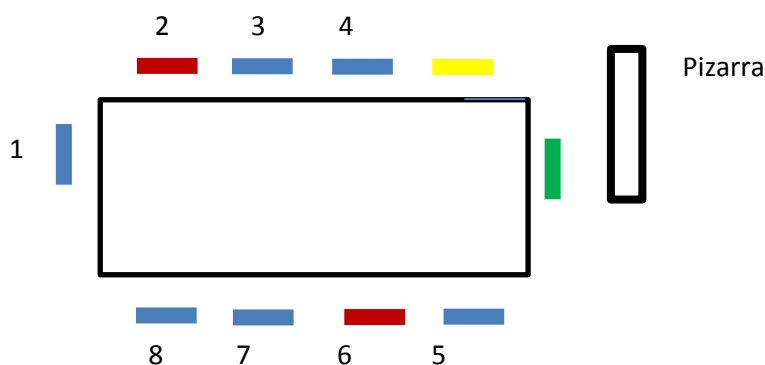
- Grupo 1, 6º de Medicina.
- Asignatura: Medicina interna.
- Día: 24/04/2012
- Lugar: Hospital Virtual de Valdecilla.
- Comienzo: 9.00
- Final: 9.20.

Descripción general de la sesión: grupo de 8 alumnos, seis chicas y 2 chicos, que han desarrollado una sesión de simulación y un posterior Debriefing, siendo este último el objeto de esta observación.

- El Debriefing:

Ha tenido lugar justo después de terminar la simulación. En dicha sesión, el profesor de medicina interna y los 8 alumnos comentan y reflexionan el desarrollo de los dos casos de simulación que han desarrollado previamente, focalizando la atención en lo acertado o equivocado de sus decisiones, el porqué de estas decisiones y cuál habría sido la actuación más idónea. Además, en el Debriefing está presente un instructor (médico con formación en el campo de la simulación) que también ha presenciado la simulación.

- Organización del aula: Alumna 
Alumno 
Profesor 
Instructor 



Tras la simulación, llegan rápidamente al aula en el que va a desarrollarse el Debriefing. Se sientan con prisa alrededor de una mesa rectangular. El profesor “preside” la mesa y el instructor está sentado entre ellos. Sin apenas tiempo para que se acomoden en sus asientos,

el profesor de medicina interna abre la sesión preguntando a los alumnos cómo se han sentido. Éstos murmuran y comentan entre ellos que, en general, no se han sentido cómodos. El docente dice que “a lo mejor habéis tenido la sensación de que teníais que tomar una decisión y no sabíais cómo”. Añade que quizá esta experiencia sea buena en ese sentido, porque ayuda a enfrentarse a la angustia real de tener que tomar una decisión.

A continuación, les pregunta con qué cosas han estado satisfechos, qué creen que han hecho bien.

Tras unos segundos de silencio, la alumna nº1 es la primero que se lanza a contestar, respondiendo que con el tratamiento que su grupo (el primer caso médico) decidió poner al paciente éste mejoró. Sin embargo, se queja del poco tiempo que han tenido en el tiempo de la simulación para aplicar dicho tratamiento.

El profesor se dirige a continuación a los cuatro alumnos del segundo grupo. Éstos no están tan satisfechos con su actuación y el alumno nº2 responde que “empezamos pensando que era un diagnóstico y, al ver que era diabético, pensamos que era otra cosa”.

El profesor hace otra pregunta relativa al caso y nadie responde.

Entonces añade que es importante saber cambiar la hipótesis diagnóstica e introduce el concepto de “sesgo de anclaje” para explicar lo difícil que resulta cambiar de hipótesis cuando ya nos hemos hecho a la idea de una. Para ello pone un ejemplo de la vida cotidiana, con el fútbol.

Una alumna se atreve entonces a aventurar otro diagnóstico distinto, “también podría ser un...”, pero no termina de decir la frase.

El profesor rápidamente termina por ella y dice que a lo mejor un cólico biliar.

A continuación, sigue preguntando por más cosas que creen que han hecho bien, “porque habéis hecho muchas...”.

El alumno nº4 dice que su grupo ha trabajado bien. El nº3 está de acuerdo, resalta el buen trabajo de equipo.

El profesor añade que eso es importante en una situación de crisis, el saber interpretarse, no interferirse, organizarse... A continuación hace una broma y todos se ríen.

Ahora pregunta a los integrantes del grupo 2 qué creen que los del grupo 1 ha hecho bien.

La alumna nº5 dice que cree que han hecho muchas cosas bien.

“¿Y los otros?”, pregunta el docente a los del grupo 1.

El nº4 contesta que también han trabajado bien en equipo, que han sabido cambiar de diagnóstico...

