



**UNIVERSIDAD
PANAMERICANA.
ESCUELA DE CIENCIAS
DE LA SALUD.**



**PROGRAMA DE
DESARROLLO
DOCENTE EN
CIENCIAS DE LA
SALUD**

BOLETIN PRODDECS

*Año 4 Volumen 4 Número 2 Julio – Diciembre
2015.*

CONTENIDO

Evaluación del taller de prácticas de adolescencia por
estudiantes de psicología.

Paulina Arenas.....3

Análisis de Reactivos de Genética.

Jazmín Arteaga.....7

Análisis de Reactivos de Oncología

Alejandra Armengol.....12

Suplemento:

Evaluación de competencias.

Parte III: Listas de cotejo.....14

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Gregorio T. Obrador Vera
Dr. Stephanie Derive Lavaux
Dr. Antonio Villa Romero
Dr. David Servín Hernández

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR: Dr. David Servín Hernández

MIEMBROS:

Dra. María de la Luz Casas Martínez
Dr. Mario Enrique Rendón Macías
Dr. Stephanie Derive Lavaux

ASISTENTE EDITORIAL

Lucía Olvera Espínola

El Boletín del Programa de Desarrollo Docente en Ciencias de la Salud es una publicación periódica cuatrimestral editada por la Subdirección de Educación Médica de la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana, Donatello 59, Col. Insurgentes Mixcoac, 03920 México DF, Tel 54821600 ext. 5655, 5644. Editor Responsable: Dr. David Servín Hernández. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo en trámite. ISSN en trámite. Las opiniones expresadas por los autores son de su propia responsabilidad. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos de esta publicación sin previa autorización escrita del editor.

EVALUACIÓN DEL TALLER DE PRÁCTICAS DE ADOLESCENCIA POR ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA.

Profesora: Paulina Arenas.

Asignatura: Prácticas en la Adolescencia.

Asesor: David Servín

INTRODUCCIÓN.

Los talleres son espacios para la recreación, reelaboración y reconstrucción de saberes, afectos y conocimientos. Mediante la vivencia, la reflexión y la conceptualización, se logra la construcción del conocimiento o cambio de habilidades, destrezas y actitudes.

Las características de un taller son:

- Se parte de la práctica como fuente de conocimiento: “aprender haciendo”.
- Es una instancia de reflexión. Se analizan e interpretan las acciones.
- Hay mucha crítica, pero ésta es creativa, integradora y positiva: se aprende analizando los errores.
- La forma de evaluación es conjunta entre facilitadores y participantes.
- Los facilitadores fomentan en los participantes la realización de sus tareas mediante una relación basada en el diálogo, y son responsables del grupo y lo dirigen hacia el logro del proceso de enseñanza – aprendizaje/reflexión.

Asimismo, en los talleres, los facilitadores deben estar muy atentos a los sentimientos e ideas que surjan frente a la problemática, para luego orientarlas.

Se recomienda realizar actividades que inviten al trabajo en equipo. Eso genera vínculos entre las personas participantes y promueve la construcción colectiva de conocimiento. Para ello, se planean dinámicas y actividades reflexivas. Es importante que el tema esté relacionado con las necesidades de las personas participantes.

En este trabajo se presenta la evaluación de un taller de prácticas de adolescencia que se llevó a cabo por parte de estudiantes de la Escuela de Psicología.

METODOLOGÍA.

Las prácticas de adolescencia se realizan con una población de niños, niñas y adolescentes entre 12 y 18 años de edad, que dependen de la calle para su sobrevivencia; a sus familias y comunidad. Sus problemáticas en general se refieren a dependencia de la calle para su sobrevivencia; adicciones; víctimas de explotación sexual, comercial o laboral; migración ilegal; violencia física, psicológica, emocional y/o sexual; maternidad/paternidad adolescente. Se diseñó y se elaboró el cuestionario que se presenta en el Cuadro 1. Se aplicó a todos los alumnos que durante el semestre rotaron por la sede de las prácticas de adolescencia. Se obtuvieron las opiniones de los alumnos acerca de las sesiones del taller al que asistieron y también sobre su propio desempeño.

CUADRO 1. CUESTIONARIO ACERCA DE LAS SESIONES DEL TALLER

Fecha: _____ Hora _____

Número de sesión: _____

Nombre de la actividad: _____

Psicólogos responsables: _____

Nombre del Alumno: _____

1. Aspecto y actitud de los participantes (aliño, higiene, nivel de atención).
2. Actitud de los facilitadores (directiva, confrontativa, conciliadora).
3. Verbalizaciones de los participantes acerca de las principales inquietudes que quisiera tratar en el taller.
4. Habilidades que promueven los facilitadores y técnica (s) utilizada (s):
5. Procedimiento/Desarrollo de la sesión de taller:
6. Recursos de los participantes (características de personalidad, apoyo social percibido, nivel de motivación, personas significativas).
7. Cierre de la sesión (acuerdos, tareas, conclusiones).
8. Reflexiones / Comentarios (análisis de la sesión):

RESULTADOS.

Se presentan opiniones señaladas por los estudiantes de psicología acerca del taller de prácticas de adolescencia:

1ª sesión.

Aspecto y actitud de los participantes:

“Hubo muy buena actitud, muy cooperadoras. Trabajaron con respeto, escuchando opiniones, levantando la mano”.

Actitud de los facilitadores:

“Participativos, organizados, buena comunicación de los facilitadores”.

Reflexiones/Conclusiones:

“Existió un buen dialogo en el grupo y se pudo lograr el objetivo de la práctica. Faltó colocar todos los nombres”.

4ª Sesión.

