



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y PSICOPEDAGOGÍA

ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

TRABAJO FINAL

Título: “Implementación de la técnica de Role-Play como estrategia de enseñanza destinada a mejorar el desarrollo de competencias para identificación de manifestaciones psicopatológicas y la intervención en el nivel primario de la salud de estudiantes de octavo semestre de la asignatura Psiquiatría de la Universidad Técnica de Ambato”

Estudiante: Laura Fernanda Laverde Salguero

Tutora: Adriana Accinelli

Título a obtener: Especialista en Docencia Universitaria

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Mayo 2025

INDICE

Resumen	4
Parte 1 Contexto de la situación educativa a intervenir	6
Descripción del problema y diagnóstico de la necesidad a intervenir.	6
1.1 Descripción del contexto y de la población destinataria de dicha intervención.....	12
Parte 2 Descripción del proyecto de intervención	15
2. 1 Justificación y relevancia de la intervención	15
2.2 Objetivo general	18
2.3 Objetivos específicos.....	18
2.4 Plan de intervención	19
Etapa 1 Revisión del programa de asignatura y temas a abordar	19
Etapa 2 Establecimiento del cronograma, espacios de la actividad y organización de actividades.....	20
Etapa 3 Aplicación de la estrategia	23
2. 5 Recursos	43
2. 6 Evaluación de la propuesta	44
Parte 3 Marco Referencial	45
3.1 Fundamentación teórica de las decisiones asumidas.	45
3.2 Reflexión sobre la praxis.	53
Referencias	56
ANEXO 1.....	61
ENCUESTA SITUACIONAL - DIAGNÓSTICA	61
ANEXO 2.....	63
PROGRAMA ASIGNATURA: PSIQUIATRÍA.....	63
ANEXO 3.....	71
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE ROLE-PLAY EN PSIQUIATRÍA	71

ANEXO 4.....	73
MODELO DE PORTAFOLIO ESTUDIANTIL.....	73
ANEXO 6.....	78
PLANILLA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA (ENTREVISTADOR).....	78

Resumen

La asignatura de Psiquiatría forma parte de las materias del bloque profesionalizante de la carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato. Se reconoce que la enseñanza de esta asignatura desempeña un papel fundamental en la práctica médica, incluso cuando el profesional médico no se especializa directamente en esta área de la salud mental. En este contexto, el uso de estrategias didácticas como el Role-Play adquiere especial relevancia, ya que permite simular situaciones clínicas reales, favoreciendo la comprensión empática del paciente y el desarrollo de habilidades comunicativas y diagnósticas en un entorno controlado.

A su vez, el estudiante universitario en su calidad de sujeto andragógico, tiende a preferir métodos de aprendizaje activos que fomenten su formación autónoma y su capacidad de autorreflexión. El Role-Play se alinea con este enfoque al involucrar al estudiante de manera participativa, permitiéndole asumir diferentes roles dentro del proceso terapéutico y consolidar conocimientos a través de la experiencia práctica.

Asimismo, debe considerarse que los pacientes psiquiátricos suelen experimentar incomodidad o vulnerabilidad al ser evaluados en entornos públicos o frente a múltiples observadores, lo que puede limitar la enseñanza directa en escenarios clínicos reales.

En este sentido, el Role-Play se presenta como una estrategia didáctica ética y respetuosa, al permitir la recreación de situaciones clínicas sin comprometer la privacidad ni el bienestar emocional de personas reales, facilitando así el aprendizaje sin transgredir los límites de la confidencialidad y la dignidad del paciente.

Palabras clave: Psiquiatría, Role-Play, aprendizaje activo, andragogía, formación médica, simulación clínica, autonomía, autorreflexión, tecnología educativa, empatía.

Parte 1 Contexto de la situación educativa a intervenir

Descripción del problema y diagnóstico de la necesidad a intervenir.

La salud mental es un elemento integrante de la definición ampliada de salud, percibida más allá de la ausencia de enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental constituye “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (OMS, 2013, p.1). Esta definición permite entender como la salud mental es un asunto que no se limita al sujeto, sino que involucra al entorno social en el que se desenvuelve la persona

Desde el punto de vista de la epidemiología se ha visto que la incidencia de enfermedades que afectan a la población mundial ha cambiado a lo largo del tiempo. Actualmente las enfermedades no transmisibles se han vuelto una importante causa de discapacidad y mortalidad. En la región de las Américas los trastornos mentales, neurológicos, derivados del consumo de sustancias y el suicidio (TMNS) tienen una importante presencia que es necesario considerar. Al analizar el grado de compromiso funcional y vital mediante el valor de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) se ha visto que los trastornos mentales afectan al 19% de la población, proyectándose por encima de las enfermedades transmisibles y los trastornos nutricionales. (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Se ha determinado también que la depresión es una de las tres principales causas de enfermedad inhabilitante en el mundo (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence

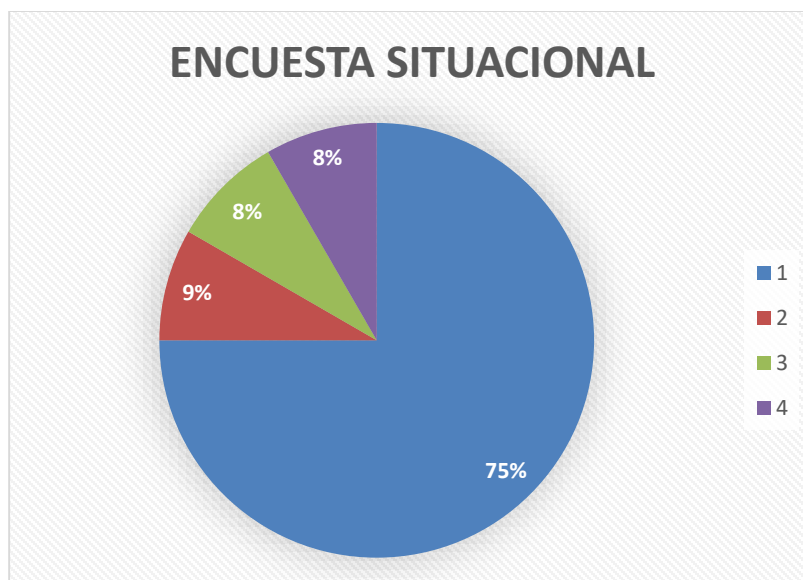
Collaborators, 2018). Frente a este panorama los investigadores consideran que para el 2030 por sí solas la depresión y la ansiedad representarán un costo para la economía mundial de 6 billones de dólares por año, más de la mitad de la carga económica que producen las enfermedades no transmisibles (Bloom et al., 2012)

Dadas estas circunstancias es necesario que los profesionales de la salud se familiaricen con las principales patologías de índole psiquiátrico y así puedan ejercer su actividad profesional de manera eficiente. Con el fin de conseguir este objetivo la tendencia actual del currículo médico se orienta a la educación basada en competencias. Este modelo se fundamenta en un esquema integrador de saberes en varias asignaturas, el rol activo/autodirigido del estudiante y modelos de aprendizaje/evaluación destinados al desarrollo de habilidades/competencias (Gupta y Menon, 2022). Sin embargo, resulta preocupante descubrir que menos del 2% de los médicos y enfermeras reciben instrucción apropiada respecto al diagnóstico y manejo de patologías mentales (Jayaram et al., 2021). Aunado a ello se sabe que el 20% de las nuevas consultas psiquiátricas son atendidas por médicos en su práctica general y desafortunadamente el profesional muchas veces no detecta estas condiciones. Esto se produce especialmente en pacientes que sufren conjuntamente alguna enfermedad física sobre la cual el médico vuelca sus esfuerzos de diagnóstico y tratamiento (Manohari et al., 2013). Debido a ello se han impulsado diversas modificaciones en el currículo que permitan una mayor representación de la Psiquiatría como asignatura necesaria en la formación de los estudiantes. Se persigue su implementación con un carácter longitudinal con el fin de integrar conocimientos y lograr una verdadera atención holística del paciente (Gupta y

Menon, 2022)

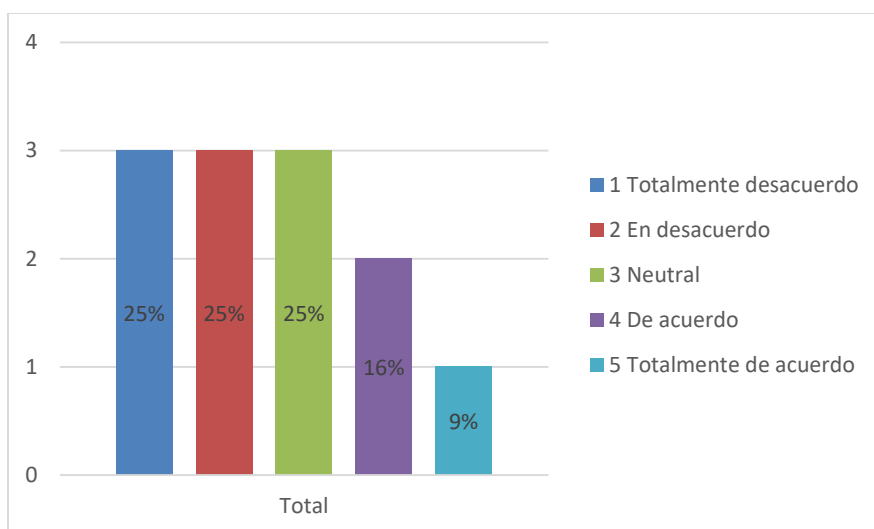
Los nuevos enfoques educativos basados en competencias instauran la necesidad de fortalecer habilidades específicas según la asignatura que se está abordando. Bajo esta consideración y haciendo énfasis en la gran representación que tiene la patología psiquiátrica en la población, se vuelve necesario que los profesionales se entrenen de manera adecuada con respecto a la evaluación psiquiátrica en todos los niveles de atención en salud (Manohari et al., 2013). Para conocer el estado formativo de los estudiantes en Psiquiatría se realizó una encuesta (Anexo 1) a alumnos que ya cursaron la asignatura en la Universidad Técnica de Ambato. Las preguntas propuestas abordaron algunos de los componentes de la entrevista psiquiátrica básica. En los resultados obtenidos de 12 estudiantes se observó que el 75% de los encuestados tuvo una tasa de aciertos del 25%, y el restante oscilaba entre el 50 y el 100% (Fig.1). Respecto al uso del Role-Play como estrategia de enseñanza aplicada a Psiquiatría el 75% de los estudiantes se mostraban entre completamente en desacuerdo y neutros respecto a su uso (Fig. 2). Igualmente, el 75% no la consideran una estrategia útil para su formación como médico (Fig. 3)

Figura 1. Número de aciertos en la encuesta situacional



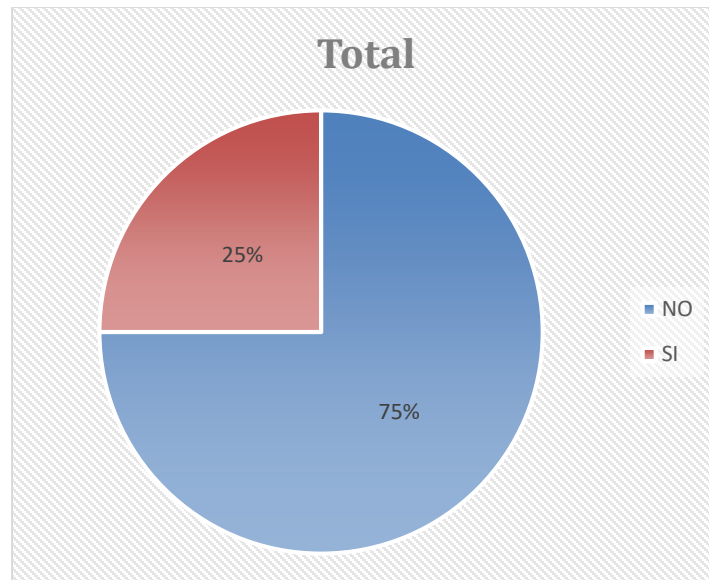
Fuente: investigador

Figura 2. Grado de satisfacción respecto al uso de la estrategia Role-Play



Fuente: investigador

Figura 3. Potencial utilidad de la estrategia Role-Play en el aprendizaje de Psiquiatría