Ahora el profesor les pregunta qué creen que podrían mejorar.

El nº8 contesta que el trato con el paciente. El nº1 está de acuerdo. También el nº2, que matiza que deberían haber mejorado la forma de contarle al paciente lo que le pasa. El nº3 opina lo mismo. El nº8 añade que saber transmitirle tranquilidad. Todos participan en esta reflexión, todos parecen estar de acuerdo.

El profesor les pregunta qué le habrían contestado al paciente sobre lo que le pasa.

El nº2 resopla y dubitativo responde que no sabe. No está seguro si debería decirle que es grave.

El profesor le dice: “pero fíjate que no me has contestado”.

Ahora interviene nº4, que da su opinión. También opina nº7, que no está de acuerdo en decir que es grave, y dice que sí hay que contestar porque es lo que el paciente necesita. Pero en lugar decir que es grave, sería mejor decir que “podría ser grave”. Nº2 cree lo mismo que nº7.

Se entabla una pequeña discusión sobre si hay que decirle la verdad al paciente, hay mucha controversia en el grupo. El profesor no dice nada, observa. N°2, n°4, n°7, y n°8 participan mucho en el debate originado. Lo hacen en orden, dejando hablar al otro, con respeto. Al final no llegan a un acuerdo.

El profesor decide intervenir y les dice que lo mejor es un término medio. Que por una parte hay que tranquilizar y no crear angustia, y por ello podemos decir que estamos ante un “principio de algo”. Pero quitándole hierro, y diciendo al paciente que “ha llegado aquí a tiempo y podemos intervenir”. El profesor habla de forma tranquila, lentamente, utilizando un lenguaje comprensible. Cuando él habla nadie le interrumpe, hay un gran silencio y expectación.

Sigue preguntando qué más cosas no han ido bien.

N°4, siguiendo con el tema del trato al paciente, dice que su grupo muchas veces no ha contestado a sus preguntas. N°2 añade que además se han saltado el preguntarle muchas cosas. Además, expresa la dificultad que ha experimentado para poder interactuar como si fuera una persona, ya que es un muñeco. Le resulta muy difícil olvidarse.

Por primera vez en toda la sesión interviene el instructor, que hasta ahora se había limitado a observar y seguir las conversaciones en silencio. Les dice que lo han hecho muy bien y que entiende esas limitaciones que tiene el muñeco, pero que, aun así, está muy bien recreado.

Nadie responde.

El profesor pregunta ahora por dificultades técnicas.

N°4 dice que a ella le hubiera gustado saber quién ponía voz a muñeco. Todos se ríen y alguien hace un comentario gracioso. N°2 y n°3 hablan en bajito, cuchichean.

El profesor pregunta ahora si creen que el paciente del primer caso tenía un infarto.

Los alumnos no saben, discuten entre ellos sobre el diagnóstico, sobre si aumentó esto, sobre si lo otro no hay que medirlo...

El profesor les dice que no hay que medirlo. Les deja hablar, llegar a conclusiones. Les sigue preguntando que más podría tener además de un infarto. Entablan otro diálogo en el que participan tanto los alumnos como el profesor.

N°5 pregunta una duda: “si para empezar un tratamiento hay que estar 100% seguros del diagnóstico”. El profesor, de manera tranquila, les responde que no 100%, pero sí debe existir un fundamento. Además, si el tratamiento no va a producir efectos secundarios nocivos, se puede administrar.

El profesor les dice que hay que ir concluyendo, si tienen algo que añadir para terminar.

La n°5 afirma haberse quedado con muchas dudas: “qué pedir, qué preguntar, cómo actuar, cómo mirar lo que puede tener sin ser intrusivo o hacer una burrada...”

N°2 también tiene muchas dudas.

El profesor les dice que no se preocupen, que con la práctica se van aprendiendo a hacer las cosas, cuándo estén de residentes...

Nadie dice nada.

El profesor termina diciendo que “bueno, si esto os ha ayudado, me alegro...”.

Se levantan muy rápido, se despiden en dos segundos y se van.

Observación nº2, segundo grupo de estudiantes de Medicina Interna en el desarrollo del debriefing: Obs. 2.

- Grupo 2, 6º de Medicina.
- Asignatura: Medicina interna.
- Día: 24/04/2012
- Lugar: Hospital Virtual de Valdecilla.
- Comienzo: 10.00
- Final: 10.20.

