



AEPAp

Viernes 11 de febrero de 2011  
Taller:  
"¿Qué se necesita para ser tutor?  
Herramientas y recursos docentes. 2.<sup>a</sup>  
edición"

**Ponentes/monitores:**

- Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce  
*CS Juan de la Cierva. Getafe. Madrid.*
- M.<sup>a</sup> Dolores Gutiérrez Sigler  
*CS Dr. Stolz. Valencia.*
- Pilar Lafuente Mesanza  
*CS Erandio. Vizcaya.*

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Fernández-Cuesta Valcarce MA, Gutiérrez Sigler MD, Lafuente Mesanza P; ¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes. 2.<sup>a</sup> edición. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 341-52.



## ¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes. 2.<sup>a</sup> edición

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce  
*CS Juan de la Cierva. Getafe. Madrid.*  
[miguelfcuesta@gmail.com](mailto:miguelfcuesta@gmail.com)

M.<sup>a</sup> Dolores Gutiérrez Sigler  
*CS Dr. Stolz. Valencia.*

Pilar Lafuente Mesanza  
*CS Erandio. Vizcaya.*

### RESUMEN

En este artículo se abordarán tres aspectos de la tutorización del residente, como son el contacto inicial, incluida la planificación de la rotación, el *feedback* docente y el proceso de evaluación.

El contacto inicial con el residente comenzará con la orientación del mismo en aspectos prácticos, como el conocimiento de los espacios físicos del centro de salud, del resto de miembros del equipo, horarios, teléfonos, organización de la consulta...; posteriormente, valoraremos el bagaje formativo previo y las expectativas del residente, y finalmente acordaremos los objetivos de la rotación en función de las necesidades detectadas y los establecidos en el plan de formación de la especialidad.

El *feedback* docente es la herramienta más importante del tutor en el proceso de aprendizaje. Idealmente, debería tener las siguientes características: compartido, oportuno y esperado, descriptivo más que evaluativo, personalizado, concreto más que general, centrado en las necesidades tanto del que lo da como del que lo recibe, dirigido a conductas susceptibles de mejorar; solicitado más que impuesto, verificado para comprobar si ha sido correctamente comprendido, controlado mediante otros *feedback* procedentes de otras personas y referido a decisiones y actos y no a intenciones o interpretaciones.

Los sistemas de evaluación pueden clasificarse fundamentalmente en formativo y sumativo. La evaluación formativa tiene como objetivo fundamental saber si el MIR está aprendiendo adecuadamente con objeto de introducir medidas correctoras. Es sin duda la más importante. La evaluación sumativa se hace al final del aprendizaje y su fin es acreditar requisitos de titulación o de capacitación profesional.

El último programa de la especialidad de Pediatría y sus áreas específicas incluye, como novedad respecto a los anteriores, la rotación obligatoria por Atención Primaria y propone una guía de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) que deberían adquirirse durante la estancia formativa en atención primaria<sup>1</sup>. Por otra parte, el sistema de formación de especialistas en nuestro país está basado, según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) de 2003, en tres pilares: 1) la consecución de unos objetivos predeterminados; 2) la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios a través del estudio, el autoaprendizaje dirigido y la práctica tutelada con responsabilidad progresiva (el MIR va adquiriendo competencias progresivas mediante su trabajo con una autonomía creciente supervisada por el tutor), y 3) el establecimiento de la evaluación formativa y sumativa que permite conocer el cumplimiento de objetivos<sup>2</sup>. Este nuevo marco hace surgir la necesidad de pediatras de atención primaria (AP) formados en competencias docentes, que actúen como tutores de la rotación específica de Pediatría de AP; dichos tutores aparecen como figuras clave en el proceso de aprendizaje-enseñanza.

Este taller complementa el realizado el año pasado y comparte con él el objetivo general de aportar ideas clave sobre el proceso formativo y las herramientas docentes para conseguir que la rotación del MIR por AP no sea una mera transmisión pasiva de conocimientos sino un verdadero aprendizaje individualizado, activo y compartido, donde el tutor desempeñe el papel de orientar, supervisar y evaluar el proceso de aprendizaje del MIR. Así como el año pasado se centró en aspectos como la estructura docente, la acreditación, las peculiaridades del aprendizaje del adulto y las características que debe tener un tutor competente<sup>3</sup>; este año, el obje-

tivo específico de este taller es ayudar al pediatra de AP a diseñar la "hoja de ruta" que marque la rotación del MIR por AP.