Fuente: investigador

Los datos recopilados reflejan la presencia de deficiencias en la formación dentro del ámbito de la Psiquiatría. Esto se acentúa al considerar cómo la evaluación psiquiátrica presenta sus propias características. Por un lado, si bien la patología de este tipo manifiesta en el paciente síntomas que orientan su diagnóstico, el paciente con estas condiciones tiene un profundo componente emocional y subjetivo que acompaña a su estado. La comprensión de su sintomatología requiere empatía con el paciente. En otras palabras, es necesario ver la enfermedad desde la perspectiva de quien la padece, algo que no puede ser entendido cabalmente si la fundamentación del aprendizaje se fundamenta exclusivamente en la lectura del libro de texto (Piot et al., 2022). Debido a la naturaleza particular de la Psiquiatría, como asignatura que aborda la patología de la mente, resulta a veces poco atractiva para los estudiantes quienes pueden llegar a considerarla poco fundamentada desde el punto de vista científico. Algunos de ellos mencionan que a lo largo de su formación se crean

prejuicios respecto a la Psiquiatría como una especialidad de poco prestigio, con excesivo riesgo de demandas y con patologías cuyo manejo está más cerca del empirismo (Manohari et al., 2013)

En este sentido, es necesario considerar el uso de estrategias de enseñanza que acerquen a los estudiantes a la realidad de los pacientes con este tipo de patología. Se requiere además un enfoque que permita vincular de manera más integral al estudiante con los diferentes aspectos de la evaluación psiquiátrica que incluyen, pero no se limitan a: empatía y reconocimiento de emociones tanto en el médico como el paciente, análisis de contextos sociales, familiares y personales del paciente, rasgos orientativos principales de las patologías psiquiátricas, formas de aproximación al paciente, signos de alarma y acciones a tomar en cada caso. (Piot et al., 2022)

1.1 Descripción del contexto y de la población destinataria de dicha intervención.

La Universidad Técnica de Ambato (UTA) fue creada en 1969 según aprobación del Congreso Nacional. Nació con el lema "Educarse es aprender a ser libres" como un referente de la educación superior en el centro del país. Actualmente la universidad ofrece una amplia gama de programas académicos a nivel de pregrado y posgrado, incluyendo ingenierías, ciencias administrativas, de la salud, y humanidades. Cuenta con modalidades presencial, semipresencial y a distancia, adaptándose a las necesidades de los estudiantes. Sus actividades también están orientadas a la investigación y la vinculación con la comunidad.

La intervención va dirigida a estudiantes de la carrera de Medicina de la UTA. La carrera se encuentra distribuida en un total de 12 semestres o 6 años de formación. Se divide en un bloque denominado unidad básica que comprende los tres primeros semestres y una unidad profesional que abarca el resto de los semestres de la carrera. El título obtenido es el de Médico o Médica. La carrera es reconocida por el Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior del Ecuador mediante resolución No. 173-CEAACES-SO-11-2015.

Respecto a la población destinataria está conformada por estudiantes de octavo semestre que se encuentran cursando la asignatura de Psiquiatría de la UTA, misma que forma parte de la unidad profesional del currículo. Respecto a su carga horaria, en todo el semestre le corresponden a la materia un total de 96 horas que equivalen a 2 créditos académicos. Las 96 horas están distribuidas en 32 horas de contacto directo con el docente, 32 ~~horas~~ dedicadas a actividades de aprendizaje

práctico-experimental y 32 horas destinadas al aprendizaje autónomo. De acuerdo con el programa de asignatura 14 semanas se asignan a clases dentro del espacio áulico de 2 horas de duración cada semana. Se intercalan además 8 semanas de actividades prácticas con 4 horas de asignación semanal en el espacio hospitalario. Se establecen 2 semanas para las evaluaciones de la asignatura, con fechas establecidas en el calendario académico según el ciclo lectivo. Esta asignación de carga horaria está destinada a integrar tanto el aprendizaje teórico como la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos, vinculación especialmente necesaria en un campo de interés creciente como es el de la salud mental.

La universidad como institución educativa de nivel superior tiene la misión de formar a los médicos a través del desarrollo de competencias que les permitan ejercer su actividad profesional de manera integral. Como está consignado en la misión de la carrera, la UTA persigue la “formación de médicos en excelencia científica, humanística, ética y responsabilidad social, dentro de la docencia, investigación y vinculación con la comunidad” (Universidad Técnica de Ambato, 2024). Se enfoca en la formación de profesionales en un contexto de cambio, con respuesta a las necesidades de la sociedad. Respecto al perfil de egreso menciona la importancia de la función del médico respecto al “diagnóstico, tratamiento, pronóstico, la promoción de salud, la prevención y rehabilitación de enfermedades” (Universidad Técnica de Ambato, 2024). Este enfoque no solo busca formar profesionales competentes en términos técnicos, sino también comprometidos con los principios éticos y la responsabilidad social. Asimismo, la vinculación con la comunidad es una piedra angular de la formación, asegurando que los estudiantes comprendan y respondan a las necesidades específicas de las poblaciones a las que servirán.

Adicionalmente, se destaca la responsabilidad social del médico como parte esencial de su labor. El profesional no solo debe poseer habilidades técnicas avanzadas, sino también una sensibilidad ética profunda hacia las comunidades a las que sirve. La atención holística del paciente enfatiza la importancia de considerar no sólo los aspectos físicos de la enfermedad, sino también los emocionales y psicológicos. Esto incluye una atención integral a la patología psiquiátrica, reconociendo el impacto significativo que ejerce en la salud general de los individuos. De esa forma, los futuros médicos son formados no solo en competencias dirigidas al diagnóstico y tratamiento de enfermedades de índole clínico o quirúrgico, sino también para comprender y abordar las aquellas situaciones que afectan la salud mental de la población destinataria. En otras palabras, su formación le permite precautelar el bienestar integral del sujeto y la comunidad a la que pertenece.

Este enfoque integral no se limita únicamente a la atención del individuo, sino que se extiende a la comunidad en general. Los estudiantes son alentados a participar activamente en iniciativas de salud pública y programas de prevención que benefician a poblaciones vulnerables y marginadas. La universidad enfatiza la importancia de la vinculación comunitaria como un medio para entender de manera más profunda las realidades locales y adaptar las prácticas médicas de acuerdo con las necesidades específicas de cada contexto. Así, los futuros médicos no solo adquieren competencias técnicas y científicas, sino que también se convierten en agentes de cambio comprometidos con la mejora de la salud y el bienestar de toda la sociedad.

Con respecto al contexto que fundamenta la intervención formativa del futuro profesional se toma en consideración el rol que cumple el médico en la promoción y prevención de patologías mentales dentro de la población ecuatoriana. Los médicos juegan un papel fundamental en educar a la comunidad sobre la importancia de la salud mental y en la implementación de estrategias preventivas. Asimismo, los médicos están capacitados para identificar signos tempranos de trastornos mentales y proporcionar intervenciones adecuadas para mitigar su impacto negativo en la salud individual y comunitaria.

Parte 2 Descripción del proyecto de intervención

2. 1 Justificación y relevancia de la intervención

El reconocimiento de signos y síntomas de trastornos mentales es una competencia esencial en la práctica médica debido a la alta prevalencia de trastornos mentales y la necesidad de una intervención temprana y precisa. Las habilidades requeridas incluyen conocimientos teóricos, habilidades de comunicación y la capacidad de interpretar síntomas en un contexto clínico. Es importante destacar la relevancia en este campo de adquirir habilidades relacionadas con la relación médico-paciente, el cuidado holístico del paciente y las perspectivas éticas y legales en el cuidado de personas con enfermedades mentales (Gupta y Menon, 2022). Los métodos tradicionales de enseñanza, como conferencias y observación pasiva, son insuficientes para desarrollar estas habilidades prácticas y la autoconfianza necesaria (Verduin et al., 2013).

El Role-Play, o juego de roles, ofrece ventajas pedagógicas significativas al involucrar a los estudiantes en un aprendizaje activo, simular escenarios clínicos auténticos, proporcionar retroalimentación formativa inmediata, mejorar habilidades interpersonales y aumentar la autoeficacia (Manohari et al., 2013). Aplicado específicamente a la formación de médicos generales, esta metodología no solo mejora la habilidad de los estudiantes para manejar casos prácticos de manera efectiva, sino que también fortalece su capacidad de comunicación y empatía con los pacientes. Además, facilita el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones rápidas y precisas bajo presión, preparándolos mejor para enfrentar escenarios complejos en su futura práctica médica (Nestel y Tierney, 2007).

Los estudiantes de medicina a menudo encuentran desafíos significativos al intentar adquirir habilidades de este tipo debido a la complejidad de los trastornos mentales y la necesidad de habilidades interpersonales avanzadas (Alvi et al., 2021). Tradicionalmente, la enseñanza de la psiquiatría en las facultades de medicina ha dependido en gran medida de métodos teóricos y observacionales. Sin embargo, estos enfoques pueden no ser suficientes para preparar a los estudiantes para la práctica clínica real (Jayaram et al., 2021). Actualmente, la enseñanza de la evaluación psiquiátrica básica en muchas instituciones médicas se basa en conferencias, estudios de casos y la observación de profesionales experimentados. Aunque estos métodos proporcionan una base teórica sólida, a menudo no ofrecen oportunidades suficientes para la práctica interactiva y la retroalimentación en tiempo real. Como resultado, los estudiantes pueden sentirse inseguros al realizar evaluaciones psiquiátricas básicas reales, lo que puede afectar la calidad de la atención al paciente (Verduin et al., 2013).

En este contexto, las limitaciones respecto a la atención de pacientes con patologías psiquiátricas en tiempo real son una barrera significativa. Existen restricciones tanto desde el punto de vista médico-legal como respecto a la complejidad de los pacientes que se busca observar, lo cual contrasta con otras ramas de la medicina donde es más accesible el contacto directo con el paciente (Piot et al., 2022). Ante estas dificultades, se vuelve esencial el uso de alternativas pedagógicas como el Role-Play, permitiendo la evaluación de las principales patologías psiquiátricas y desarrollar habilidades específicas para la evaluación integral del paciente en este campo (Jayaram et al., 2021).

El Role-Play emerge como una estrategia pedagógica altamente beneficiosa en la formación de médicos generales en el campo de la Psiquiatría. Esta metodología permite a los estudiantes simular interacciones clínicas realistas con pacientes ficticios, proporcionando un entorno controlado donde pueden practicar y mejorar sus habilidades de evaluación básica en psiquiatría. Al participar activamente en escenarios simulados, los estudiantes desarrollan competencias esenciales como la capacidad de establecer una relación terapéutica efectiva, identificar signos y síntomas de trastornos mentales, y aplicar técnicas de entrevista y exploración que son fundamentales para el diagnóstico y tratamiento adecuado (Manohari et al., 2013).