Aspecto y actitud de los participantes:

“Las niñas los primeros minutos de la sesión estuvieron un poco aburridas porque nos tardamos mucho en empezar, tenían una actitud poco relajada con nosotras hasta que empezamos a hablar con ellas. En el ice- breaker algunas sintieron mucha pena de hablar enfrente de todas sus compañeras y hacia nosotros por eso el ambiente se sintió un poco tenso. Ya en la actividad de cierre las niñas quedaron satisfechas con el taller y mostraron una actitud cooperadora”.

Actitud de los facilitadores:

“Al principio de la sesión hubo algunos errores de nuestra parte ya que no supimos a qué hora empezar a dar la bienvenida, estuvimos en el rincón del salón sin decir nada y creo que esto repercutió en la primera impresión para las participantes del taller. Una vez que empezamos fuimos mejorando y fuimos empáticos con las niñas, al momento de platicar con ellas

establecimos muy buena relación con ellas. Siento que si fuimos permisivas en esta primera sesión y esto fue un poco para que no nos vieran tal como sus maestras sino como un apoyo para ellas”.

Reflexiones / Comentarios:

“En general por parte de nosotros como moderadores siento que lo podemos hacer mejor pero los nervios de las primeras sesiones si se llegaron a notar; en cuanto a las niñas, necesitan tomar confianza hacia nosotros y esto siento que se va a lograr en sesiones posteriores”.

7ª sesión.

Aspecto y actitud de los participantes.

“En general, mostraron buena higiene y aliño. Al comentar el tema que se trataría en la sesión, tomaron una actitud retraída. Les daba pena comentar acerca del tema y eso limitó el desarrollo de la sesión, a pesar de que sus niveles de atención y cooperación eran buenos”.

Actitud de los facilitadores.

“Durante toda la sesión, al ver que las integrantes del grupo no participaban del modo esperado, se impulsó mucho la participación y su capacidad de reflexión con juegos y hasta con la misma inclusión de las participantes. La actitud fue directiva. Se sugiere que en las próximas sesiones, se tengan consideradas otras actividades alternativas para un mejor desarrollo de la sesión”.

Reflexiones / Comentarios:

“Probablemente se debieron haber usado actividades más dinámicas y tener de alternativa otras actividades al ver que las participantes se encontraban en una actitud tan pasiva”.

“Intentar que los coordinadores de las actividades no pierdan el ritmo de la sesión y que al contrario, lo elevaran al percibir que éste es lento”.

10ª sesión.

Aspecto y actitud de los participantes:

“Se mostraron un poco inquietas, lo que a veces distraía las actividades, pero también estaban con actitud cooperadora y reflexiva, abiertas a compartir sus emociones y experiencias. La mayoría se notaba relajada, sin embargo dos de ellas se mostraron bastante inquietas lo que generaba algo de tensión. Una de ellas se notaba especialmente callada e indiferente al taller e incluso irritable cuando se le tomaba en cuenta. Sin embargo en un juego participó por voluntad propia y parecía contenta de hacerlo”.

Actitud de los facilitadores:

“Daban por hecho cosas; cierta indiferencia; directivas, líder, controla y maneja; indiferente; Aplauden mucho a unas participaciones y a otras no las toman tanto en cuenta; motivadoras; risas que se pueden malinterpretar”.

Reflexiones / Comentarios:

“En general fue una buena sesión, aunque si me parece que deberíamos de practicar alguna técnica que nos permitiera tener una mejor conducta por parte de las niñas en la sesión; así como también hacer una reflexión de las propias conductas que tenemos y que pueden malinterpretarse y llevarnos a perder la relación con las niñas”.

CONCLUSIONES.

En la medida que los talleres constituyen un proceso de formación, es muy importante efectuar una evaluación de ellos cuando los estudiantes cumplen una rotación. Por lo tanto, este trabajo responde a la necesidad de contar con un procedimiento formal para cumplir con dicha evaluación.

Un taller es una actividad voluntaria para ambas partes, tanto para la persona facilitadora como para las personas participantes, en la cual, se integran el pensar, el sentir y el hacer que a su vez son herramientas e instrumentos de aprendizaje.

Las personas participantes ofrecen su aporte personal, creativo y crítico. Se transforman en sujetos creadores de su propia experiencia; NO son meros receptores.

Asimismo, es un equipo de trabajo; no hay maestro que enseña y alumnos que aprenden. Es el equipo que a través de la reflexión y el trabajo, el *inter-aprendizaje*, produce su propio conocimiento: “va aprendiendo a conocer y a conocerse”.

En la realización de los talleres en la asignatura de Prácticas de Adolescencia propicia en las estudiantes diversas experiencias. Al aplicar el cuestionario que se diseñó para evaluar dichas actividades se obtuvo información cualitativa que en gran parte puede reflejar lo que las alumnas vivieron y la responsabilidad que antepusieron en su trabajo.

Se observa que las experiencias pueden ser narradas en forma heterogénea, desde una descripción detallada hasta el señalamiento de puntos de vista críticos y propositivos.

Desde el aspecto pedagógico es esencial continuar con la realización de talleres a fin de propiciar experiencias significativas en las estudiantes y, al mismo tiempo, analizar cuáles son las áreas de oportunidad para que pueda mejorarse la calidad de dichas prácticas.

BIBLIOGRAFÍA.

- Rodríguez M. El taller: una estrategia para aprender, enseñar e investigar. Universidad Francisco José de Caldas, Colombia, 2012, 13-43.
- Perdomo N. Los retos del aprendizaje: el taller como estrategia pedagógica. Consulta: www.emagister.com. México 2015.