## PLANIFICAR LA ROTACIÓN

**"Si tuviera nueve horas para talar un árbol, emplearía siete de ellas en afilar el hacha" (Abraham Lincon).**

Por planificar entendemos establecer 1) el orden que debe guiar el proceso educativo; 2) las diferentes partes que lo componen, y 3) la manera de integrarlas entre sí. Sin embargo, la planificación, por muy correcta que sea, no funciona sola; para que el proceso funcione debe ser participativo (basado en la reflexión y en la comunicación), adaptativo ("desde donde se está", "con lo que se tiene"), cualitativo, factible (busca un plan posible o realizable, no importa completar todos los contenidos, pero sí importa completar el ciclo de reflexión-acción en cada etapa o contenido), y tener en cuenta que los métodos educativos dependen de los actores involucrados (sus características y sus relaciones)<sup>4</sup>.

La coherencia y utilidad de un proceso formativo viene condicionada por la existencia de tres momentos o tres preguntas que debemos responder<sup>5</sup>:

### ¿Qué debemos enseñar?

Representa el "antes" del proceso y marca la intencionalidad. Es necesario revisar los objetivos para la rotación; estos objetivos están determinados por las necesidades del alumno, el perfil competencial, el contexto, las características de los alumnos, las posibilidades concretas de cada tutor...

No siempre la determinación de las necesidades es la primera fase de la planificación, otras veces se marcan unos objetivos a alcanzar y se va viendo si están justificados y son relevantes, y en caso contrario se reformulan, y en otras ocasiones son razones de oportunidad (disponibilidad de un docente, de un recurso, un caso u otra circunstancia) las que motivan la actividad docente.

### ¿Cómo voy a conseguirlo?

Marca el “durante” del proceso formativo. Los tutores deben conocer y utilizar unos métodos y técnicas docentes que les permitan llevar a cabo su tarea docente y conseguir establecer una interacción eficaz a lo largo de la rotación<sup>6</sup>. Realizar una buena acogida y conocer las técnicas para realizar *feedback* docente son las bases de una rotación productiva.

### ¿Cómo constatar que se han obtenido los resultados deseados?

Representa el “después” del proceso. Mediante la evaluación se pretende conocer los resultados reales del aprendizaje, detectando puntos débiles para así introducir medidas de mejora, y por otra parte garantizar la posesión de conocimientos y habilidades necesarias para ejercer correctamente la práctica profesional.

## ACOGIDA DEL RESIDENTE EN EL CENTRO DE SALUD

El tutor de Pediatría de AP, lejos de ser docente a tiempo completo, desempeña un trabajo fundamentalmente clínico. Además, cuando es la primera vez que se tiene residente, o cuando se pasan largas temporadas sin residente, cuesta un tiempo coger la rutina de la tutorización. Sin embargo, los primeros días de la rotación pueden ser críticos a la hora de facilitar la adaptación del residente al centro de salud, a la consulta y al tutor; por lo que resulta muy útil disponer de una sistemática que ayude a conocer al residente y dar a conocer el entorno en que se desarrolla el trabajo del pediatra de AP; es decir, se trata de detectar y aclarar las expectativas y los objetivos de los residentes, al tiempo que facilitamos que dichas expectativas y objetivos se contextualicen de forma que sean suficientemente realistas. A pesar de que el primer día suele ser complicado, lo mejor es reservar un tiempo para charlar con el residente y establecer las bases de una rotación productiva<sup>7</sup>.

### Comentar los aspectos prácticos del centro de salud, de la consulta y de la rotación

La lista de cosas para comentar cuando llega un residente puede ser interminable, e intentar cubrir todos los puntos puede llegar a ocupar demasiado tiempo. Por otro lado, una excesiva formalidad puede convertirse en un obstáculo para construir una relación de confianza entre el tutor y el residente, de ahí la importancia de desarrollar una estrategia de aproximación durante los primeros días que sea progresiva y centrada en el residente.

Debemos orientar al residente sobre aspectos como el conocimiento del centro de salud (presentación a los profesionales y administrativos del centro, lugar de trabajo, claves informáticas, oportunidades de aprendizaje que ofrece el centro...) y el conocimiento sobre la comunidad/la población atendida (características, recursos...).

Hay que conocer al residente, en qué año de residencia está, cómo encaja la rotación en sus planes profesionales, qué rotaciones ha realizado, con qué experiencia cuenta, qué habilidades domina y en qué áreas se siente más flojo.

La consulta del pediatra de AP está sometida a gran presión asistencial y, por lo tanto, al tutor se le plantea resolver el problema que supone integrar al residente al tiempo que realiza una asistencia de calidad. El reto de ejercer la tutorización consiste en integrar la docencia y la asistencia, consiguiendo un sinergia que estimule al tutor y además mantenga la carga de trabajo en límites manejables.