Además de mejorar las habilidades técnicas, el Role-Play fortalece las habilidades interpersonales y la empatía de los futuros médicos hacia los pacientes con enfermedades mentales. Esta metodología no solo les enseña cómo abordar las preocupaciones emocionales y psicológicas de los pacientes de manera sensible y respetuosa, sino que también los prepara para enfrentar situaciones desafiantes en un entorno controlado, lo que contribuye a aumentar su confianza y autoeficacia al enfrentarse a casos reales en su práctica profesional (Nestel y Tierney, 2007)

2.2 Objetivo general

- Implementar la técnica de Role-Play como estrategia de enseñanza destinada a mejorar el desarrollo de competencias para identificación de manifestaciones psicopatológicas y la intervención en el nivel primario de la salud de estudiantes de octavo semestre de la asignatura Psiquiatría de la Universidad Técnica de Ambato

2.3 Objetivos específicos.

- Analizar el programa de la asignatura de Psiquiatría con el fin de definir los contenidos en los que se puede aplicar la estrategia del Role-Play, asegurando su alineación respecto a las patologías psiquiátricas más prevalentes dentro de la población
- Desarrollar escenarios clínicos simulados que permitan a los estudiantes de la asignatura Psiquiatría practicar habilidades de evaluación psiquiátrica básica mediante la técnica de Role-Play, fomentando la interacción médico-paciente en un entorno controlado y realista
- Fortalecer el desarrollo de competencias en los estudiantes de la asignatura Psiquiatría mediante la implementación de la estrategia de Role-Play, con el fin de mejorar su capacidad para realizar evaluaciones psiquiátricas básicas integrales

2.4 Plan de intervención

Etapas 1 Revisión del programa de asignatura y temas a abordar

En esta etapa se procede a la revisión de las diferentes unidades en las que se dividen los contenidos a impartirse a lo largo de la asignatura. El objetivo es determinar aquellos temas en los que la aplicación de la estrategia de Role-Play pueda tener una mayor utilidad considerando la naturaleza de los contenidos propuestos. En palabras de Westrup y Planander(2013) la estrategia del Role-Play ofrece una oportunidad única para lograr un conocimiento más profundo sobre temáticas abordadas. Adicionalmente, ayuda a generar un vínculo más fuerte entre los fundamentos teóricos y la práctica dentro de una asignatura.

Se considera que dentro del programa de asignatura las temáticas abordadas dentro de la unidad 3 ofrecen la mejor oportunidad para la aplicación de la estrategia. Esto se debe a que abarca en sus contenidos algunas de las patologías psiquiátricas más frecuentes dentro de la atención primaria que ofrece el médico en su ejercicio profesional. De acuerdo al último informe de la OPS (2018) en Ecuador el 42% de las patologías psiquiátricas corresponden a trastornos como ansiedad y depresión, 12% a trastornos por consumo de alcohol y las enfermedades psiquiátricas como esquizofrenia y bipolaridad al 8%. Bajo estas consideraciones se considerará para el abordaje de la estrategia las temáticas siguientes:

- Trastornos del humor (depresión mayor y trastorno bipolar)
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Adicción al alcohol
- Trastornos psicóticos (esquizofrenia)

Etapas 2 Establecimiento del cronograma, espacios de la actividad y organización de actividades

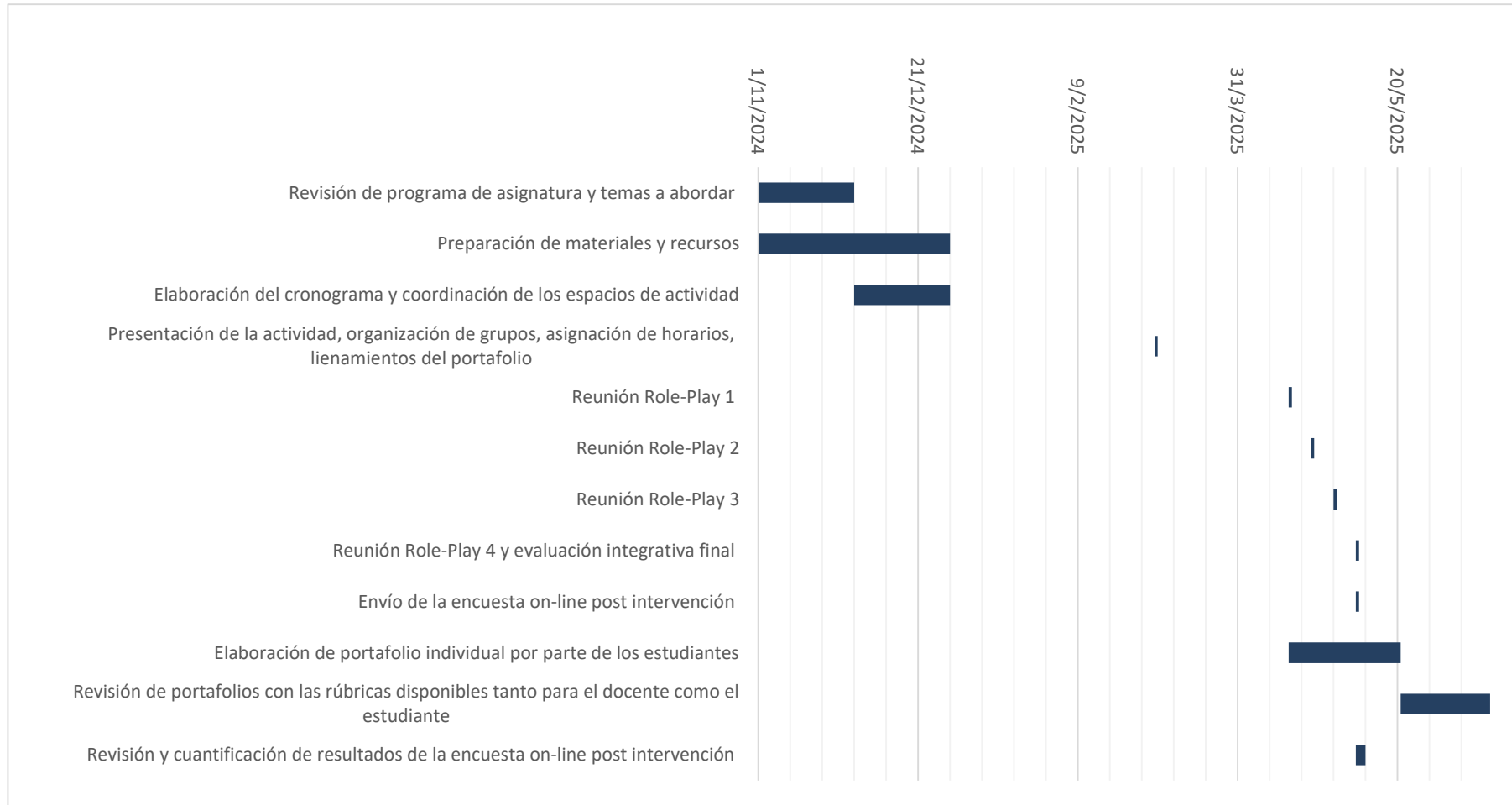
La presente propuesta se llevará a cabo en el período marzo – agosto 2025. El período programado de contacto docente en el espacio áulico comprende desde el 5 de marzo hasta la semana del 27 de agosto del 2025. Este período de tiempo se establece tomando en cuenta jornadas no laborables. La unidad 3 de la asignatura de Psiquiatría tiene una duración total de 5 semanas desde el 9 de abril al 7 de mayo (Anexo 2). La aplicación de la estrategia role-play se llevará a cabo en horarios a continuación de las actividades áulicas de los días miércoles (13-15 hs). Estas horas adicionales serán consideradas como actividades de tipo práctico-experimental y se reducirán de la carga horaria total de actividades establecidas en las semanas de asistencia hospitalaria.

Se plantea un total de 4 reuniones con una duración de 2 horas cada una. El espacio propuesto para la actividad son las aulas de la universidad. Se asignarán horarios para los grupos de trabajo con el fin de evitar conflictos con las actividades programadas en otras asignaturas.

El grupo de estudiantes del octavo semestre de la carrera de medicina se conforma con treinta estudiantes. La actividad se llevará a cabo en grupos de 10 estudiantes. Se trabajará con un total de 3 grupos cuya conformación se coordinará con el representante del curso, esto con el fin de evitar que interfiera con el cursado de otras asignaturas. Los horarios de asistencia a la actividad disponibles serán de 15-17 hs, 17-19 hs y 19-21 hs. Esta disponibilidad de horarios permitirá que los estudiantes acudan a la actividad y se reduzca la tasa de ausentismo.

Cada grupo tendrá un total de cuatro encuentros que se llevarán a cabo en el mes de abril los días 16, 23, 30 y el día 7 del mes de mayo. En la primera semana de actividades de la unidad 3 en el espacio de contacto áulico se coordinarán los detalles para llevar adelante la implementación de la estrategia en los espacios designados. Esto incluye la organización de los grupos de trabajo, horarios para cada grupo, lineamientos de la elaboración del portafolio (Anexo 4) y rúbrica de evaluación (Anexo 5).

En la primera reunión se realizará una evaluación (Anexo 1) de los conocimientos que poseen los estudiantes respecto a la entrevista psiquiátrica básica y su percepción respecto al uso del Role-Play como estrategia de aprendizaje aplicable a la asignatura de Psiquiatría. En la segunda reunión se abordará el tema de depresión mayor y trastorno bipolar. La tercera reunión considerará los temas de ansiedad generalizada y adicción al alcohol. En la cuarta reunión se analizará la temática de trastornos psicóticos (esquizofrenia) y se llevará a cabo una encuesta vía on-line que recogerá las percepciones post intervención de los estudiantes respecto a la estrategia Role-Play (Anexo 3). Para evaluar el desarrollo de conocimientos y competencias los estudiantes construirán a lo largo de la experiencia un portafolio estudiantil según los parámetros establecidos (Anexo 4) que estarán disponibles para los estudiantes desde el inicio de la actividad. El estudiante entregará su trabajo al docente a cargo del proyecto en formato digital. El portafolio será calificado con base a una rúbrica de evaluación (Anexo 5) que permitirá evaluar de manera integral el impacto de la aplicación de la estrategia.

Figura 4. Cronograma de actividades**Fuente:** investigador

Etapas 3 Aplicación de la estrategia

La implementación del recurso Role-Play en la asignatura de Psiquiatría se llevará a cabo durante cuatro semanas, a partir de la semana 7 de la unidad 3. Los detalles logísticos para la puesta en práctica de la estrategia están descritos en el ítem anterior.

De forma general la aplicación de la estrategia Rol-Play consiste en la participación en 4 sesiones de la actividad, una evaluación integrativa final, elaboración de un portafolio estudiantil y participación en una encuesta sobre el grado de satisfacción respecto al uso de esta estrategia pedagógica.

Previo a cada encuentro los estudiantes tendrán a disposición bibliografía que deberán leer como pre-requisito a la actividad. El estudiante debe llevar a cabo una reflexión crítica sobre las lecturas propuestas y ponerlo por escrito para su inclusión en el portafolio estudiantil final.

Además, con antelación los estudiantes tendrán a su disposición las Planillas de Entrevista Psiquiátrica (Anexo 6), tanto en los formatos entrevistador como observador. Es responsabilidad del estudiante traer estos formatos impresos para participar en la actividad. Las planillas elaboradas durante la aplicación de la estrategia Role-Play serán posteriormente convertidas a formato digital e incluidas en el portafolio estudiantil final.

A continuación, se describen las planificaciones correspondientes a cada una de las sesiones de aprendizaje con la estrategia Role-Play

Sesión 1 de Role-Play

TÍTULO: Entrevista psiquiátrica básica

Lectura previa: Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding: A Practical Guide.
Capítulo 7 Entrevista psiquiátrica, antecedentes y estado mental

1. Objetivos:

- Relevar los conocimientos que tiene los estudiantes respecto a la entrevista psiquiátrica básica y el reconocimiento de síntomas relevantes en pacientes con patología psiquiátrica
- Reflexionar sobre la importancia de un esquema estructurado de análisis del paciente con sospecha de patología psiquiátrica.
- Valorar la percepción que tiene los estudiantes respecto a la aplicación del Role-Play como estrategia de aprendizaje

2. Contenidos:

- Principios de evaluación del paciente con sospecha de patología psiquiátrica
- Componentes de la entrevista psiquiátrica
- Estructuración de la entrevista psiquiátrica

3. Resultados de aprendizaje:

Analizar la relevancia de un esquema estructurado en la entrevista psiquiátrica, identificando sus componentes clave y su contribución a la obtención de información precisa y confiable.