ANÁLISIS DE REACTIVOS DE GENÉTICA

Profesora: Jazmín Arteaga.

Asignatura: Genética.

Asesor: David Servín.

Resumen del Caso Clínico: Femenino de 17 años de edad quien es evaluada por talla baja y amenorrea primaria. La madre refiere amenaza de aborto a las 16 semanas de gestación, producto de término, respiró y lloró al nacer, peso al nacimiento de 2800gr y talla de 49cm. A la exploración física presenta talla de 138.5cm, relación de segmentos superior/inferior 0.90, soplo cardiaco en foco aórtico, escoliosis, acortamiento bilateral del 4° metacarpiano, genitales Tanner III, mamas Tanner II.



Pregunta. Con los datos anteriores su impresión diagnóstica es:

Opciones de respuesta	
A)	Síndrome de Turner
B)	Síndrome de Noonan
C)	Discondrosteosis de Leri-Weill
D)	Osteodistrofia hereditaria de Albright
Justificación-explicación de la respuesta correcta	<i>El síndrome de Turner en la adolescencia se caracteriza por talla baja y amenorrea primaria secundaria ésta última a estrias gonadales. Con frecuencia presenta cardiopatía congénita siendo la coartación aórtica la más característica en estos pacientes y en la adultez la disección aórtica es la principal causa de mortalidad. Además la facies triangular, los nevos hiperpigmentados (mostrados en la imagen) así como la hipoplasia de los metacarpianos son característicos de este síndrome.</i>
Justificación-explicación de las respuestas incorrectas	<i>El síndrome de Noonan, la discondrosteosis de Leri-Weill y la osteodistrofia hereditaria de Albright presentan talla baja pero no amenorrea primaria, además que el síndrome de Noonan tiene otra cardiopatía característica, la estenosis pulmonar. La discondrosteosis de Leri-Weill presenta deformidad de Madelung y la osteodistrofia de Albright cursa con pubertad precoz, facies característica y manchas café con leche.</i>
Referencias. Autor, Título, Año, Editorial, País, Páginas(s)	
1)	Cassidy SB, et al. Management of Genetic Syndromes, 2005, Wiley-Blackwell, Second edition, USA, 589-606 pp.ills.
2)	Lyons K, et al. Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation, 2013, Saunders, Seventh Edition, USA, 78-83 pp ills.
Competencia específica. El profesional debe de ser capaz de: Integrar un diagnóstico clínico de las cromosopatías más frecuentes en el humano, reconoce los principales diagnósticos diferenciales y conoce la historia natural de la enfermedad.	
Componente de error. El profesional incurre en error por: No reconocer las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad así como los datos cardinales para el diagnóstico clínico. No reconoce los diagnósticos diferenciales de la patología.	

ANÁLISIS.

En el caso se incluyen los elementos clave para establecer el diagnóstico en cuestión, es decir, existe una vinculación adecuada entre los datos que se describen en el caso y la pregunta que se formula y las opciones de respuesta que se presentan.

Se asigna al reactivo un nivel cognitivo de II, dado que se pone a prueba la capacidad de interpretar y sintetizar.

Por otro lado, en la competencia se señala el reconocer los principales diagnósticos diferenciales, y esto examina al incluir opciones diagnósticas de otros padecimientos similares y que se distinguirían del Síndrome de Turner dada la ausencia o presencia de ciertas manifestaciones específicas.

Se presentan las justificaciones de las respuestas correctas e incorrectas, lo cual – junto con el componente de error que se describe – mejora la retroalimentación al alumno.

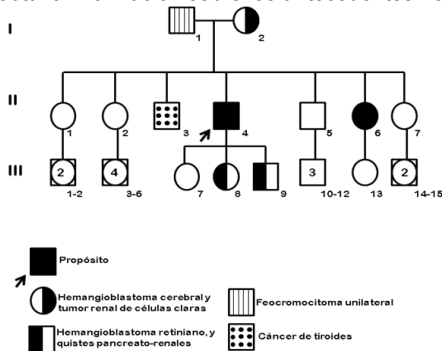
Pregunta. Malformación congénita frecuentemente observada en pacientes con síndrome de Turner:	
Opciones de respuesta:	
A)	Onfalocele
B)	Riñón en herradura
C)	Polidactilia postaxial
D)	Estenosis supraavalvular aórtica
Justificación-explicación de la respuesta correcta	<i>Un 20% de los pacientes con Síndrome de Turner presentan malformaciones renales: doble sistema colector y riñón en herradura. En la infancia, aunado el hallazgo a talla baja, es un dato que sugiere fuertemente el diagnóstico de la enfermedad</i>
Justificación-explicación de las respuestas incorrectas	<i>El onfalocele, la polidactilia postaxial y la estenosis supraavalvular aórtica corresponden a malformaciones características de la trisomía 21, trisomía 13 y síndrome de Williams, respectivamente.</i>
Referencias. Autor, Título, Año, Editorial, País, Páginas(s)	
1)	Cassidy SB, et al. Management of Genetic Syndromes, 2005, Wiley-Blackwell, Second edition, USA, 589-606 pp.ills.
2)	Lyons K, et al. Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation, 2013, Saunders, Seventh Edition, USA, 78-83 pp ills.
Competencia específica. El profesional debe de ser capaz de: Reconoce las malformaciones congénitas propias del síndrome de Turner que tendrán implicaciones para el diagnóstico de la patología.	
Componente de error. El profesional incurre en error por: Desconoce las manifestaciones clínicas más frecuentes en la cromosomopatía y las principales complicaciones.	

ANÁLISIS.