Existen cinco elementos clave para integrar al residente en la consulta:

- Situar y orientar al residente en la consulta.
- Animar a los pacientes a que acepten la docencia y a los residentes (nota explicativa en la puerta, presentación del residente...).
- Adaptar la agenda a los condicionantes docentes (la presencia de un residente puede aumentar la carga de trabajo de un tutor en unos 45 minutos al día).

- Mantener el funcionamiento de la consulta, adoptando medidas con el propósito de prevenir los atascos y no retrasarse demasiado.
- Encontrar tiempo para dedicar a la docencia.

Del mismo modo que simultanear la actividad clínica diaria con demasiada actividad docente puede llegar a ser agobiante, también es cierto que si el tutor no dedica tiempo suficiente a la docencia, los resultados serán deficientes e incluso pueden aparecer problemas. Lo mejor es proponerse dedicar un tiempo a la docencia todos los días, centrarse de forma breve en los aspectos más destacables de lo que se observe en la actuación del residente y en sus comentarios y finalmente anotar aquellos temas que se quiera comentar con el residente (y que el residente lleve sus propias anotaciones de lo que quiere tratar con el tutor).

### Conocer las expectativas del residente

Hay que aclarar con qué expectativas viene a la rotación, es decir, qué espera aprender con nosotros. Es importante que el tutor y el residente hablen directamente del tema, el tutor tiene el compromiso de guiar el proceso de aprendizaje clínico del residente y que complete su rotación adecuadamente.

Hay tres componentes de las expectativas que son importantes para el residente: 1) el programa formativo; 2) las expectativas del propio residente (sus necesidades de formación, lo que le gustaría aprender), y 3) las expectativas del tutor (horario, costumbres, valores de la consulta, relación tutor-residente...).

### Acordar unos objetivos para la rotación

“Cada vez que enseñamos algo a alguien impedimos que lo descubra por sí mismo” (Piaget).

El residente estará tanto más motivado en la medida que tenga un papel activo en la identificación de sus objetivos de aprendizaje. Este paso puede darse el primer día, tras

hablar de las expectativas, o se puede optar por esperar unos días para tener una idea más aproximada de las habilidades del residente; de esta forma, el residente también puede pensar un poco más sobre sus objetivos y adaptarlos mejor a las posibilidades del centro. En cualquier caso, lo importante es dedicar un tiempo a establecer los objetivos de la rotación conjuntamente con el residente.

La AEPap editó en el año 2009 una “Guía abreviada para la rotación del residente de Pediatría por Atención Primaria”, fruto del trabajo del Grupo de Docencia, un cuadrúptico diseñado con la intención de ayudar a residentes y a tutores en el diseño de los objetivos a alcanzar en las diferentes áreas competenciales que conforman la Pediatría de AP<sup>8</sup>, que actualmente se ha visto completada con la publicación del Programa de formación del Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria, donde se recoge el marco conceptual, y el conjunto de conocimientos que nos define y distingue del resto de subespecialidades pediátricas<sup>9</sup>.

Las características básicas de los objetivos de la rotación<sup>7</sup> son:

- No más de 5-7 objetivos, ya que pueden ser difíciles de abordar; han de ser realistas y estar basados en el programa formativo. Es recomendable elaborar objetivos generales que luego se extiendan en otros más específicos.
- Deben reflejar las expectativas de todas las partes implicadas (programa, residente y tutor).
- Han de estar diseñados sobre la base de las competencias (habilidades, conocimiento y actitudes) que se espera que adquiera el residente.
- Deben incluir estrategias concretas para alcanzar cada objetivo.
- Deben basarse y diseñarse para cada individuo.

Tras establecer estas bases para la rotación, es necesario hacer un seguimiento de los objetivos planteados. Para ello, el tutor cuenta con herramientas que le sirven para infor-

mar al residente de cómo realiza su trabajo y para ayudarle a descubrir e incorporar aquellos comportamientos que son adecuados para desempeñar correctamente su función; una de ellas es el *feedback* docente.

## FEEDBACK EN LA DOCENCIA DEL RESIDENTE

### ¿De qué se trata?

Podríamos definir el *feedback* como el conjunto de indicaciones que el tutor da a un residente sobre su actuación en una tarea de aprendizaje<sup>10,11</sup>.

No todos tenemos habilidad para la comunicación efectiva, pero como todas las habilidades, en el caso de no tenerla, la podemos aprender:

El modo en que se da y se recibe el *feedback* contribuye al proceso de aprendizaje. Las informaciones imprecisas, sentenciosas, inoportunas o inutilizables no son tan valiosas como las que son específicas, descriptivas, oportunas y prácticas.