Aplicar un esquema estructurado de manera sistemática en la realización de entrevistas psiquiátricas simuladas y reales, para mejorar la calidad de la evaluación y el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos

4. Actividades:

- 4.1.- Bienvenida
- 4.2.- Presentación de temas a abordar y objetivos
- 4.3.- Evaluación de conocimientos previos y percepciones del Role-Play (Anexo).
- 4.4.- Revisión del gráfico de resultados obtenidos en google forms y análisis.
- 4.5.- Componentes de la entrevista psiquiátrica, desde el contacto humano a la estructura de las preguntas
- 4.5.- Role-Play sobre entrevista psiquiátrica
- 4.6.- Revisión de la actividad de Role-Play

5. Desarrollo de las actividades:

5.1.- Evaluación de conocimientos previos y percepciones del Role-Play.

Las preguntas serán subidas a la plataforma de google forms desde la cual procederán a su resolución. Los estudiantes podrán resolver esta encuesta a través de sus dispositivos digitales y acceder a internet mediante el servicio de red de la universidad.

5.2.- Revisión del gráfico de resultados obtenidos en google forms y análisis

El docente compartirá los resultados obtenidos con los estudiantes y propondrá instancias de reflexión que pongan en evidencia el estado de conocimiento sobre la entrevista psiquiátrica básica, el reconocimiento de síntomas de patologías prevalentes y la percepción de los estudiantes respecto al uso del Role-Play como estrategia de aprendizaje

5.3.- Componentes de la entrevista psiquiátrica, desde el contacto humano a la estructura de las preguntas en la entrevista psiquiátrica

Se empleará la estrategia de la exposición dialogada asociada a un argumento inicial de presentación para despertar el interés en los estudiantes con respecto a la importancia de desarrollar habilidades direccionadas a la entrevista psiquiátrica. Se

establece la importancia del componente comunicativo y de empatía para lograr una adecuada vinculación con el paciente. Se ofrecen además los puntos básicos y ampliados de la entrevista psiquiátrica

ARGUMENTO INICIAL

"¿Qué dice tu mirada antes de que pronuncies una palabra?"

Imagina que estás frente a un paciente que nunca has conocido antes. Tal vez lleva días luchando con una tormenta interior que no puede explicar. Ahora, pregúntate:

¿Cómo puede tu primer contacto (gestos, saludos, tono de voz)

¿Qué tan preparado estás para estructurar una conversación que no solo recoja información clínica, sino que también transmita seguridad, empatía y profesionalismo?

El arte de la entrevista psiquiátrica va mucho más allá de las preguntas que hacemos. Es una herramienta fundamental que bien entendida y aplicada puede tener un efecto transformador tanto en el médico como para el paciente.

FUNDAMENTOS BÁSICOS

Empatía y conexión: Establecimiento de confianza con el paciente.

Historia clínica: Antecedentes personales y familiares.

Evaluación del estado mental: Aspectos como apariencia, comportamiento, discurso, afecto, humor, pensamiento, cognición y juicio.

Exploración del riesgo suicida y homicida

COMPONENTES AMPLIADOS

Datos de Identificación

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Ocupación:

Nivel de educación:

Fecha de la entrevista:

Motivo de la consulta:

Presentación del Paciente (Descripción breve de la apariencia y comportamiento del paciente)

Historia Médica y Psiquiátrica

3.1 Antecedentes médicos generales

3.2 Antecedentes psiquiátricos

Historia Psicosocial

4.1 Familia:

4.2 Desarrollo:

4.3 Trabajo y ocupación:

4.5 Vida social:

Entrevista Clínica: Evaluación del Estado Mental

5.1 Apariencia y actitud:

5.2 Nivel de conciencia y alerta:

5.3 Orientación:

5.4 Discurso:

5.5 Afecto y estado de ánimo:

5.6 Pensamiento (forma y contenido):

5.7 Percepción:

5.8 Función cognitiva (memoria, atención, juicio):

Evaluación del Riesgo (suicidio, homicidio, autolesión, abuso de sustancias)

Diagnóstico Tentativo

5.4. Role-Play sobre entrevista psiquiátrica

El docente proporcionará los datos del paciente y lo representará. Dos estudiantes asumirán el rol de médicos entrevistadores. En su actividad intentarán recopilar los datos requeridos en el tiempo establecido. Su registro escrito se adjuntará al portafolio estudiantil

El resto de los estudiantes realizarán la función de observación y registro. Para ello emplearán el formulario correspondiente. Los registros realizados se adjuntarán al portafolio estudiantil

I. Datos de Identificación

Nombre: Juan Pérez

Edad: 45 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Divorciado

Ocupación: Ingeniero

Nivel de educación: Universitario (Licenciatura en Ingeniería Civil)

Fecha de la entrevista: abril 2024

Motivo de la consulta, y pensamientos de inutilidad.

II. Presentación del Paciente

Juan es un hombre de 45 años, de complexión media, que se presenta a la consulta vestido con ropa de oficina. Su rostro refleja una expresión de fatiga y cansancio. Su postura es encorvada, y mantiene la mirada baja durante la mayor parte de la entrevista. Su lenguaje corporal es retraído, y responde a las preguntas de manera breve, con voz baja y sin mostrar muchas emociones en su rostro.

III. Historia Médica y Psiquiátrica

Antecedentes médicos generales:

Hipertensión arterial, controlada con medicación (los últimos 5 años).

No presenta antecedentes de enfermedades crónicas graves.

Realiza chequeos médicos anuales y está al día con sus vacunas.

Antecedentes psiquiátricos:

Refiere haber tenido un episodio de depresión hace aproximadamente 3 años, que fue tratado con antidepresivos durante 6 meses, con mejoría total. Sin antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas significativas.

IV. Historia Psicosocial

Familia:

Juan está divorciado desde hace 2 años. Tiene dos hijos (de 10 y 12 años) con los que mantiene una relación intermitente, ya que la custodia es compartida. Vive solo en un apartamento desde su divorcio, lo que le ha generado sentimientos de soledad.

Desarrollo:

Juan ha tenido una vida relativamente estable. Terminó sus estudios universitarios sin problemas, se dedicó a su carrera en ingeniería y ha trabajado en la misma empresa por más de 15 años. No refiere haber tenido problemas importantes durante su infancia o adolescencia.

Trabajo y ocupación:

Trabaja como ingeniero en una empresa constructora, desempeñándose como jefe de proyecto. En los últimos meses, su rendimiento laboral ha disminuido debido a la falta de concentración y motivación.

Vida social:

Juan se ha alejado de sus amigos desde su divorcio. Realiza pocas actividades sociales y prefiere quedarse en casa. Siente que no tiene la energía ni las ganas de participar en eventos o actividades fuera de su trabajo.

V. Entrevista Clínica: Evaluación del Estado Mental

Apariencia y actitud: El paciente tiene una apariencia desaseada (ropa arrugada) y parece no haber prestado atención a su aspecto personal en los últimos días. Su actitud es apática, no establece contacto visual con facilidad y sus respuestas son escuetas.

Nivel de conciencia y alerta: Se encuentra completamente alerta, pero parece estar mentalmente agotado, como si estuviera desconectado de su entorno de manera parcial.

Orientación: Orientado en tiempo, lugar y persona. No presenta confusión.

Discurso: su discurso es lento, monótono y de volumen bajo. La velocidad de su habla es más lenta de lo habitual, y a veces parece dudar antes de responder.

Afecto y estado de ánimo: Su afecto es congruente con su estado de ánimo. Muestra una expresión facial triste y se refiere a sí mismo de forma negativa. Su estado de ánimo es depresivo, con signos evidentes de desesperanza.

Pensamiento (forma y contenido): El pensamiento es lógico y coherente, pero presenta contenido negativo y pesimista. Se siente inútil y sin esperanza en su futuro, lo que lo lleva a tener pensamientos recurrentes de fracaso en su vida personal y profesional.

Percepción: No presenta alteraciones perceptivas (alucinaciones auditivas, visuales, etc.).

Función cognitiva (memoria, atención, juicio): La memoria a corto y largo plazo está intacta. Sin embargo, su atención está comprometida, ya que se distrae fácilmente y no logra concentrarse en tareas complejas. Su juicio parece afectado debido a su visión pesimista de la vida, aunque no hay indicios de alteraciones graves en su capacidad de tomar decisiones.

VI. Evaluación del Riesgo

Suicidio: El paciente presenta pensamientos de inutilidad y desesperanza, pero no ha manifestado intención ni planificación suicida en el presente. No refiere planes de autolesión ni de dañar a otros.

Homicidio: No muestra signos de agresividad hacia otras personas.

Autolesión: No refiere prácticas de autolesión.

Abuso de sustancias: No hay indicios de abuso de alcohol o drogas. Niega consumo de sustancias.

VII. Diagnóstico Tentativo

Trastorno Depresivo Mayor, episodio actual (F33.1)

El paciente presenta síntomas claros de depresión mayor con un impacto significativo en su funcionamiento diario, tanto a nivel laboral como social.

Factores de riesgo: antecedentes de depresión, estrés relacionado con el divorcio y la soledad.

5.5.- Revisión de la actividad de Role-Play

Espacio en el que los estudiantes podrán poner en común sus observaciones y registros de la actividad. A su vez el docente ofrecerá su punto de vista para orientar las apreciaciones de los estudiantes e identificar puntos de mejora.

6. Cierre de la clase

Resumen de los puntos clave, espacio para preguntas y comentarios de los estudiantes sobre la toma de decisiones clínicas.

Sesión 2 de Role-Play

TÍTULO: Trastornos del humor. Bipolaridad y Depresión Mayor

Lectura previa: Wu, Z., Wang, J., Zhang, C., Peng, D., Mellor, D., Luo, Y. y Fang, Y. (2024). Clinical distinctions in symptomatology and psychiatric comorbidities between misdiagnosed bipolar I and bipolar II disorder versus major depressive disorder. BMC psychiatry, 24(1), 352. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05810-3>

1. Objetivos:

Reflexionar sobre los signos y síntomas principales que se presentan en los trastornos del humor (depresión mayor, trastorno bipolar) y de ansiedad generalizada

Reconocer síntomas de alarma que requieren acción inmediata, como ideación suicida, riesgo de autolesiones o comportamientos peligrosos.

2. Contenidos:

- Depresión mayor:
- Criterios diagnósticos según el DSM-5.
- Síntomas principales (ánimo deprimido, anhedonia, cambios en el apetito)
- Diferencias entre un estado depresivo leve y un episodio de depresión mayor
- Trastorno bipolar:
- Tipos: Bipolar tipo I y tipo II.
- Diferencias entre un episodio maníaco e hipomaníaco.

- Alternancia entre episodios depresivos y maníacos.

3. Resultados de aprendizaje:

Diferenciar entre los criterios diagnósticos de la depresión mayor y el trastorno bipolar según el DSM-5

4. Actividades:

- 4.1.- Bienvenida
- 4.2.- Presentación de temas a abordar y objetivos
- 4.3.- Explicación del propósito del Role-Play
- 4.3.- Role-Play casos A y B
- 4.4.- Revisión final

5. Desarrollo de la actividad

5.1.- Explicación del propósito del Role-Play: simular entrevistas con pacientes que presentan síntomas depresivos, maníacos o ansiosos, e identificar posibles síntomas de alarma.

5.2.- Reparto de roles

Docente cumplirá el rol de paciente

Dos estudiantes asumirán el rol de médicos entrevistadores. Se les recuerda que la entrevista tiene como fin indagar sobre el estado mental, los antecedentes psiquiátricos y la presencia de síntomas de alarma. Deben registrar la información por escrito como evidencia de su actividad.

El resto de estudiantes realizarán la función de observación y registro.