La clasificación del reactivo es de nivel cognitivo de I, dado que se pide reconocer la malformación asociada al Síndrome de Turner.

Con este reactivo cabe reflexionar acerca de la siguiente pregunta: ¿Es posible convertirlo a nivel de complejidad II? Es importante esto, pues en la práctica clínica no se trata únicamente de reconocer una malformación, sino de indagar si la presenta un paciente. Por consiguiente, se podría considerar la elaboración de un caso, con el cual, se ponga a prueba la capacidad de buscar en forma dirigida ciertos hallazgos, es decir, que esté de por medio una pregunta como: ¿qué se debe de buscar en un paciente con Síndrome de Turner? Si la malformación renal (riñón en herradura) debe de buscarse, entonces, cuestionar con un reactivo, por ejemplo, qué pruebas diagnósticas deberían realizarse para tal propósito.

Resumen del Caso Clínico: Propósito de 49 años de edad con historia personal y familiar de cáncer. Durante la historia clínica se obtuvo información sobre los antecedentes heredofamiliares, representados en la siguiente genealogía:



Pregunta. De acuerdo con la información expuesta, la agregación de las diferentes neoplasias permite integrar el diagnóstico de:

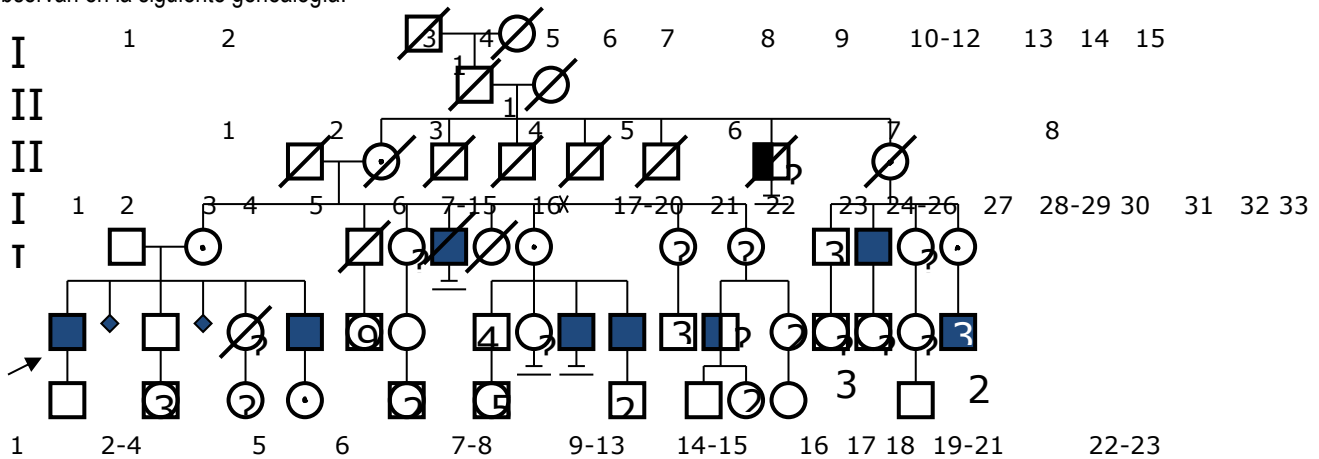
Opciones de respuesta	
A)	Síndrome de Lynch
B)	Síndrome de Birt-Hogg-Dubé
C)	Síndrome de Von Hippel Lindau
D)	Neoplasia endócrina múltiple tipo 1
Justificación-explicación de la respuesta correcta	<i>La presencia de feocromocitoma, cáncer renal de células claras, hemangioblastoma cerebelar o retiniano y los quistes pancreáticos-renales en una familia y a edades tempranas (<50 años) son criterios clínicos para el diagnóstico del síndrome de Von Hippel Lindau.</i>
Justificación-explicación de las respuestas incorrectas	<i>El cáncer colorectal hereditario no polipósico es la neoplasia característica del síndrome de Lynch. El síndrome de Birt-Hogg-Dubé es la asociación de quistes pulmonares, fibrofolículos, cáncer renal y angiomiolipomas. La neoplasia endócrina múltiple se caracteriza por la combinación de cáncer paratiroideo, pancreático y de la pituitaria.</i>
Referencias. Autor, Título, Año, Editorial, País, Páginas(s)	
1)	Hodgson SV et al. A Practical Guide to Human Cancer Genetics, 2007, Cambridge University Press, Third edition, UK, 252-257 pp.ills.
2)	Cassidy SB, et al. Management of Genetic Syndromes, 2005, Wiley-Blackwell, Second edition, USA, 859-873 pp.ills.
Competencia específica. El profesional debe de ser capaz de:	
Reconocer los principales componentes de un síndrome de predisposición a cáncer e identificar el modo de herencia monogénico.	
Componente de error. El profesional incurre en error por:	
No diferenciar las distintas neoplasias que integran los síndromes de predisposición a cáncer más frecuentes en la población y/o no conocer el modo de herencia de los mismos.	

ANÁLISIS.

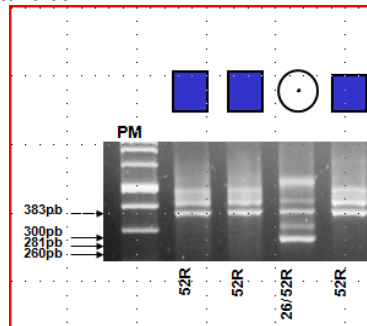
Se clasifica el reactivo en un nivel cognitivo de II, ya que para establecer el diagnóstico deben de interpretarse y sintetizarse los datos del caso.