Recibir críticas no suele ser agradable, pero recibir opiniones bienintencionadas y elaboradas solo puede favorecer el progreso formativo<sup>12</sup>.

El *feedback* consiste en clarificar cualquier tema que no esté claro, dejando que primero se autovalore el residente. Se comienza siempre con elementos positivos y solamente después se hacen recomendaciones de cambio, en vez de críticas.

¿Qué se ha aprendido? ¿Qué va bien? ¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles? ¿Qué puede mejorarse? No qué va mal<sup>7</sup>.

Detrás de cada *feedback* siempre hay una persona que lo emite y una que lo recibe, con sus propias percepciones y sentimientos. Hay que partir de la idea de que, tanto en la vida cotidiana como en la profesional, nos vamos a ver en situaciones en las que es necesario hacer una crítica a

alguien y que, si nosotros mismos partimos de la idea de que son "un mal trago" o algo negativo, ¿cómo no lo van a ver así los que las reciban? Así pues, proponemos afrontarlas como una oportunidad de mejorar la conducta de alguien y darlas con la mayor naturalidad posible<sup>13</sup>.

En resumen, podríamos definir el *feedback* docente como el conjunto de indicaciones que el tutor da a un residente sobre su actuación en una tarea de aprendizaje, y consiste en comentarios verbales que contribuyen a que el residente tenga una verificación de sus resultados. Desempeña un papel esencial en los procesos de aprendizaje y, aunque se relacione con la evaluación, **no emite un juicio de valor final** y no debe confundirse con la evaluación sumativa; es más bien una **valoración formativa**<sup>10</sup>.

El *feedback* implica el análisis de conductas, la observación y la valoración formativa del residente<sup>11</sup>.

### Conductas

Todas las acciones de los residentes son susceptibles de ser analizadas: anamnesis, examen físico, interpretación de los datos clínicos, formulación de hipótesis diagnósticas, petición de pruebas complementarias y de planes de tratamiento, ejecución de procedimientos, conducta del residente con el paciente y su familia, con otros profesionales y personal de colaboración, etc. Además, el tutor puede realizar periódicamente una evaluación global del desempeño del residente, que considere el conjunto de las acciones observadas durante el periodo.

### Observación

Idealmente, el *feedback* debe ser entregado por el mismo tutor que está efectuando la observación, por lo que debiera ocurrir naturalmente, como parte del trabajo diario. Aunque puede ser dado por todos los tutores y aun otros compañeros residentes que estén en posición de hacerlo, el tutor a cargo de un residente tiene la obligación de proporcionarlo. Esto es especialmente importante a nivel de la residencia, pues el *feedback* es un componente fundamental de la tutorización activa continuada.

## Valoración

Para evaluar las conductas observadas, el docente debe conocer claramente los objetivos de la rotación, estén o no expresados por escrito. Estos objetivos deben ser

compartidos por todos los tutores de un centro de salud, lo que implica que deben ser comunicados, verbalmente o por escrito, y recordados periódicamente en las reuniones sobre docencia.

**Tabla 1.** Características del *feedback* docente

¿Por qué?	¿Cómo?	¿Cuándo y dónde?	¿De qué manera?
<p>Porque permite al residente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tener información sobre sus logros y sus carencias (algo siempre deseado por el que aprende).</li> <li>■ Comprender dónde están sus fortalezas y debilidades y las áreas que debe cambiar.</li> <li>■ Conocer los progresos en relación a sus metas personales.</li> <li>■ Saber que el tutor se está tomando interés en su aprendizaje.</li> <li>■ Aclarar y confrontar hechos.</li> <li>■ Descubrir alternativas.</li> <li>■ Aumentar la motivación.</li> </ul>	<p>El <i>feedback</i> útil y efectivo ha de ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Compartido: el docente y el alumno deben sentirse parte de un equipo.</li> <li>■ Oportuno y esperado.</li> <li>■ Descriptivo más que evaluativo.</li> <li>■ Personalizado: basado en observaciones efectuadas personalmente por el docente.</li> <li>■ Concreto y específico más que general.</li> <li>■ Centrado en las necesidades tanto del que lo da como del que lo recibe.</li> <li>■ Referido a conductas susceptibles de mejorar.</li> <li>■ Solicitado más que impuesto.</li> <li>■ Verificado para comprobar que ha sido correctamente comprendido.</li> <li>■ Controlado mediante otros <i>feedback</i> procedentes de otras personas.</li> <li>■ Debe referirse a decisiones y actos y no a intenciones o interpretaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Es conveniente negociar con el alumno cuándo y dónde efectuar el <i>feedback</i>.</li> <li>■ El mejor momento para dar <i>feedback</i> es lo más próximo en el tiempo al hecho concreto.</li> <li>■ En la tutorización activa continuada, de forma continua ante las múltiples situaciones cotidianas de la consulta.</li> <li>■ En el caso de que existan reuniones periódicas de evaluación formativa, permitirá al residente autoevaluarse previamente.</li> <li>■ En un ambiente adecuado, sin testigos y con carácter formal.</li> </ul>	<p>Técnicas para dar <i>feedback</i> constructivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Comenzar con lo positivo para llegar a lo negativo.</li> <li>■ Ser concreto, claro y constructivo.</li> <li>■ Ser descriptivo más que evaluativo.</li> <li>■ Centrarse en la acción, no en la persona.</li> <li>■ Referirnos a un solo aspecto a la vez.</li> <li>■ Solicitar alternativas u ofrecerlas.</li> <li>■ Personalizar el <i>feedback</i>: "Yo creo".</li> </ul>