Además, consignarán por escrito las preguntas que hubiesen o no realizado en lugar

de los entrevistadores. Los registros de los estudiantes serán entregados al final de la clase y serán evidencia de su participación en la actividad.

5.3: Caso A - Depresión mayor con ideación suicida

Paciente: María es una mujer de 40 años, madre de dos hijos adolescentes que acude a consulta porque ha estado sintiéndose extremadamente deprimida en los últimos 2 meses. Refiere que durante ese tiempo ha presentado una sensación de tristeza constante, pérdida de interés en las actividades diarias, y se siente culpable por ser una "carga". Muestra síntomas de fatiga, problemas para dormir y ha perdido 5 kg sin razón aparente. En la entrevista, expresa ideas de que la vida "no tiene sentido" y que "sería mejor no estar aquí".

Entrevistadores: deben identificar los síntomas clave de depresión mayor, como la anhedonia, la fatiga, y el sentimiento de culpa, así como indagar sobre la gravedad de la ideación suicida para tomar medidas inmediatas si es necesario (referencia a un equipo de emergencia o psiquiatra de guardia). Deben evaluar la intensidad de los síntomas depresivos y la ideación suicida. Es importante que hagan énfasis sobre la duración y frecuencia de los pensamientos suicidas, si la paciente tiene un plan específico y si existe un historial de intentos previos.

5.4 Caso B: Trastorno bipolar con episodio maníaco

Paciente: Roberto, es un hombre de 30 años, casado, sin hijos. Durante las últimas 2 semanas, duerme solo 3 horas por noche, habla rápido, se siente increíblemente optimista y ha tomado decisiones imprudentes como invertir todo su dinero en un negocio riesgoso y conducir a altas velocidades. Ha tenido varios

conflictos con su esposa y amigos por su comportamiento impulsivo.

Entrevistadores: es fundamental evaluar los síntomas maníacos, como la disminución de la necesidad de dormir, la aceleración del pensamiento, los impulsos peligrosos, y la conducta de riesgo (conducción peligrosa, gastos excesivos). Es fundamental conocer la duración de los síntomas y el riesgo de daño que ha representado para sí mismo o para otros.

6. Cierre de la clase:

Resumen de los puntos clave de cada caso, con enfoque en los síntomas de alarma. Discusión sobre las intervenciones inmediatas en cada caso, según los síntomas presentados. Espacio para preguntas y comentarios de los estudiantes sobre la toma de decisiones clínicas.

Sesión 3 de Role-Play

TÍTULO: Adicción al alcohol y trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Lectura previa: Comorbidity of Generalized Anxiety Disorder and Alcohol Use Disorders among Individuals Seeking Outpatient Substance Abuse Treatment

1. Objetivos:

- Reflexionar sobre los signos y síntomas principales que se presentan en pacientes con adicción al alcohol en comparación a pacientes con cuadro de ansiedad generalizada
- Señalar la importancia del reconocimiento de los síntomas de alarma que requieren acción inmediata tales como ideación suicida, riesgo de autolesiones o comportamientos peligrosos.

2. Contenidos:

Adicción al alcohol

- ✓ Definición de trastorno por consumo de alcohol (DSM-5).
- ✓ Diferenciación entre uso, abuso y dependencia.
- ✓ Síntomas de dependencia y tolerancia.
- ✓ Evaluación del control sobre el consumo y el impacto en la funcionalidad.
- ✓ Alteraciones cognitivas y síndrome de abstinencia.
- ✓ Trastornos psiquiátricos asociados: depresión, ansiedad, delirium tremens.

Ansiedad generalizada:

- ✓ Criterios diagnósticos según el DSM-5.
- ✓ Características clínicas principales: preocupación excesiva, dificultad para controlar la ansiedad, síntomas físicos (tensión muscular y fatiga).
- ✓ Diferenciación entre TAG y otros trastornos de ansiedad.

3. Resultados de aprendizaje:

Diferenciar criterios diagnósticos entre el trastorno de ansiedad generalizada y las alteraciones derivadas de la adicción al alcohol según el DSM-5

Identificar los síntomas de alarma que requieren acción inmediata, como la ideación suicida, el riesgo de autolesiones y comportamientos peligrosos

4. Actividades:

- 4.1.- Bienvenida
- 4.2.- Presentación de temas a abordar y objetivos
- 4.3.- Role-Play casos C y D
- 4.4.- Revisión final

5. Desarrollo de la actividad

5.1.- Reparto de roles

Docente cumplirá el rol de paciente

Dos estudiantes asumirán el rol de médicos entrevistadores. Se les recuerda que la entrevista tiene como fin indagar sobre el estado mental, los antecedentes psiquiátricos y la presencia de síntomas de alarma. Deben registrar la información por escrito como evidencia de su actividad.

El resto de estudiantes realizarán la función de observación y registro. Además, consignarán por escrito las preguntas que hubiesen o no realizado en lugar de los entrevistadores. Los registros de los estudiantes serán entregados al final de la clase y serán evidencia de su participación en la actividad.

5.3: Caso C - Trastorno por abuso de alcohol

Paciente: José es un hombre de 45 años que presenta un consumo problemático de alcohol desde hace 10 años. Recientemente, ha tenido problemas laborales y conflictos familiares debido a su consumo. En la última semana, tras intentar dejar de beber de golpe, ha comenzado a experimentar síntomas como sudoración intensa, temblores, ansiedad y episodios de confusión, desorientación y alucinaciones visuales intermitentes. Durante la entrevista, José menciona sentir que “no tiene salida” y que “podría hacer algo drástico”.

Entrevistadores: es necesario evaluar el nivel de consumo de alcohol, explorando el impacto funcional y la presencia de síntomas de abstinencia. Es importante identificar los síntomas de alarma como: delirium tremens, confusión, desorientación, alucinaciones y signos vitales alterados, ideación suicida. Si aparecen síntomas de delirium tremens durante la entrevista, el entrevistador deberá

reconocerlos y aplicar medidas de manejo inicial (hidratación, vigilancia de signos vitales) o derivar al paciente a un hospital.

5.3: Caso D - Ansiedad generalizada con crisis de pánico

Paciente: Pedro, es un hombre de 38 años, casado, con un hijo. Ha estado lidiando con una constante preocupación sobre su desempeño laboral y teme perder su trabajo. Durante los últimos 6 meses, ha experimentado insomnio, tensión muscular, irritabilidad y dificultades para concentrarse. En los últimos dos meses, ha tenido episodios de crisis de pánico con síntomas físicos (palpitaciones, sudoración excesiva, dificultad para respirar y sensación de muerte inminente). Su esposa está preocupada porque ha empezado a faltar al trabajo debido a su ansiedad.

Entrevistadores: se debe evaluar la sintomatología de ansiedad generalizada y detectar síntomas de alarma como: crisis de pánico durante la entrevista o episodios recientes que incluyan síntomas físicos intensos. Afectación funcional significativa (por ejemplo, ausentismo laboral, conflictos familiares graves). Posible ideación suicida o pensamientos catastróficos. En caso de que la crisis de pánico se presente en el momento de la consulta el médico debe manejarla utilizando técnicas de respiración, toma de autoconciencia y relajación. Después, explorará los síntomas de ansiedad generalizada, como la preocupación excesiva, la tensión física y la falta de concentración.

6. Cierre de la clase

Resumen de los puntos clave de cada caso, con enfoque en los síntomas de alarma. Discusión sobre las intervenciones inmediatas en cada caso, según los síntomas presentados. Espacio para preguntas y comentarios de los estudiantes sobre la toma de decisiones clínicas.

Sesión 4 de Role-Play

TÍTULO: Trastornos Psicóticos (Esquizofrenia) – Evaluación integrativa

Lectura previa: Diagnosis, prognosis, and treatment of brief psychotic episodes: a review and research agenda

1. Objetivos:

- Presentar los síntomas y criterios diagnósticos según el DSM-5 para esquizofrenia, integrando casos clínicos reales para reforzar la comprensión teórica y práctica.
- Proponer una encuesta que valore la percepción de los estudiantes respecto a la estrategia de Role-Play una vez concluidas las sesiones de intervención

2. Contenidos:

2.1 Trastornos psicóticos (esquizofrenia)

Definición de psicosis y esquizofrenia.

Prevalencia y edad de inicio.

Criterios diagnósticos de esquizofrenia (DSM-5)

Síntomas positivos: alucinaciones, delirios, discurso desorganizado.

Síntomas negativos: aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia.

Duración mínima de los síntomas (6 meses) y disfunción social.

Fase prodrómica, fase activa, y fase residual.

2.3 Evaluación integrativa

3. Resultados de aprendizaje:

- Describir los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia conforme a lo establecido en el DSM-5
- Explicar las fases clínicas que caracterizan a la esquizofrenia a lo largo de su evolución

4. Actividades:

4.1.- Bienvenida

4.2.- Presentación de temas a abordar y objetivos

4.3.- Role-Play caso F

4.4.- Revisión final

4.5.- Encuesta de opinión sobre la estrategia Role-Play

5. Desarrollo de la actividad

5.1.- Reparto de roles

Docente cumplirá el rol de paciente

Dos estudiantes asumirán el rol de médicos entrevistadores. Se les recuerda que la entrevista tiene como fin indagar sobre el estado mental, los antecedentes psiquiátricos y la presencia de síntomas de alarma. Deben registrar la información por escrito como evidencia de su actividad.

El resto de estudiantes realizarán la función de observación y registro. Además, consignarán por escrito las preguntas que hubiesen o no realizado en lugar de los entrevistadores. Los registros de los estudiantes serán entregados al final de la clase y serán evidencia de su participación en la actividad.

5.2: Caso F – Esquizofrenia

Paciente: Ana es una mujer de 25 años, estudiante universitaria, sin antecedentes psiquiátricos significativos previos. En los últimos seis meses, ha empezado a escuchar voces y creer que está siendo vigilada por extraterrestres. Durante la entrevista, Ana muestra desconfianza hacia el entrevistador y se expresa de manera incoherente en algunos momentos. No está tomando ningún tratamiento médico.

Entrevistadores: es necesario de evaluar el estado mental de Ana, explorando la presencia de síntomas positivos y negativos de esquizofrenia, y determinar si existen síntomas de alarma que requieran una intervención inmediata. Entre los síntomas de alarma se debe considerar: delirios persecutorios que puedan llevar a comportamientos violentos (creencia de que alguien la está vigilando o haciendo daño). Alucinaciones auditivas con comandos suicidas o agresivos. Grave deterioro funcional (incapacidad de atender necesidades básicas como la alimentación o la higiene)

6. Discusión final

Resumen de los puntos clave de cada caso, con enfoque en los síntomas de alarma. Discusión sobre las intervenciones inmediatas en cada caso, según los

síntomas presentados. Espacio para preguntas y comentarios de los estudiantes sobre la toma de decisiones clínicas.

7. Encuesta final y cierre

Esta encuesta tiene el objetivo reconocer las percepciones de las estudiantes una vez concluidas las sesiones de Role-Play (Anexo 3). Estas preguntas serán subidas a la plataforma de google forms desde la cual podrán contestarla. Los estudiantes accederán a la evaluación con un correo electrónico registrado a través de sus dispositivos digitales. Tienen además acceso a internet mediante el servicio de red de la universidad.

En el cierre de la actividad se procederá a socializar con los estudiantes sus inquietudes respecto a la elaboración del portafolio individual. En este punto se hará énfasis en la fecha límite de entrega y los criterios de evaluación que constan en la rúbrica.

2. 5 Recursos

- Espacios físicos: aulas universitarias
- Instrumentales: dispositivos de acceso digital (celulares, tablet, laptops), red de Internet, escritorios, sillas
- Recursos de apoyo: indumentaria para las representaciones

2. 6 Evaluación de la propuesta

Para la evaluación integral de la propuesta realizada se tomará en cuenta la elaboración de un portafolio estudiantil (Anexo 4). Esta herramienta permitirá realizar un registro del avance del estudiante a lo largo de las sesiones de Role-Play. Esto permitirá evaluar de manera integral del desarrollo de competencias en los estudiantes posterior a la aplicación de la estrategia pedagógica.