Se examina adecuadamente la capacidad de reconocer los principales componentes de predisposición a cáncer, al diferenciar la ausencia o presencia de ciertos elementos y poder elegir el diagnóstico correcto, discriminando las otras opciones diagnósticas incorrectas.

Resumen del Caso Clínico: Varón de 35 años con diagnóstico de atrofia muscular bulboespinal. Los antecedentes heredofamiliares se observan en la siguiente genealogía:



Considerando la genealogía anterior, la mujer VI.6 decide realizarse una prueba molecular para detectar la presencia de la mutación causante de la enfermedad. El reporte de laboratorio es:



Pregunta. Ante este resultado su conducta a seguir es:

Opciones de respuesta	
A)	Modifica el riesgo a priori, siendo ahora del 50% para que su futuro hijo presente la enfermedad y le menciona que una alternativa es realizar diagnóstico preimplantación
B)	Modifica el riesgo a priori, siendo ahora del 50% para que su futuro hijo presente la enfermedad y le menciona que una alternativa es el diagnóstico presintomático en la infancia
C)	Modifica el riesgo a priori, siendo ahora del 100% para que su futuro hijo presente la enfermedad y le menciona que una alternativa es realizar el diagnóstico preimplantación
D)	Modifica el riesgo a priori, siendo ahora del 100% para que su futuro hijo presente la enfermedad y le menciona que una alternativa es el diagnóstico presintomático en la infancia

Justificación-explicación de la respuesta correcta	<i>El riesgo a priori se modifica ya que el resultado de la prueba de biología molecular muestra que la mujer VI.6 es portadora de la enfermedad al presentar un alelo con la expansión CAG (26/52R), por lo tanto tiene una probabilidad del 50% de heredar el gen mutado a su futuro hijo. El diagnóstico preimplantación es una alternativa si quiere asegurar que su hijo no presente la mutación que ella porta en el gen del receptor de andrógenos.</i>
Justificación-explicación de las respuestas incorrectas	<i>Ya que el diagnóstico presintomático para condiciones genéticas se realiza en menores de edad sólo para aquellas enfermedades que tienen un tratamiento que disminuya la gravedad de los síntomas, que permita la detección temprana de complicaciones o impida la aparición de la enfermedad, no se justifica la opción B. En las opciones C y D el riesgo es del 100% lo cual no es posible ya que la mujer portadora (confirmada por el resultado de biología molecular) presenta dos cromosomas X y en cada embarazo de un producto masculino tiene una probabilidad del 50% de transmitir el cromosoma con la mutación.</i>

Referencias. Autor, Título, Año, Editorial, País, Páginas(s)	
1)	Nussbaum RL et al. Genética en Medicina, 2008, Elsevier, Séptima edición, España, 139-142 pp ills.
2)	OMIM: Online Mendelian Inheritance in Man. An Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders. Updated 21 July 2015. http://omim.org/

Competencia específica. El profesional debe de ser capaz de: Reconocer el modo de herencia de la enfermedad ejemplificada y estimar los riesgos de recurrencia para familiares de primer y segundo grado.

Componente de error. El profesional incurre en error por: No realizar el cálculo para estimación *a priori* de una probabilidad para herencia ligada al X con la genealogía expuesta

ANÁLISIS.

El reactivo tiene un nivel cognitivo de III, respecto a una toma de decisiones, es decir, una conducta a seguir ante un determinado resultado. Se incluyen datos en la descripción del caso que son la base para poder responder, además, las distintas opciones tienen una extensión similar evitando sesgo hacia la opción correcta.

ANÁLISIS DE REACTIVOS DE ONCOLOGÍA.

Profesora: Alejandra Armengol.

Asignatura: Oncología.

Revisión: David Servín.

Caso clínico.

Etapa I. Paciente femenina de 62 años, viuda, sin comorbilidades. En su mastografía de cribado se observa una zona extensa de microcalcificaciones sospechosas de malignidad en cuadrantes superiores (interno y externo). A la exploración física: TA 140/90 mmHg, FC 80/minuto, FR 22/minuto, Temperatura 37 °C, reflejos pupilares normales, mucosas orales secas, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, campos pulmonares bien ventilados, abdomen con leve distensión, extremidades con edema periférico ++. Se palpa tumor de 2.5 cm. con axila ipsilateral sin ganglios palpables; relación mama-tumor es desfavorable.

¿Qué tipo de biopsia requiere?

- a) Biopsia por aspiración aguja fina (BAAF)
- b) Biopsia por punción con aguja gruesa
- c) Biopsia incisional
- d) Biopsia excisional
- e) Mastectomía simple

ANÁLISIS.

Consiste en un reactivo que se clasifica con un nivel cognitivo de II pues el alumno - para responder - debe de analizar los elementos del caso y aplicar un conocimiento no explícito en el planteamiento.

Por otra parte, el enunciado de la pregunta pide elegir un tipo de biopsia, sin embargo, la opción e. técnicamente no es biopsia, de esta manera, pueden presentarse dos situaciones negativas: se descartaría fácilmente o podría causar alguna confusión.

La biopsia tiene reporte histopatológico preliminar de carcinoma lobulillar in situ; Receptor de estrógeno 90% Receptor de Progesterona 15% y Her2 1 +

¿Cuál es la definición por inmunohistoquímica de receptores hormonales positivos?

- a) Porcentaje de células positivas $\geq 10\%$
- b) Porcentaje de células positivas $\geq 50\%$
- c) Porcentaje de células positivas $\geq 1\%$
- d) Porcentaje de células positivas > 5 picogramos/célula
- e) Porcentaje de células positivas < 5 picogramos/célula

ANÁLISIS.