**Tabla 2.** Diferencias entre crítica y *feedback*

Crítica	<i>Feedback</i>
Se centra en la persona	Se centra en temas o problemas
Mira hacia el pasado	Mira hacia el futuro
Culpabiliza	Mira cómo solucionar conjuntamente los problemas
Hace generalizaciones	Se centra en situaciones particulares
Dice "siempre" o "nunca"	Hace comentarios específicos
Comienza desde una postura de hostilidad o agresión	Utiliza un acercamiento amistoso y positivo

## ¿Por qué, cómo, cuándo, dónde y de qué manera establecemos un *feedback* con nuestros residentes?

Se resume en la tabla 1.

### Características del tutor que favorecen el buen *feedback*

Desde el primer contacto del tutor con el residente es conveniente que le comunique la utilidad del proceso de *feedback*. El residente debe percibir que forma un equipo con el tutor y demás personal de AP, y que el *feedback* va a ser utilizado para su propio aprendizaje.

Hay que tener mucho cuidado para que nuestro *feedback* negativo no resulte una simple crítica. Por ello, debemos conocer muy bien las diferencias (tabla 2).

Por ejemplo: la residente, le ha dicho a una madre hipocondriaca que la tos de su hijo podría ser un asma (primera visita, antes de ser confirmado el diagnóstico), esta se ha asustado mucho y le ha dicho al tutor que ya no quiere volver a ser atendida por la residente.

Nosotros como tutores queremos proporcionar un *feedback* constructivo a nuestra residente, para que comprenda que quizá, en este tipo de familiar, no se puede dar la mala noticia sin conocer antes su idiosincrasia y sin confirmar el diagnóstico (tabla 3).

La comunicación que se establece entre tutor y residente es similar en muchos aspectos a la relación médico-paciente: del mismo modo que en esta establecer una comunicación eficaz depende de las características del médico; en aquella, las características más importantes de un tutor para poder proporcionar un *feedback* efectivo serían:

- Empatía, es decir, comprender las emociones del residente.
- Respeto y aceptación de las características positivas y negativas del residente.
- Calidez, expresada en preocupación por sus necesidades y dificultades.
- Claridad en la expresión de las necesidades de los residentes y en las recomendaciones del tutor:
- Autenticidad, que exista una congruencia entre la preocupación del profesor y la actitud que este muestra para con los alumnos.
- Confianza, que haga posible que el tutor comparta sus sentimientos y experiencias con los residentes, lo que los expertos califican como una de las principales herramientas para transmitir modelos de conducta.
- Dedicación, que haga posible que el tutor tenga el deseo de abordar los problemas difíciles en la relación docente-alumno.

**Tabla 3.** Diferencias entre crítica y *feedback*. Ejemplo

Crítica	<i>Feedback</i>
"¡Eres tan impaciente y precipitada!"	"Con madres de este tipo, es útil no adelantar el diagnóstico"
"Otra vez te has precipitado, ¡siempre haces lo mismo!"	"Si esperas un poco, verás como resulta más cómodo para las dos"
"¡Has conseguido asustarla, ahora como no se confirme..."	"¡Hay que pensar cómo vamos a tratarla entre las dos cuando vuelva!"
"Los precipitados como tú no llegan a ninguna parte..."	"En este caso, te has adelantado, pero intentaremos solucionarlo"
"¡Siempre te precipitas...!"	"En estos casos a mí me da buen resultado... no decir demasiado"
"¡De esta forma no llegarás a ninguna parte!"	"Esta madre, como es tan aprensiva no admite..."