Para la calificación del portafolio se empleará una rúbrica de evaluación (Anexo 5) Adicionalmente, con la información obtenida a través de la encuesta on-line (Anexo 3), se verificará si se produjeron o no cambios en la percepción que tienen los estudiantes respecto al Role-Play como estrategia de aprendizaje.

Parte 3 Marco Referencial

3.1 Fundamentación teórica de las decisiones asumidas.

Los estudiantes del nivel universitario se integran a un proceso cuyo fin es la adquisición de conocimientos y habilidades que les permitan desempeñarse de manera apropiada dentro del ámbito profesional. Se trata de sujetos adultos, que conforman una comunidad educativa con sus propias características. El alumno universitario es por naturaleza un sujeto motivado, proveniente de un contexto específico y con conocimientos previos que deben ser tomados en cuenta dentro del proceso educativo. Es además un sujeto autodeterminado que persigue una meta formativa de la que busca ser protagonista y no depender exclusivamente de la institución o sus docentes (Huertas, 1997). Se trata de un estudiante adulto que entre sus objetivos contempla el integrarse a la sociedad actual y participar activamente dentro de ella. Este no es solo un deseo impulsado de manera individual, sino que responde a una serie de cambios que ha experimentado la sociedad y han ejercido una importante influencia respecto al papel de la educación superior dentro de la sociedad. “La sociedad demanda cada vez más profesionales capaces de gestionar el conocimiento, es decir, capaces de aprender, pero también de difundir, producir y usar formas diversas del conocimiento académico” (Pozo, 2009, p.18).

Los nuevos modelos pedagógicos se orientan al desarrollo de interacciones dinámicas entre el sujeto y el entorno en el que se desarrolla. Como seres sociales el sujeto aprende significados, estructuras conceptuales y habilidades de nivel superior a través de las interacciones con el medio en el que se desenvuelve. Uno de los factores que incide visiblemente dentro del ámbito educativo deriva de las nuevas

realidades que presenta la sociedad de la información y el conocimiento. Su influencia es innegable si se considera en la actualidad qué es lo que se aprende, la manera cómo se aprende y lo que la sociedad espera que el alumno aprenda, en comparación con los requerimientos de cualquier centro educativo del siglo pasado (Pozo, 1996).

La actividad educativa así considerada no se trata de un proceso estático e inmutable. Consiste en una realidad influida por “el avance de acontecimientos políticos, económicos, sociales, culturales y científicos en un contexto de globalización y virtualización” (Di Cauda, 2013, p.42) Frente a esta realidad es necesario tomar conciencia respecto a lo anacrónico que resulta pensar que los métodos educativos tradicionales, como la memorización y la repetición de información, son suficientes para formar profesionales capaces de hacer frente a las realidades del actual mundo laboral. Sin ir más lejos, la vida misma está llena de situaciones y problemáticas que no tienen una receta o fórmula definida para resolverse. Es decir, las situaciones de la cotidianidad por lo general se tratan de problemas no estructurados, desafiantes, llenos de incertidumbre y frente a los cuales no se pueden recitar pasos de un libro de instrucciones con el fin de obtener soluciones. Se trata pues de desarrollar en los estudiantes la capacidad de razonar, de aplicar conocimientos, integrarlos, reformarlos y aplicarlos con el fin de elaborar soluciones reales a problemas reales (Sternberg y Swerling, 1999). Es un enfoque que cambia el punto de interés centrado en la transmisión de información para colocarlo en formar al estudiante en el desarrollo de competencias que le permitan emplear la información de manera adecuada y construir sus propios saberes. Es reconocer que el rol del docente ya no se centra en ser un transmisor de información sino en un facilitador de experiencias significativas de aprendizaje (Knowles, 2001).

Dentro de las teorías de aprendizaje que más representación demuestran en el contexto educativo actual se encuentran el asociacionismo y el constructivismo. Ambas, lejos de ser excluyentes, son aplicables dependiendo del tipo de conocimiento que se busca abordar y los resultados que se esperan lograr en el estudiante. Si bien, ciertos conocimientos procedimentales pueden tener un abordaje principalmente asociacionista, es necesario contar con la integración que aporta el constructivismo en la creación de sistemas cognitivos dinámicos (Pozo, 1996). Es fundamental que el conocimiento se fundamente en asociaciones que resulten coherentes para el alumno y le permitan evocar esos conocimientos en el momento requerido. Además, es menester que el estudiante integre de manera reflexiva esa información a su sistema cognitivo, con el fin de fortalecerlo, modificarlo o cambiarlo en su totalidad (Pozo, 2009; Ausubel et al., 1983). Este último se relaciona a la idea metafórica del *lego* en la que el participante construye y reconstruye los elementos a su disposición según va desarrollando la actividad de aprendizaje. Este enfoque centra el interés de la actividad educativa en el estudiante. Se orienta al desarrollo de competencias que vuelvan al alumno más autónomo, con el docente en el papel de orientador y el uso de artefactos que permiten al estudiante acceder a la información y analizarla tanto individualmente como en contextos colaborativos (Ortiz, 2011).

Otra de las realidades que deben considerarse es la desvinculación que se observa entre la teoría y la actividad práctica dentro de la formación del estudiante. Desde el punto de vista de la actividad profesional se ha visto que existe una brecha entre la formación recibida por el estudiante y las habilidades requeridas para el ejercicio laboral. Incluso el uso de recursos técnicos por parte de los alumnos dentro del aula difiere de la forma en que lo emplean los profesionales en su actividad. La

concepción desactualizada de que la mejor práctica es una buena teoría ha quedado completamente en desuso y resulta peligrosa a la luz de la actual sociedad de la información (Pozo, 2009).

La diferencia entre el aprendizaje declarativo y el aprendizaje aplicado radica en la libertad que ofrece este último para poder integrarse de manera productiva y efectiva al contexto social en que se desenvuelve. Desde el punto de vista vigotskiano el aprendizaje se lleva a cabo con entendimiento de símbolos y significados. El aula universitaria debe convertirse en el lugar en el que se lleva a cabo esta negociación de significados. Un espacio en el que el estudiante plantea inquietudes, se visualizan problemas de alta relevancia cultural e importante actividad social. Un momento formativo que se proyecta hacia la acción, a la generación de experiencias que influyen no solo en el estudiante sino también en su entorno. Se deja de lado el uso de energía para la adquisición información abstracta, descontextualizada e inerte. Se trata de experiencias de aprendizaje multidireccionales, en las que los cimientos de la nueva información son los conocimientos previos del aprendiz y su cemento las actividades que conectan su formación con la realidad que lo rodea (Díaz, 2003).

Uno de los principales artífices para que se lleve a cabo este cambio en la pedagogía educativa es el docente. Un proceso de construcción de, aprendizaje no puede llevarse a cabo sin que el docente ofrezca las condiciones apropiadas para llevarlo a cabo. Esto implica un cambio conceptual por parte del docente. Anteriormente visto como un ser omnipotente con un poder derivado de la asignación de calificaciones basadas en un sistema de reproducción de la información tipo fax (Pozo, 2009). El docente era más eficaz mientras sus estudiantes reproducían con

mayor fidelidad la información que se les había proporcionado. La motivación del estudiante era simplemente extrínseca, obtener una calificación y superar una asignatura. En retrospectiva ¿cuántos de esos estudiantes que aparentemente aprobaron una cursada son capaces de aplicar su conocimiento en la actualidad? (Pozo, 1996). La actividad de aprender recaía en el estudiante de manera exclusiva. Él era el único responsable de motivarse, esforzarse, demostrar conocimientos, etc. Las realidades, preocupaciones e intereses de los estudiantes eran consideraciones ajenas al docente, cuyo único fin era disparar información, ya sea desde un atrio universitario o con diapositivas de PowerPoint. (Zabalza, 2016). Por otra parte, el docente se ve interpelado por las autoridades educativas que exigen el abordaje de contenidos mínimos, a la vez que promulgan la aplicación innovaciones educativas emitidas por teóricos que poco conocen de la realidad que experimenta el docente dentro y fuera de las aulas universitarias. Además, el currículum educativo poco ha considerado estas realidades, abarrotando en el papel contenidos que en la práctica son casi inalcanzables (Di Caudo, 2013).

La realidad para el docente se ve influida por varios factores, pero su actividad requiere llevar adelante cambios frente a los contextos y sujetos con los que desarrolla su actividad. Uno de los fundamentos de la enseñanza reza que “el núcleo central de la habilidad profesional del docente reside en el conjunto de decisiones que este habrá de tomar en relación al método de enseñanza” (Díaz, 2005, p.12). En el contexto del estudiante universitario esta toma de decisiones implica usar estrategias activas que involucren al estudiante y lo consideren como un sujeto adulto, comprometido con su formación, que posee conocimientos y habilidades propios que deben ser tomados en cuenta. Transformar el aula de un lugar de enseñanza a una comunidad de

aprendizaje (Zabalza, 2016). El docente debe favorecer las condiciones que permitan una mejor vinculación entre el estudiante y el conocimiento. Es imperativo centrar el interés en la evolución del sujeto, su proceso de aprendizaje y la construcción de saberes. Todo esto implica renunciar a las facilidades que ofrece la evaluación fundamentada en respuestas “del libro” para introducir nuevos modelos de enseñanza destinados a la resolución de problemáticas. Desafortunadamente, la aplicación de este tipo de estrategias implica una mayor disposición de tiempo y el abordaje de menos contenidos a lo largo de una cursada (Díaz, 2005). Frente a estas realidades el docente debe llevar adelante un ejercicio reflexivo respecto a la aplicación de determinadas estrategias en momentos específicos. Requiere además que el docente cambie discretamente su foco de atención de lo que enseña para observar la forma en que están aprendiendo sus alumnos (De Camilloni et al., 1998). Es la respuesta que deben ofrecer los docentes en su accionar frente a las realidades de un mundo globalizado, convirtiéndose en eternos aprendices de un mundo que intercambia y renueva información a un ritmo increíblemente acelerado.

Dentro de la formación médica y específicamente dentro de la rama de la Psiquiatría se ha producido un cambio respecto a las estrategias pedagógicas, con un mayor protagonismo de las modalidades de aprendizaje activo basadas en modelos constructivistas de aprendizaje (Verduin et al., 2013). En este tipo de modalidades el estudiante desarrolla un pensamiento reflexivo destinado a la identificación de los elementos principales de la información, los relaciona con sus conocimientos previos, contrasta con las problemáticas que se le presentan y rediseña su esquema conceptual a la luz de la nueva información (Torre et al., 2006). Estudios de revisión llevados a cabo en varios países de América y Europa

demuestran que los estudiantes prefieren las modalidades que aborden la resolución de problemas en comparación a métodos más tradicionales (Vernon y Blake, 1993; Newman, 2003; Berkson, 1993). Sin embargo, se pone en consideración las limitantes del tiempo que puede conllevar la aplicación de esta estrategia. Por otro lado, se ha visto que las modalidades de aprendizaje activo despiertan mayor interés en los estudiantes en comparación a las clases tradicionales centradas en el profesor. Los estudiantes se sienten menos inclinados a participar en un modelo pedagógico unidireccional centrado en el docente y en el que no se pueden desarrollar habilidades de relación médico-paciente, necesarias para el ejercicio del profesional médico (Kumar, 2023).

En la rama médica de la Psiquiatría, debido a la naturaleza de las patologías abordadas resulta complicado que los estudiantes participen de forma activa en la evaluación de este tipo de pacientes. Frente a esta realidad es necesario considerar la alternativa de las estrategias educativas basadas en simulación. En este caso el role-play constituye un recurso adecuado a través del cual se puede representar la complejidad conductual, cognitiva y afectiva de la patología mental. Permite además generar un espacio educativo en el que se puede llevar adelante una secuencia estructurada que pone en evidencia los puntos de aprendizaje sobre los cuales se busca hacer énfasis (Piot et al., 2022).