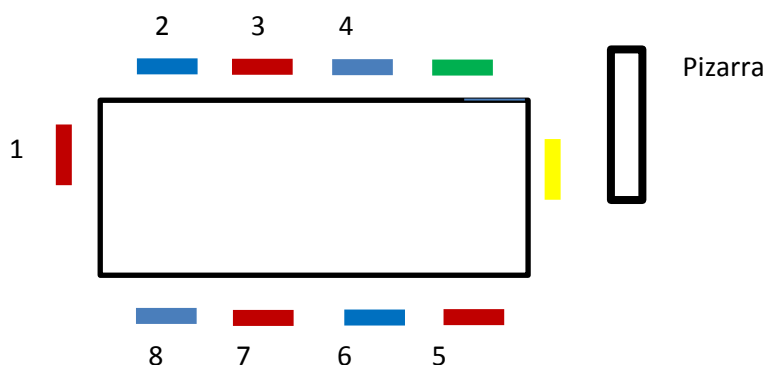
Descripción general de la sesión: grupo de 8 alumnos, cuatro chicas y cuatro chicos, que han desarrollado una sesión de simulación de dos casos médicos y un posterior Debriefing, siendo este último el objeto de esta observación.

- Organización del aula:

Alumna	
Alumno	
Profesor	
Instructor	

Caso 1 formado por: 1, 5, 6, 7.

Caso 2 formado por: 2, 3, 4, 8.



Con celeridad, y tras haber terminado la sesión de simulación, los alumnos, el profesor y el instructor entran apresuradamente al aula (la misma que en la observación nº1) en la que va a desarrollarse el Debriefing. Esta vez el instructor y el profesor cambian los papeles y asientos, de manera que quien “preside” la mesa y quien dirige en mayor medida la sesión es, en este caso, el instructor.

De nuevo abre la sesión el profesor, que pregunta a los alumnos qué tal les ha ido. El alumno nº7 contesta apesadumbrado que mal, que eran muchas cosas y no sabían qué hacer.

Nada dice nada más, se establece un breve silencio.

Ahora toma la palabra el instructor, que les dice que sospechaban muchas cosas. Les pregunta cuáles. Nº6 y nº8 responden. Dicen que primero pensaban una cosa, luego otra, cuando aparecían más síntomas otra.

De nuevo un pequeño silencio.

El instructor, con timidez y algo dubitativo, vuelve a participar. Pregunta a los alumnos del primer grupo qué impresión han tenido de su actuación. Para realizar una pequeña descripción y síntesis del caso, sugiere utilizar la pizarra que se sitúan al fondo de la sala, tras la silla en la que está sentado el instructor.

El instructor, ahora de pie junto a la pizarra, comienza haciendo un esquema sobre el caso 1, para lo que deja que los alumnos hablen comenten entre ellos y enumeren los aspectos más importantes. El profesor sale de la sala.

Habla el nº5, dice algunas cosas que han visto y otras que han pedido (pruebas).

El instructor les dice: “muy bien, habéis pedido esto, ¿me podéis decir para qué sirve? Le responde nº5.

El instructor continúa preguntando qué más han pedido. Hablan nº5 y nº4.

El instructor, con sus preguntas, va guiando a los alumnos y extrayendo información sobre el caso. Interpela constantemente a los alumnos con preguntas del tipo: ¿por qué habéis hecho esto? ¿qué ha ocurrido después? ¿por qué habéis pedido esto otro? Y para terminar... ¿qué habéis hecho?

Nº4 y 5 son los más participativos y los que contestan a sus preguntas y ayudan a completar la información que el instructor va recopilando en la pizarra.

El instructor pregunta a los miembros del otro grupo qué les ha parecido la actuación de los del primer grupo. Nº7 contesta que bien.

El instructor les dice que también piensa que lo han hecho muy bien. Les pregunta, “le habéis puesto una aspirina, ¿por qué?” Responde nº5.

El instructor le dice que “muy bien, eso se pone para que la placa coagule y...” Complementa y aclara lo que ha dicho nº5. Pregunta al otro grupo si está totalmente de acuerdo. Ellos dicen que sí, sin añadir más explicaciones.

El instructor les dice que ahora van a pasar a comentar el caso 2.

Nº8 describe el caso. Nº1 y otros más le corrigen en un dato. Nº8 sigue contando y, cuando termina, nº1 aporta más datos.

Una vez apuntados los grandes rasgos del caso 2 en la pizarra, el instructor pregunta qué les parece ese cuadro clínico, “qué es lo primero que pensasteis”.

Nº7 dice que un infarto.

El instructor les pregunta qué cosas han hecho para evitarlo.