## EVALUACIÓN

La evaluación es un elemento integrante y fundamental en el proceso formativo. Mediante la evaluación se trata de conocer los resultados reales del aprendizaje con dos objetivos fundamentales: por un lado detectar déficits formativos para introducir medidas de mejora, y por otro garantizar la posesión de los conocimientos y habilidades necesarios para ejercer correctamente la práctica profesional<sup>14</sup>. En función del objetivo, los sistemas de evaluación pueden clasificarse en dos tipos: formativo y sumativo (o acreditativo).

Tradicionalmente, se ha enfatizado excesivamente en la evaluación de conocimientos, en detrimento de otras dimensiones importantes del aprendizaje. Es evidente que es necesario poseer los conocimientos para saber "cómo hacer", pero no podemos afirmar que un individuo es competente porque posee muchos conocimientos, si no sabemos si es capaz de utilizarlos para resolver un problema determinado (competencia)<sup>15</sup>.

La competencia profesional podría definirse como la utilización de los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio para manejar y resolver adecuadamente las situaciones que supone el ejercicio profesional<sup>16</sup>. Se trata de un concepto complejo que no se limita a la adquisición de conocimientos, sino que contiene otros muchos componentes, como habilidades, actitudes, aptitudes y buen juicio, que interaccionan entre sí y con el entorno, y aunque muchos de estos elementos son mensurables, la competencia es más que la suma de los mismos.

Todos los sistemas de evaluación tienen fortalezas y puntos débiles. El aprendizaje incluye muchas facetas, no todas igualmente evaluables: no es lo mismo evaluar la adquisición de un concepto que el dominio de una destreza, y la comprobación de los distintos aprendizajes exige métodos diferentes. Lo ideal sería que la evaluación de la competencia (lo que el residente es capaz de hacer) reflejara la práctica real cuando no se siente observado. La mejor manera de valorar el "cómo hacer" es a través de la observación del desempeño.

En Estados Unidos, la evaluación de los residentes se basa fundamentalmente en un modelo desarrollado por el Accreditation Council for Graduate Medical Education, que utiliza seis áreas competenciales interrelacionadas: conocimiento médico, cuidado del paciente, profesionalidad, comunicación y habilidades interpersonales, aprendizaje basado en la práctica y práctica sistemática. En España, el proceso de evaluación está recogido en el Real Decreto 183/2008 en el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria<sup>17</sup>.

### Evaluación formativa

La evaluación formativa o continuada consiste en el seguimiento del proceso de aprendizaje, evaluando su progreso y la adquisición de competencias en relación con los objetivos establecidos en el programa de rotación y en el plan personalizado de formación del residente, al tiempo que permite identificar áreas y competencias susceptibles de mejora sobre las que incidir a fin de corregirlas. Constituye por sí misma un catalizador del proceso de enseñanza mediante su función de *feedback*.

La evaluación formativa debe ser un proceso continuo y no un acto aislado. Una evaluación puntual puede verse alterada por variables que se den en ese momento concreto, afectando a su validez, y además no se produce en las condiciones normales de actuación. Por tanto, debería realizarse en el mismo terreno en el que se lleva a cabo la formación y por los agentes que comparten la práctica con los evaluados, de manera que se pueda garantizar que los aprendizajes se van asimilando de manera significativa y que el contexto no se altera.

Para que la evaluación formativa sea más fructífera es recomendable que sea un proceso participativo, de manera que el evaluado también tome parte en su diseño. También es importante ofrecer al residente la posibilidad de expresar su opinión sobre cómo se está llevando a cabo el proceso de formación y hacer las sugerencias que le parezcan oportunas para poder mejorarlo.

## Instrumentos de evaluación formativa

Entre los instrumentos de evaluación formativa se pueden citar los siguientes<sup>18,19</sup>:

- **Entrevistas periódicas** entre tutor y residente. Se aconseja realizarlas al menos una vez cada trimestre, por lo general en la mitad de un área o bloque formativo.
- **Instrumentos específicos** de valoración objetiva. Establecidos por cada programa formativo.
- **Libro del residente.** Además de las rotaciones realizadas, deben quedar registradas en él todas las actividades que el especialista en formación realice durante su periodo formativo que atestiguan su aprendizaje. Es importante que se considere y utilice como un instrumento de autoaprendizaje que favorezca la reflexión individual y conjunta con el tutor para mejorar las actividades de formación. El libro es propiedad del residente, quien lo cumplimentará con ayuda del tutor:

Otros, también susceptibles de ser utilizados en la evaluación sumativa:

- **Observación real.** Sin duda, es el mejor instrumento de evaluación formativa, siempre que se acompañe de un adecuado *feedback*, aunque la subjetividad puede suponer un problema. Además, precisa un tiempo de observación de la interacción del residente con el paciente, no siempre suficiente.
- **Análisis de videograbaciones** de la práctica en la consulta. Cada vez más utilizado en medicina de familia.
- **Pacientes estandarizados.** Se lleva a cabo por actores que simulan situaciones clínicas o pacientes que permiten ser manipulados o alterados con fines docentes.
- **Portafolio docente**<sup>20-22</sup> (también para la evaluación sumativa). Se trata de una colección de pruebas o

evidencias que demuestran que el aprendizaje personal necesario para ejercer determinadas competencias ha sido completado. Aunque también se utiliza para la evaluación acreditativa, se trata fundamentalmente de un instrumento de tutorización continuada. Entre los elementos que pueden incluirse en el portafolio docente se incluyen: datos curriculares, cursos, jornadas y comunicaciones, plan de aprendizaje, registros clínicos e incidentes críticos (sucesos de la práctica profesional que nos han causado dudas, sorpresa o inquietud por su falta de coherencia o resultado inesperado).

- **Informe de autorreflexión.** Mención especial merece este informe. Se trata del elemento fundamental y consiste en una reflexión realizada por el residente sobre algún aspecto de su aprendizaje. Se puede realizar regularmente en forma de diario de autorreflexión
- **Audit**<sup>23</sup>. Podemos definir el audit médico como la evaluación retrospectiva de la práctica asistencial realizada por los propios profesionales responsables de la asistencia y encaminada a encontrar soluciones prácticas a los déficits que se detectan. Puede ser externa o interna (*self-audit*, realizada por el propio profesional, o *peer-review*, en grupo o entre iguales).

## Evaluación sumativa o acreditativa

La evaluación sumativa se hace al final del aprendizaje y su fin es acreditar requisitos de titulación o de capacitación profesional. Incluye la evaluación anual y la evaluación final.

Tiene por objeto garantizar que los profesionales tienen los conocimientos, poseen las habilidades y disponen de las actitudes suficientes para poder asegurar que el ejercicio de la práctica de su profesión será bien realizado. Por tanto, existe una responsabilidad irrenunciable de las instituciones, de los responsables de formación y de los tutores con los ciudadanos para dirimir con la mayor objetividad posible la competencia, es decir, la aptitud para ejercer del residente.

Existe la posibilidad de llevar a cabo una evaluación sumativa o acreditativa bien mediante la evaluación continuada de los tutores o a través de evaluadores externos.

La evaluación continuada es más valiosa, al aportar información integral sobre la práctica en condiciones reales y estar recogida por la persona que dispone de un mejor conocimiento sobre los conocimientos, habilidades y actitudes del residente. Entre sus inconvenientes están la posible existencia de un sesgo favorecedor y de un componente de subjetividad que podrían afectar a la validez y comparabilidad de las evaluaciones de los distintos tutores.

Una evaluación mediante prueba objetiva puede evitar esos posibles sesgos pero, por contra, tiende a evaluar fundamentalmente el conocimiento de datos que el residente ha logrado memorizar, en lugar de destrezas, procedimientos o actitudes, facetas todas ellas fundamentales del aprendizaje pero más difícilmente evaluables.

### Instrumentos de evaluación sumativa

- **Análisis curricular.** Evalúa las actividades formativas realizadas (cursos, prácticas, etc.), valorando los conocimientos supuestamente adquiridos mediante la realización de actividades.
- **Examen escrito tipo test.** Valora fundamentalmente el conocimiento de datos aislados. Los exámenes de respuestas múltiples entre las que el evaluado tiene que elegir la correcta tienen la limitación de que el residente podría no haberla acertado de no haber contado con el resto de las opciones.
- **Preguntas y respuestas cortas.** Habitualmente relacionadas con una situación clínica, permiten evaluar conocimientos y habilidades de manejo, tanto más cuanto más contextualizadas sean.
- **Imágenes clínicas.** Pueden ser dermatológicas, radiográficas, electrocardiográficas, etc.

- **Examen oral tradicional.**
- **Maniqués y simulaciones de ordenador.** Valoran habilidades en técnicas concretas, como RCP, intubación, suturas, punciones, etc.
- **Revisiones de historias clínicas.**
- **Paciente estandarizado.**
- **Evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) <sup>15,24</sup>.** Es un formato de examen que incorpora diversos instrumentos evaluativos que simulan situaciones clínicas y tratan de reproducir lo que el profesional haría en las condiciones reales de la práctica clínica ante evaluadores externos.
- **Evaluación 360° o integral.** Se trata de recabar la opinión de otros actores de proceso formativo diferentes del tutor; como pueden ser otros tutores, enfermeras, compañeros residentes e incluso pacientes.