La aplicación de esta estrategia genera experiencias que permiten una mayor vinculación y retención de los contenidos aprendidos. Adicionalmente permite el desarrollo de competencias desde el punto de vista comunicacional, de interacción, reflexivas e incluso afectivas. Esto último es muy importante considerando la visión

estigmatizada de la patología mental, incluso dentro del ámbito profesional médico (Kumar, 2023). Igualmente, el role-play es una estrategia que pone énfasis en la interacción de las personas, elemento fundamental dentro de la evaluación psiquiátrica en la que gran parte del diagnóstico y el manejo del paciente depende de la construcción de un vínculo terapéutico apropiado (Acharya et al., 2014).

En el caso del docente la aplicación de la estrategia Role-Play requiere una adecuada preparación y planificación de las actividades para evitar procesos de improvisación. Se ha visto que, bien planificada, la estrategia de Role-Play ayuda al docente a generar una mayor participación de los estudiantes, así como un mayor interés y una mejor integración teoría-práctica (Piot et al., 2022). Además, en el caso de la Psiquiatría permite al docente ejemplificar el conocimiento en situaciones controladas, sin verse obligado a usar recursos para resolver problemas emergentes que se presentan en la práctica cotidiana y pueden entorpecer el proceso de aprendizaje (Westrup y Plan Ander, 2013).

Por estos motivos la introducción del Role-Play como estrategia pedagógica en la asignatura de Psiquiatría constituye un recurso a considerar para cimentar los conocimientos adquiridos y llevarlos al desarrollo de competencias que serán aplicadas en el ejercicio del futuro profesional. Esto es especialmente importante en el campo de la Psiquiatría en el que es necesario desarrollar habilidades y competencias destinadas al abordaje de este grupo de pacientes. Frente a esta necesidad las estrategias de aprendizaje activo como Role-Play deben tener su propio espacio con el fin de lograr un adecuado equilibrio entre la teoría y la práctica.

3.2 Reflexión sobre la praxis.

El panorama educativo ha cambiado profundamente en las últimas décadas. Los avances tecnológicos, las nuevas teorías pedagógicas y el acceso a una cantidad casi infinita de información han transformado la forma en que los estudiantes aprenden y, consecuentemente, el rol que desempeñan los docentes. En este contexto, el papel del educador ya no se limita a ser un simple transmisor de conocimiento. Hoy en día, el docente es un facilitador, un orientador, un mentor que guía a los estudiantes en su proceso de aprendizaje, ayudándoles a construir su propio conocimiento y a desarrollar habilidades críticas y creativas. Esta transformación es fundamental para el desarrollo de una educación más inclusiva, participativa y significativa.

El cambio del rol tradicional del docente ha sido, sin lugar a dudas, uno de los avances más importantes en la educación moderna. Durante mucho tiempo, el modelo educativo se basó en la enseñanza magistral, donde el profesor era la fuente principal de conocimiento y el estudiante un receptor pasivo. Este enfoque, aunque válido en ciertos contextos, limitaba las capacidades del estudiante para interactuar con el contenido, desarrollar su creatividad o enfrentarse a problemas de manera autónoma. Sin embargo, hoy el docente debe ser mucho más que un conferencista. Debe ser un líder que fomente el pensamiento crítico, que inspire a sus alumnos a cuestionar, a investigar, a buscar respuestas por sí mismos y a encontrar soluciones en lugar de simplemente recibir respuestas de manera pasiva.

En este contexto, los modelos activos y constructivistas de aprendizaje cobran una relevancia fundamental. A través de estos enfoques, el estudiante se convierte en el centro del proceso educativo, donde su participación activa es crucial para el aprendizaje. El aprendizaje activo implica que el estudiante no sea un receptor pasivo de información, sino un agente activo en la construcción de su conocimiento. Este enfoque promueve la resolución de problemas, la colaboración, el pensamiento crítico y la reflexión, elementos esenciales en el proceso educativo moderno.

Como docente, reconozco la importancia de mi propia formación continua. El mundo de la educación está en constante evolución, y, como profesional de la enseñanza, debo estar dispuesto a aprender y adaptarme a nuevas metodologías, tecnologías y enfoques pedagógicos. La formación continua no solo mejora mi práctica docente, sino que también me permite mantenerme actualizada en cuanto a las mejores estrategias de enseñanza y aprendizaje, lo que repercute directamente en la calidad educativa que ofrezco a mis estudiantes.

A lo largo de la cursada, he tenido la oportunidad de participar en diversas asignaturas que me han permitido reflexionar sobre mi labor como educadora y mejorar mis habilidades. Este proceso de formación constante es esencial, ya que me permite ser una mejor docente, capaz de ofrecer una educación de calidad, relevante y significativa para mis estudiantes.

Finalmente, quiero expresar mi más sincero agradecimiento por la oportunidad de formarme como profesional de la enseñanza. Cada día en este camino ha sido una oportunidad de crecimiento personal y profesional. Agradezco los espacios de

aprendizaje que se me han brindado, las experiencias compartidas con mis compañeros y mis docentes, y todo lo que he aprendido a lo largo de este proceso. El ser parte del sistema educativo y tener la capacidad de influir positivamente en las vidas de los estudiantes es una responsabilidad que asumo con orgullo y compromiso.

Estoy convencida de que la educación es una de las herramientas más poderosas para transformar vidas y, por ende, la sociedad. Mi formación como docente me permitirá ser parte de ese cambio, y por ello, cada día me esfuerzo por mejorar, aprender y contribuir a la construcción de un mundo más justo y equitativo a través de la enseñanza

Referencias

- Acharya, S., Shukla, S., Acharya, N., & Vagha, J. (2014a). Role play – an effective tool to teach clinical medicine. *Journal of Contemporary Medical Education*, 2(2).
- Acharya, S., Shukla, S., Acharya, N., & Vagha, J. (2014b). Role play – an effective tool to teach clinical medicine. *Journal of Contemporary Medical Education*, 2(2).
- Alvi, T., Zareen, N., & Farhan, S. (2021). Role play, a teaching strategy for psychiatry — students' comparative perspective versus traditional teaching. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(1740).
- Ausubel, D., Novak, J., & Hanesian, H. (1983). *Psicología Educativa. Un punto de vista Cognoscitivo*. Trillas.
- Berkson, L. (1993). Problem-based learning: Have the expectations been met? *Acad Med*, 68, 79–88.
- Bloom, D., Cafiero, E., Llopis, J., Abrahams, E., Bloom, S., Fathima, R., Feigl, S., Gaziano, A., Mowafi, T., Pandya, M., Prettnner, A., Rosenberg, K., Seligman, L., Stein, B., & Weinstein, C. (2012). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. *Program on the Global Demography of Aging*.
- Carrillo, M., Rodríguez, M., Gutiérrez, O., Pertuz, C., Guette, R., Polo, A., Roque Padilla, R. C., Estrada, M., Vergara, R., & Adrián-Osorio. (2018). Juego de

roles: estrategia pedagógica para el fortalecimiento de la convivencia. *Cultura. Educación y Sociedad*, 9(3), 869–876.

De Camilloni, A., Celman, S., Litwin, E., & Palou, M. (1998). *La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo*. Paidós.

Di Caudo, M. (2013). La ciencia pedagógica: construcciones, disputas, desafíos. *Sophie, Colección de Filosofía de la Educación*, 14, 33–50.

Díaz, A. (2005). El profesor de educación superior frente a las demandas de los nuevos debates educativos. *Perfiles educativos*, 27(108), 9–30.

Díaz, F. (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 5(2), 105–117.

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392, 1789–1858.

Gupta, S., & Menon, V. (2022). Psychiatry training for medical students: A global perspective and implications for India's competency-based medical education curriculum. *Indian Journal of Psychiatry*, 64(3), 240–251.

Huertas, J. (1997). *Motivación. Querer aprender*. Aique Grupo Editor.

Jayaram, M., Shields, G., & Buisman, F. (2021). Novel methods of teaching psychiatry to medical and postgraduate students. *Current Opin Psychiatry*, 34.

- Knowles, M. S. (2001). *Andragogia - El aprendizaje de Los adultos*. Oxford University Press.
- Kumar, R. (2023). Contribution of Medical Education through Role Playing in Community Health Promotion: A Review. *Iran Journal of Public Health*, 52, 1121–1128.
- Manohari, S., Pradeep, J., & Baburao, R. (2013). How to Teach Psychiatry to Medical Undergraduates in India?: A Model. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 23–28.
- Nestel, D., & Tierney, T. (2007). Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education*, 7(3).
- Newman, M. (2003). A pilot systematic review and meta-analysis on the effectiveness of problem based learning. *Newcastle upon Tyne (UK)*.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013- 2030*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. OPS.
- Ortiz, M. (2011). Prácticas Docentes Universitarias y la Construcción de Contextos para el aprendizaje. *Nova Scientia*, 4(7), 237–256.

- Pedroza, F., Carrillo, M., González, L., Ascencio, L., Vásquez, J., Gutiérrez, C., Parra, A., & Cobo, J. (2022). *Herramientas pedagógicas: manual para la creación de textos en el aula*. Universidad Santiago de Cali.
- Piot, M., Köenig, M., Michelet, D., Burn, L., Rethans, J., Lemogne, C., Hadchouel, A., Cadwallader, J., Tesniere, A., & Falissard, B. (2022). *L'Encephale*, 48(3), 254–256.
- Pozo, J. (1996). *Aprendices y maestros. La nueva cultura de aprendizaje*. Alianza Editorial.
- Pozo, J. (2009). *Psicología del aprendizaje universitario: la formación de competencias*. Morata.
- Rajadell, N., & Sepúlveda, F. (2001). *Didáctica general para psicopedagogos*. UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Shapiro, S., & Leopold, L. (2012). A Critical Role for Role-Playing Pedagogy. *TESL Canada Journal*, 29(2).
- Sternberg, R., & Swerling, L. (1999). *Enseñar a pensar*. Grupo Santillana.
- Torre, D., Daley, B., Sebastian, J., & Elnicki, M. (2006). Overview of Current Learning Theories for Medical Educators. *The American Journal of Medicine*, 119(10), 903–907.
- Verduin, M., Boland, R., & Guthrie, T. (2013). New directions in medical education related to psychiatry. *International Review of Psychiatry*, 25(3), 338–346.

Vernon, D., & Blake, R. (1993). Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. *Acad Med*, 68, 550–563.

Westrup, U., & Planander, A. (2013). Role-play as a pedagogical method to prepare students for practice: The students' voice. *Högre utbildning*, 3(3), 199–210.

Zabalza, M. (2016). *La enseñanza universitaria. el escenario y sus protagonistas*. Narcea Ediciones.

ANEXO 1

ENCUESTA SITUACIONAL - DIAGNÓSTICA

1.- ¿Cuál de los siguientes es el primer paso fundamental en una evaluación psiquiátrica?

Realizar una historia clínica completa

Administrar pruebas psicológicas

Prescribir tratamiento farmacológico

Derivar al paciente a un especialista

2.- ¿Qué técnica es más efectiva para obtener información detallada sobre los síntomas actuales del paciente?

Preguntar de forma abierta sobre cómo se siente el paciente.

Utilizar cuestionarios estandarizados sobre síntomas.

Realizar una serie de preguntas cerradas sobre síntomas específicos.

Hacer preguntas indirectas sobre el comportamiento general del paciente.

Solicitar una autoevaluación escrita del paciente.

3.- ¿Cuál es la importancia de la habilidad de escucha activa en una entrevista psiquiátrica básica?

Permite al entrevistador tomar notas rápidamente.

Ayuda a identificar posibles diagnósticos médicos.

Facilita una comprensión completa de las experiencias y preocupaciones del paciente.

Permite al entrevistador hacer preguntas más rápidas y precisas.