La pregunta directa se relaciona con el tema del caso, pero no está vinculada claramente con algún elemento, es decir, el reactivo se puede responder aun sin necesidad de referirse a La descripción que le antecede. Es posible modificar el enunciado ajustándolo para que la pregunta se relacione precisamente con el caso planteado.

El reactivo corresponde a un nivel cognitivo de I, pues se le pide al alumno identificar una información específica, es decir, es de reconocimiento de un hecho o concepto.

Se realiza una biopsia, en la cual, el reporte histopatológico preliminar es de carcinoma lobulillar in situ; con receptor de estrógeno 90%; receptor de progesterona 15% y Her2 1 +.

¿Cuál o cuáles de los siguientes tratamiento(s) oncológico(s) se pueden realizar en este caso?

- a) Cirugía (mastectomía simple)
- b) Quimioterapia
- c) Vigilancia
- d) a, b y c son correctos
- e) Ninguno de los anteriores

ANÁLISIS.

La opción d. generalmente se recomienda no usar porque las tres opciones juntas no son plausibles pues es contradictorio el decidir cirugía o mastectomía más vigilancia, ésta opción se descartaría fácilmente al darse cuenta de ello y no por aplicar un conocimiento; de alguna manera sería más plausible combinar la opción cirugía más quimioterapia. A su vez, la opción e. tampoco se podría recomendar pues ante un caso de cualquier tumor es de esperarse que se realice alguna de las tres acciones, asimismo, no parece haber una cuarta opción factible que - al no aparecer - se piense en ella y entonces poder elegir la opción “ninguna de las anteriores”. Otro problema que se presenta con la opción “ninguna de las anteriores” es que asumiendo que sea correcto elegirla, el evaluador no tendría elementos para saber si el alumno la respondió usando algún conocimiento o simplemente porque consideró que era “una trampa” no haber puesto la opción correcta en la lista.

Al plantearse correctamente las distintas opciones de respuesta, este reactivo podría clasificarse con un nivel cognitivo de III pues se requiere tomar una decisión – la elección del tratamiento – basándose en la aplicación de un conocimiento.

Se realiza una revisión de la biopsia y el reporte histopatológico definitivo demuestra Carcinoma lobulillar in situ + Carcinoma ductal in situ, IHQ sin cambios

- 4) ¿Qué tratamiento oncológico es el correcto para esta paciente?
- a) Cirugía conservadora + radioterapia+ hormonoterapia
 - b) Mastectomía radical modificada + radioterapia + hormonoterapia
 - c) Mastectomía simple + GC + hormonoterapia
 - d) Quimioterapia
 - e) Vigilancia

ANÁLISIS.

Las opciones a., b., c. se refieren a combinaciones de tratamientos plausibles en relación con un carcinoma pero las opciones d., e. ofrecen un solo manejo, esto suele provocar que el alumno las descarte fácilmente pues se enfocaría en analizar solo las tres primeras, y por lo tanto, se perdería la posibilidad de incluir un distractor que realmente haga pensar al alumno. La clasificación propuesta para este reactivo – corrigiendo las opciones d. e.-, es de un nivel cognitivo de III pues implica que para responder se tome una decisión basada en un conocimiento.

SUPLEMENTO

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

INTRODUCCIÓN.

Se entiende por competencia a “ser capaces de practicar - de un modo integrado y creativo - los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el cuidado de un paciente”. En este sentido, las competencias se caracterizan por distintos saberes: el saber (conocimiento teórico), el saber hacer (habilidades o destrezas), y el saber ser (actitudes), y se identifican a partir de acciones, decisiones, destrezas o valores que distingan al quehacer del médico. Por lo tanto, las competencias están constituidas por conjuntos de conocimientos teóricos, habilidades y/o actitudes, que se demuestran en el ejercicio profesional.

En la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana, las competencias específicas se señalan en cada uno de los programas académicos y, de esta manera, sirven para que se apunte a su desarrollo a través de las clases y de las prácticas. Debido a la necesidad de valorar si las competencias efectivamente se están desarrollando en los estudiantes - a lo largo de los cursos -, es que surge la evaluación.

Esta se convierte en un reto, pues elaborar un instrumento que apunte hacia las competencias no se limita a medir en los alumnos su nivel de retención de la información teórica, más bien, debe contemplar indicadores que reflejen de algún modo la adquisición o el progreso de ciertos elementos de las competencias:

En relación con el conocimiento teórico: reconocimiento, comprensión, análisis, síntesis, interpretación, razonamiento y de toma de decisiones.

En relación con las habilidades clínicas prácticas: tareas o acciones que deben de cumplirse a la hora de establecer un diagnóstico o instaurar un tratamiento.

En relación con las actitudes que se ponen en juego en una tarea clínica.

El propósito principal de esta serie de tres publicaciones es dar a conocer diversas estrategias de evaluación que se aproximen a la evaluación de las competencias en los cursos clínicos en Medicina. Se ha dividido en: I. Examen Escrito; II. Estación: Caso – problema para la evaluación de las competencias clínicas; Estación: Elaboración de listas de cotejo.

ESTACIÓN: APLICACIÓN DE LISTA DE COTEJO PARA MEDIR LA HABILIDAD CLINICA DEL ESTUDIANTE ANTE UN PACIENTE.

La evaluación de las habilidades clínicas ayuda a caracterizar las destrezas alcanzadas por los estudiantes y, al mismo tiempo, identificar los errores que cometen. A través de un examen o una prueba de planteamiento escrito hay una aproximación a la evaluación de las competencias, pero el escenario idóneo en este sentido es una estación con paciente.

Por consiguiente, el instrumento de evaluación debe de escalar a un nivel superior.