La normativa oficial no contempla una prueba final de la rotación, salvo de manera optativa para quienes deseen acreditar un nivel de excelencia superior; que podría servir ulteriormente como mérito para la carrera profesional.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Orden SCO/3148/2006 de 20 de septiembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. Boletín Oficial del Estado, n.º 246, (14/10/2006): 35657-61.
2. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, n.º 280, (22/11/2003):41442-58.
3. Domínguez Aurrecoechea B, García Rebollar C, Villaizán Pérez C. ¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes. En: AEPap ed.

- Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p. 309-22.
4. Prados Torres JD, Saura Llamas J. Los planes de formación individualizados y los contratos pedagógicos. En: Ruiz Moral R (ed). Educación Médica. Manual Práctico para clínicos. 1.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 45-50.
  5. Fernández Casalderrey C. Herramientas de tutorización de residentes: el proyecto docente de tutor de pediatría. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2009;2(2): 117-20.
  6. Saura Llamas J, Saturno Hernández P, Romero Sánchez E. Propuesta de un "mapa" de métodos y técnicas docentes para ayudar a los tutores a "viajar por el programa docente". *Aten Primaria.* 2007;39(9): 497-505.
  7. Pérez Franco B, Turabián JL, Loayssa JR, Molina F, Prados D, Rodríguez JJ, y cols. Aprender a ser tutor. Curso práctico para mejorar tus habilidades. Barcelona: semFYC; 2008.
  8. Domínguez Aurrecochea B, Hijano Bandera F, Fernández-Cuesta MA, Villaizán Pérez C, García Rebollar C, Gutiérrez Sigler MD. Guía abreviada para la rotación del residente de pediatría por Atención Primaria [fecha de acceso 24/10/2010]. Disponible en [http://www.aepap.org/docencia/cuadriptico\\_MIR.pdf](http://www.aepap.org/docencia/cuadriptico_MIR.pdf)
  9. Grupo de Docencia MIR de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de formación. Área de Capacitación específica en Pediatría de Atención Primaria. 1.ª ed. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010.
  10. Fernández Casalderrey C, Segovia Monteagudo C. Herramientas de tutorización de residentes: el feedback docente. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2009; 2(1):60-3.
  11. Fernández Casalderrey C. El feedback como metodología de tutorización. *Tribuna Docente.* 2002;3:73-9.
  12. Dunphy J. Dar y recibir feedback. Técnicas de comunicación para directivos dirigidas a estudiantes de licenciatura. 2002 [fecha de acceso 22/07/2010]. Disponible en <http://mit.ocw.universia.net/15.279/OcwWeb/Sloan-School-of-Management/15-279Management-Communication-for-UndergraduatesFall2002/LectureNotes/index.htm>
  13. Bossi I. ¿Para qué dar feedback? ¿Cómo hacerlo de forma efectiva? Universidad del CEMA [fecha de acceso 23/07/2010]. Disponible en [http://www.ucema.edu.ar/~jib/Documentos/DT\\_05\\_-\\_El\\_feedback\\_efectivo\\_v2.pdf](http://www.ucema.edu.ar/~jib/Documentos/DT_05_-_El_feedback_efectivo_v2.pdf)
  14. Prados JD, Santos MA. La evaluación de los MIR como un proceso de aprendizaje. *Med Fam (And).* 2000;1:78-83.
  15. Brailovski CA, Miller F. Evaluación de la competencia en el contexto profesional. *DPM.* 2008;1:13-26.
  16. Epstein R, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 2002;287:225-35.
  17. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 45 (21-02-2008): 10020-35 [fecha de acceso 10/11/2010]. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>
  18. Fernández-Cuesta MA. Evaluación de la Formación y Competencia Adquirida. En: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, ed. Manual para tutores de MIR en Pediatría de Atención Primaria. Barcelona: SEPEAP; 2008. p. 121-33.
  19. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl Med.* 2007;356:387-96.
  20. Prados JA. Preguntas sobre la evaluación de las competencias y alguna respuesta: portfolio. *Aten Primaria.* 2005;36:3-4.

21. Torán-Montserrat P, Arnau i Figueras J. El portfolio como instrumento de valoración del residente. *Aten Primaria*. 2006;37:371-3.
22. Driessen E, van Tartwijk J, Vermunt JD, van der Vleuten CP. Use of portfolios in early undergraduate medical training. *Med Teach*. 2003;25:18-23.
23. Ezquerro M. El self-audit o auto-auditoría como instrumento de aprendizaje y evaluación. *DPM*. 2008;1:40-44.
24. Martínez JM. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO-E) [fecha de acceso 30/09/2010]. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v8s2/metodos.pdf>