A continuación se genera un diálogo entre los integrantes del grupo 2 y el instructor. El instructor. Al igual que para el caso 1, el instructor guía el análisis y reflexión sobre el caso con preguntas acerca de lo que han hecho, por qué, las consecuencias de sus acciones. (“¿qué se veía en el electro? Y luego, para intentar paliar el dolor es cuando le habéis puesto glicerina, ¿no? ¿Qué habéis pensado cuando habéis visto esa tensión? ¿Qué os parece que haya bajado la tensión con la morfina? ¿Y qué decís que habéis puesto para intentar bajar la tensión? ¿Qué opción os parece mejor, salino o glucosalino? ¿Y la antipina por qué se la habéis puesto?”). Nº5 es el que más participa. Muchas de las preguntas generan silencio entre los estudiantes y, por ello, en muchas ocasiones es el instructor quien termina respondiendo a esas preguntas.

Durante este diálogo vuelve a entrar el profesor, que se sienta en su sitio sin hacer ruido y se dedica a observar la escena en silencio.

El instructor, tras esta actividad de pregunta-respuesta para describir y clarificar el caso, decide hacer un pequeño repaso de lo que han visto. “Recapitulo. Entonces, habéis sospechado infarto. Como vemos, existe un paralelismo en los dos casos. Parecen parecidos pero no tienen nada que ver”.

Nadie habla. El instructor juega con nerviosismo con el rotulador que tiene en la mano.

El instructor les pregunta si ese aparente parecido con un diagnóstico final tan distinto no les ha llamado la atención.

Nº5 dice que su caso era más de manual mientras que en el otro era necesario mirar muchas más cosas. Nº6 dice que el segundo caso puede confundirse con muchas otras patologías.

El instructor les dice “muy bien, eso es”. Les pregunta qué otras complicaciones les puede dar.

El nº 8 dice que rotura.

El instructor les pregunta si no les ha llamado la atención la bradicardia.

Nadie contesta, cuchichean entre ellos.

El instructor les dice que lo digan en alto, que no tengan miedo que allí no está el paciente y pueden decir lo que quieran.

Continúan con la mecánica de pregunta respuesta acerca de todo lo que han hecho, cada paso, por qué, cómo. Los alumnos están muy atentos, miran a la pizarra. Al igual que antes, ante la ausencia de respuesta de los alumnos muchas preguntas son contestadas por el instructor. *(demasiado poco tiempo para responder, silencios incómodos para el instructor que le inducen a responderse él mismo)*

La sesión está terminando. El instructor les pregunta si se les ocurre algo que podrían hacer la próxima vez para mejorar la actuación con una paciente real.

La nº8 dice que, en su caso, pedir una prueba de enzimas cardíacas. Nº5 que monitorizarlo más rápido.

El instructor les dice que “es normal que la primera vez que hacéis esto os hayáis sentido sobrepasados, pero para eso estamos aquí”. Les dice si tienen alguna otra pregunta. “Erais cuatro médicos, cómo os habéis organizado para tratar el caso, cómo habéis trabajado en equipo”.

Nº7 responde que de ninguna manera, que ha sido todo muy caótico.

El instructor les pregunta si alguien se ha erigido en líder del grupo, en alguien que tomara las decisiones. Nº5 dice que no y que quizá eso es lo que ha faltado. El instructor está de acuerdo y dice que sería buena idea que alguien llevara la voz cantante para poder así actuar más coordinadamente.

Interviene por primera vez el profesor, que les pregunta por el paciente, si ha estado nervioso... Contesta nº5. El profesor les pregunta si han conseguido tranquilizarlo y nº5 dice que no, que más bien la chica (la confederada). Nº7 dice que el hecho de que fuera un muñeco y no tuviera gestos les ha hecho estar fuera de situación.

El instructor les dice que, para finalizar la sesión, cada uno diga algo que ha aprendido del caso que le vaya a servir fuera. Habla nº5 y dice que todo lo que haces en el hospital se te queda. El instructor le pregunta si algo concreto. Nº7 interviene diciendo que necesitan más experiencias de simulación, que sólo con una es difícil.

El instructor anima a decir algo a los que han estado callados. Nº4 responde “localizar el punto más débil tuyo, bloqueos a la hora de tratar con un paciente, como por ejemplo el diagnóstico

diferencial". El instructor le pregunta por su punto débil y ésta responde que el tratamiento. Nº 5 añade "y cuánto administrar".

Todos se ríen y asienten expresando su acuerdo.

El instructor les dice que son dudas normales, que cuando se empieza a hacer la residencia esas dudas les van a desbordar, pero siempre van a tener el apoyo de los adjuntos o residentes mayores.

Para finalizar, les pregunta qué es lo que más les has gustado. Nº3 dice que la diferencia con los casos que se trabajan normalmente en clase, en los que te viene un paciente con unos síntomas y le das un tratamiento y ya está. Sin embargo, en la simulación puedes ver cómo todo lo que haces tiene consecuencias, una decisión lleva a otra consecuencia...

El instructor pone fin a la sesión, todos se levantan y salen rápidamente del aula.