Lo anterior puede llevarse a cabo a través de la aplicación de listas de cotejo, esto es, una serie de criterios o ítems claros y precisos que se utilizan para estimar el cumplimiento o no

de tareas clínicas específicas. Con dicho instrumento se reduce el sesgo en las observaciones que se registran en una evaluación.

Generalmente se usan ítems dicotómicos: SI o NO, aunque también es posible incluir más categorías, por ejemplo, “se cumplió”, “se cumplió con errores”, “no se cumplió”.

A fin de construir una lista de cotejo, se realizan los siguientes pasos:

Paso 1: Elaboración de una lista inicial de criterios. Para ello se debe de identificar con precisión una o más competencias intermedias y desglosar- de acuerdo a lo que se pretende medir - , las tareas específicas relacionadas.

Paso 2: Revisión inicial por un grupo de expertos. Se eligen generalmente especialistas afines al área en cuestión. Dichos expertos- en forma independiente – califican la claridad con la que son redactados los criterios, si en la lista se reúnen todos los criterios esenciales o si se eliminan tareas irrelevantes. La ventaja de este paso es que se aprovecha la experiencia de más de un experto en un tiempo relativamente corto.

Es usual la participación de tres a cinco expertos y pueden ser necesarias de dos a tres rondas de revisión, es decir, que cada experto revisa la lista de criterios ese número de veces.

Paso 3: Elaboración de lista de cotejo final. Las observaciones, recomendaciones o correcciones recibidas de parte de los expertos se toman en cuenta para ir elaborando la lista de criterios definitivos que se aplicarán. A lo largo de las modificaciones que se hacen del primer borrador, se tiene cuidado de incluir los criterios que ganaron consenso entre los revisores.

Paso 4: Ponderación de cada criterio. En función de la importancia de cada criterio, se le asigna una puntuación o porcentaje determinados. Generalmente se emplea una escala de 1 (poco importante) a 5 (esencial).

A fin de analizar estos pasos para la elaboración de una lista de cotejo, se presenta el siguiente ejercicio:

LISTA DE COTEJO PARA UNA ESTACIÓN CLÍNICA CON PACIENTE ESTANDARIZADO.

ANTECEDENTE:

En una Escuela de Medicina se decide iniciar el desarrollo de instrumentos de evaluación enfocados a las competencias. En este sentido, y considerando los procesos de simulación clínica, se establece el objetivo de implementar una estación clínica con un paciente estandarizado para evaluar competencias clínicas en los estudiantes de medicina. Se determina que el dominio de competencia que se trabajará inicialmente es: Atención médica; asimismo, que la unidad de competencia será: usar racionalmente los medicamentos; y dentro de ésta, destacando el padecimiento de hipertensión arterial.

Dominio:	Unidad de Competencia	Competencia a evaluar:
Atención médica	Usar racionalmente los medicamentos.	Prescribir un tratamiento farmacológico adecuado a un paciente con hipertensión arterial.

Se diseña una estación con paciente estandarizado y se programan las sesiones a fin de que un grupo de alumnos rote en forma individual. Se les entrega a los alumnos el instructivo general y el resumen clínico siguientes.

INSTRUCTIVO GENERAL PARA EL ALUMNO. ESTACIÓN CON PACIENTE ESTANDARIZADO

Leer cuidadosamente la siguiente información:

PROPOSITO:

1. Que el alumno elija el tratamiento farmacológico adecuado para manejar el padecimiento del paciente.
2. Que el alumno explique al paciente su tratamiento farmacológico, entregando una receta y dando las instrucciones pertinentes.

ESCENARIO CLINICO: Se presentará un paciente quien referirá un padecimiento real. Las tareas, como alumno, serán las siguientes:

1. Tratar al paciente con cortesía y respeto.
2. Revisar el resumen clínico del paciente.
3. Preguntar al paciente sobre sus manifestaciones clínicas.
4. Si es necesario, preguntar al paciente sobre datos que se consideren importantes.
5. Elaborar una receta, explicarle al paciente el tratamiento y darle instrucciones.
6. Responder las preguntas que formule el paciente.

Respecto a la exploración física, ésta NO podrá efectuarse con el paciente. En su defecto, los datos de exploración física acerca de la paciente se señalarán en el resumen clínico.

El alumno dispondrá hasta 15 minutos, en consulta, frente al paciente.

ANEXO 2: RESUMEN CLINICO DEL PACIENTE.

DATOS GENERALES: JJD. Edad: 76 años. Escolaridad: Licenciatura Contaduría. Ocupación: Jubilado. Estado Civil: casado. Religión: Católica.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES: Padre muerto a los 65 años de edad debido a Enfermedad pulmonar no especificada. Madre muerta a los 70 años de edad por complicaciones de Diabetes mellitus. **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:** En 1995 accidente automovilístico con fractura de dos costillas y perforación pulmonar, sin secuelas. En 2000 fractura de cabeza de fémur derecho, sometido a intervención quirúrgica colocando prótesis, con secuela de limitación de movimiento. Desde hace cinco años bajo tratamiento con tamsulosina 5 mg al día y finasterida una tableta por la noche, debido a diagnóstico de hipertrofia prostática benigna, antígeno prostático negativo, último control hace un año. **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:** Vive con su esposa. Ocupa vivienda propia, con todos los servicios. Alimentación: carne roja 2 días a la semana, pollo 2/7, pescado ocasional, verduras 3/7, frutas 7/7, leguminosas 2/7, pastas 7/7, ingesta predominante de agua natural y de frutas ocasionalmente refrescos, café con leche diario. Hábitos higiénicos: baño diario, con limpieza dental tres veces al día; vacunaciones completas.

EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 125/95 mmHg, FC 86/min, FR 18/min, Temperatura 36°C. Peso 58 kg, Talla 168 cm Cráneo: normocéfalo, pupilas con buena respuesta a la luz y simétricas, no nistagmus, escleróticas blancas, conjuntivas sin eritema; narinas permeables, mucosa nasal hidratada, sin eritema ni palidez, ni lesiones en cornetes; conducto auditivo externo permeable, sin cerumen, membrana timpánica íntegra; no dolor en senos paranasales, cavidad oral con dentadura incompleta, lengua hidratada, con buena movilidad, reflejo nauseoso presente, sin parálisis facial. Cuello: cilíndrico, pulso yugular presente, sin ingurgitación, no adenomegalias, tono muscular normal. Tronco: forma y volumen normales, amplexión y amplexación simétricas, sin tiros intercostales, sin frémito, timpanismo en ambos campos de base a ápice, campos pulmonares sin estertores; ruidos cardiacos mitral, aórtico, pulmonar y tricúspide de buena intensidad, rítmicos, sin desdoblamientos, ni reforzamientos, no galope, sin soplos. Abdomen: blando, depresible, reflejo cutáneo presente, ruidos intestinales en número de 3 por minuto, timpanismo en epigastrio y marco cólico, no dolor en plano superficial ni profundo, borde hepático sin detectar. Miembros: extremidad inferior derecha con limitación de los movimientos de flexión y extensión dificultando la marcha, reflejos osteotendinosos normales, sin edema maleolar. Piel: sin lesiones, hidratada.

MOTIVO DE CONSULTA: Mareo.

NOTA IMPORTANTE:

El paciente en su historia clínica real refiere mareo de tres meses de evolución, describiendo que se presentaba al caminar, incluso, necesitando en varias ocasiones apoyarse en la pared para no caer. En el resumen se señala simplemente como mareo a fin de inducir a que el alumno pregunte las características del síntoma. Por otra parte, el paciente en su evolución real presentó cefalea generalizada de predominio matutino y zumbido de oídos pero fosfenos no. Para fines de la estación en el resumen clínico se omitió la información de

estas últimas manifestaciones. Por otro lado, el paciente estaba controlado con medicamento pero éste tratamiento fue igualmente omitido. En el resto de la información de la historia clínica, no se hicieron modificaciones.

TAREA:

Analizar la siguiente lista de cotejo y en su caso corregir lo que se anota o agregarle aspectos que se considere importante incluir en la observación del desempeño del alumno en la estación.

El alumno, en su encuentro con el paciente:

Pregunta el motivo de consulta	SI O NO O
Pregunta el inicio y características de las manifestaciones hipertensivas	SI O NO O
Explica el diagnóstico al paciente	SI O NO O
Entrega al paciente la receta	SI O NO O
Indica qué cantidad de medicamento se deberá tomar.	SI O NO O
Indica los intervalos en que se deberá tomar el medicamento.	SI O NO O
Advierte acerca de las reacciones adversas asociadas al medicamento indicado	SI O NO O
Pregunta al paciente si tiene alguna duda adicional	SI O NO O

Considerar que se debe de hacer una descripción en forma concisa, específica y clara, de las acciones, conductas o respuestas que deberá exhibir el estudiante a lo largo del encuentro con el paciente, las cuales, se utilizarían para medir su desempeño en la estación clínica, en relación a la competencia a evaluar. Se sugiere aplicar una escala nominal y que el número de indicadores no sea menor de 10 ni más de 20.

A continuación se ofrece un ejemplo de mejora en la lista de cotejo anterior, subrayando con rojo, los aspectos que positivamente se modificaron.

**ESTACIÓN CLÍNICA CON PACIENTE ESTANDARIZADO.
EJEMPLO LISTA DE COTEJO**

NOMBRE ALUMNO: _____ FECHA: _____

Presentación: Excelente O Buena O Regular O Mala O; Se presenta con su nombre: SI O NO O
Saluda con cortesía y respeto a la paciente SI O NO O; Se dirige de usted a la paciente SI O NO O

El alumno, en su encuentro con el paciente:

Pregunta:	SI O NO O
El motivo de la consulta	SI O NO O
El inicio de las manifestaciones	SI O NO O
Aparición de cefalea	SI O NO O
Aparición de tinnitus	SI O NO O
Aparición de fosfenos	SI O NO O
Tratamientos previos	SI O NO O
Presencia de comorbilidades	SI O NO O
Explica el diagnóstico con lenguaje claro y accesible a la paciente	SI O NO O
Señala el objetivo terapéutico que se quiere lograr con el tratamiento farmacológico	SI O NO O
Entrega al paciente una receta legible y completa	SI O NO O
Indica qué cantidad de medicamento se deberá tomar.	SI O NO O
Indica los intervalos en que se deberá tomar el medicamento.	SI O NO O
Indica durante cuánto tiempo se deberá continuar el medicamento.	SI O NO O
Advierte acerca de las reacciones adversas asociadas al medicamento indicado	SI O NO O
Destaca la reacción adversa más frecuente asociada al medicamento indicado	SI O NO O
Instruye con claridad acerca de qué hacer si se presenta una reacción adversa	SI O NO O
Pregunta al paciente si tiene alguna duda adicional	SI O NO O
Establece con el paciente explícitamente acuerdos para cumplir con el tratamiento	SI O NO O
Le habla al paciente sobre las consecuencias de la enfermedad de no cumplir el tratamiento	SI O NO O
Pregunta si algo dificulta el cumplimiento del tratamiento	SI O NO O