Garantiza que el paciente se sienta evaluado de manera eficiente.

4.- Selecciona la respuesta que mejor refleje tu percepción respecto a la siguiente afirmación: " Considero que el uso del Role-Play como estrategia de enseñanza en la asignatura de Psiquiatría es de gran utilidad mi comprensión de los conceptos y técnicas psiquiátricas."

Totalmente en desacuerdo

En desacuerdo

Neutral

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

5.- Selecciona la respuesta que mejor refleje tu percepción respecto a la siguiente: "¿Consideras que el Role-Play es una estrategia de aprendizaje útil y significativa para tu formación como médico?"

Sí

No

ANEXO 2

Universidad Técnica de Ambato

Facultad de Ciencias de la Salud - Carrera de Medicina Cátedra de Psiquiatría

PROGRAMA ASIGNATURA: PSIQUIATRÍA

Carrera de Medicina

AÑO LECTIVO 2023

1ª Cursada marzo-agosto y 2ª cursada septiembre-febrero

BLOQUE PROFESIONALIZANTE - Semestre: Octavo

CUERPO DOCENTE

Prof. Tit. Reg. Vera, Miguel Ángel ASD Reg. Erausque, Alejandro Fabian AYP Int.

Stutman, Graciela Susana AYP Int. DellOrfano, Mirta Mabel

AYP Int. Novello, Maria Cristina AYP Int. Dulbecco, Euler Anibal AYP Int. Avellá, Linda
Adriana

OBJETIVOS La cátedra señala tres fundamentos: medicina interna y medicina comunitaria

El desarrollo de este programa tiene como meta promover la comprensión de la enfermedad mental y aprender a cuidar (tratar) a los enfermos mentales, como asimismo promover a la adquisición de aptitudes y desarrollo de actitudes para el desenvolvimiento en vasto e importante campo de la salud mental.

Metas

Saber conocer los fundamentos científicos, psicopatológicos y psicosanitarios de la Clínica psiquiátrica. Saber aprender y enseñar clínica psiquiátrica.

Saber hacer la práctica de la clínica psiquiátrica en relación con otros seres humanos y en diferentes ámbitos.

Se trabajará en cada actividad de la cátedra el aspecto actitudinal, propendiendo a que en el futuro comportamiento del médico general que hoy se está formando confluyan el saber de la disciplina, la consideración humanística de la relación con el paciente y su lugar interdisciplinar en la praxis médica, con el fin de ocuparse del bienestar mental y físico de sus pacientes.

Objetivos Generales

- Reconocer que la profesión médica requiere aprendizaje permanente
- Demostrar capacidad de pensamiento crítico y autocrítica constructiva
- Tolerar la incertidumbre y estar
- Adecuar actitudes relacionadas a las familias y los pacientes.
- Respetar los pacientes y comprender sentimientos
- Reconocer la necesidad de una buena relación médico paciente
- Considerar el valor de la psiquiatría como disciplina médica --integrar aspectos humanísticos, científicos y tecnológicos del conocimiento psiquiátrico.
- Trabajar de manera constructiva con otros profesionales de la salud.
- Reconocer la importancia de promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales.

Objetivos Específicos

3. Lograr que el médico general sepa reconocer las diversas manifestaciones de la psicopatología, en los síndromes psiquiátricos que afrontará en la práctica diaria.

4. Adquirir y desarrollar las actitudes pertinentes para la prevención y promoción de la salud mental.
5. Considerar los aspectos de prevención y promoción de la psiquiatría y su ineludible y estrecha relación con la Salud Mental
6. Conocer conceptos básicos de Neurociencias (Neurofisiología, psicofisiopatología, neuropsicología), de las en nuestro país y nuestra región.
7. Saber realizar las acciones médicas pertinentes a la atención de urgencias psiquiátricas en el ámbito del médico general.
8. Aprender a realizar interconsultas y derivaciones correspondientes
9. Conocer los conceptos básicos y el alcance de la psiquiatría en nuestra época.

CORRELATIVIDADES

Asignaturas y Seminarios del ciclo Biomédico acreditados, según reglamentación común al ciclo clínico.

CONTENIDOS

UNIDAD 1 (semana 1 - 3)

Disciplinas: Psiquiatría. Psicología. Salud Mental. Salud Moral. Salud colectiva
Psicoterapia y Psicofarmacoterapia.

La enfermedad mental.: Concepciones. Definición de normalidad. Conceptos generales de psicosis, neurosis, psicopatías.

Ser Humano. Persona El eje mente-cerebro.

Las Funciones Psíquicas. Memoria. Aprendizaje. Lenguaje La conciencia. El Inconsciente

Personalidad. Conducta y comportamiento. Comunicación

UNIDAD 2 (semana 4 - 5)

Psicosemiología.

El examen del estado mental. Entrevista psiquiátrica. Historia clínica en psiquiatría.

Psiquiatría en Atención Primaria

UNIDAD 3 (semana 6 - 10)

- Trastornos del Humor Trastornos de Ansiedad. Estrés
- Esquizofrenia. Trastornos psicóticos.
- Trastornos somatomorfos. Perspectiva psicosomática. Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Trastornos del Sueño
- Trastornos disociativos Trastornos de adaptación Adicciones
- Demencias Retraso Mental
- Emergencia Psiquiátrica

UNIDAD 4 (semana 11 - 13)

- Psicofarmacoterapia Estrategia Terapéutica.
- Psicoterapia Psicoeducación
- Psiquiatría de Enlace. Interconsulta. Derivaciones.

UNIDAD 5 (semana 14 - 15)

Psicopatología social: Trastornos de Personalidad: psicopatías. Autismo Violencia.

Suicidio.

Dolor y sufrimiento

Comunicación en Salud Mental. La verdad en la Relación médico paciente El
Paciente Difícil

ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA: abordaje teórico, actividades practico-
experimentales, revisiones bibliografía, rotaciones hospitalarias

6. METODOLOGÍA

Modalidad de cursado: La cursada se lleva a cabo en unos de los 2 períodos
reglamentarios (septiembre - febrero / marzo - agosto de cada año)

Las actividades de la asignatura son:

- Teóricos: se dictan una vez por semana en durante toda la cursada,
- Prácticos áulicos: un práctico por semana desarrollándose las unidades con casos clínicos.
- Practicas Institucionales/hospitalarias, es la actividad clínica, en los hospitales o instituciones asociadas o de la comunidad para el contacto con personas con sufrimiento mental y conocimiento en terreno de la problemática institucional de la salud mental y la psiquiatría.
- Estudio, análisis y elaboración de casos clínicos con la confección de historia clínica correspondiente al caso asignado
- Ateneos y Talleres de Integración Vertical (con otros ciclos de la carrera) y Horizontal (con las otras asignaturas del ciclo clínico) de la cátedra con el aporte disciplinar específico en un tema o caso clínico particular trabajado y presentado a los alumnos por varias asignaturas.

Febrero y agosto son los meses de evaluaciones.

7. CRONOGRAMA

Cursada de 16 semanas.

Las actividades de docencia en el espacio áulico se desarrollan en horarios vespertinos los días miércoles, de 13 a 15 hs.

Las rotaciones en el espacio hospitalario se realizarán en horario matutino y se coordinarán con el departamento de docencia de cada hospital para completar como mínimo 4 horas de actividades prácticas semanales.

8. DISTRIBUCIÓN DE CONTENIDOS POR ACTIVIDAD TEÓRICAS

Clase inaugural: Presentación de la dinámica de la cátedra Salud Mental y Psiquiatría. Disciplinas afines.

Psico semiología. El examen del estado mental. Entrevista psiquiátrica. Historia clínica en psiquiatría. Psiquiatría en Atención Primaria

Ser Humano – Ser Persona -Personalidad – Conducta El eje mente-cerebro. Las funciones psíquicas Conciencia-memoria-lenguaje-aprendizaje Epidemiología-atención primaria en salud mental Psicoeducación

Suicidio. Violencia en Salud mental

La enfermedad mental. Psicosis y Neurosis El paciente difícil. La cuestión de la Verdad

La Estrategia Terapéutica. Ínter consulta- Derivaciones- Psiquiatría de Enlace

Perspectiva Legal en Psiquiatría

Bioética y Psiquiatría

UNIDAD 3

Trastornos del Humor Trastornos de Ansiedad. Estrés

Esquizofrenia. Trastornos psicóticos.

Trastornos somatomorfos. Perspectiva psicosomática. Trastornos de la Conducta

Alimentaria

Trastornos del Sueño Trastornos disociativos Trastornos de adaptación Adicciones

Demencias Retraso Mental

Emergencia Psiquiátrica

Trastornos de Personalidad. Las Psicopatías Dolor y Sufrimiento. El duelo patológico

9. RECURSOS

9.1 HUMANOS

1 profesor Titular regular. Parcial

1 jefe de trabajos prácticos regular.

5 ayudantes de primera interinos

9.2 MATERIALES

Medios audiovisuales.

9.3 INSTRUCCIONALES

Pacientes, bibliografía en biblioteca, casos clínicos, imágenes.

10. AMBITOS DE PRÁCTICAS

Teóricos y prácticos áulicos en la sede de la Facultad de Ciencias médicas. Practica institucionales en los hospitales en instituciones de la región:

- Hospital Regional Docente Ambato
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
- Hospital Seguro Social Campesino (SSC)
- Comunidad Terapéutica Transitar de la ciudad de Ambato
- Servicios de Salud psicosocial/ adicciones.

Prof. Med. Miguel Vera Tit. Psiquiatría

ANEXO 3**ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE ROLE-PLAY EN PSIQUIATRÍA**

Instrucciones: A continuación, se presentan varias afirmaciones relacionadas con tu experiencia utilizando la estrategia de aprendizaje *Role-Play* en la asignatura de Psiquiatría. Por favor, indica tu nivel de acuerdo con cada afirmación utilizando la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo

En desacuerdo

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

La estrategia de Role-Play me ha ayudado a mejorar mis habilidades para interactuar con pacientes en un contexto psiquiátrico.

☐ 1 - Totalmente en desacuerdo

☐ 2 - En desacuerdo

☐ 3 - De acuerdo

☐ 4 - Totalmente de acuerdo

A través del Role-Play, he logrado comprender mejor los trastornos psiquiátricos y cómo abordarlos en una consulta.

☐ 1 - Totalmente en desacuerdo

☐ 2 - En desacuerdo

☐ 3 - De acuerdo

☐ 4 - Totalmente de acuerdo

La aplicación del Role-Play en la asignatura de Psiquiatría ha sido una herramienta útil para mi aprendizaje práctico y clínico.

- ☐ 1 - Totalmente en desacuerdo
- ☐ 2 - En desacuerdo
- ☐ 3 - De acuerdo
- ☐ 4 - Totalmente de acuerdo

Considero que la estrategia de Role-Play me ha permitido reflexionar de manera más profunda sobre mi práctica clínica en Psiquiatría.

- ☐ 1 - Totalmente en desacuerdo
- ☐ 2 - En desacuerdo
- ☐ 3 - De acuerdo
- ☐ 4 - Totalmente de acuerdo

ANEXO 4

MODELO DE PORTAFOLIO ESTUDIANTEL

El portafolio estudiantil es una herramienta pedagógica que permite a los estudiantes reflexionar sobre su proceso de aprendizaje, documentar su progreso y evidenciar sus competencias y logros.

OBJETIVOS

- Practicar habilidades de evaluación psiquiátrica básica a través de escenarios clínicos simulados utilizando la técnica de Role-Play, para mejorar la capacidad de interactuar con pacientes en un entorno controlado y realista
- Fortalecer competencias en psiquiatría mediante la implementación de la estrategia de Role-Play, con el propósito de mejorar la capacidad para realizar evaluaciones psiquiátricas básicas completas

OBJETIVOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

El alumno debe establecer sus metas de aprendizaje derivadas de la aplicación de la estrategia, identificando qué espera lograr en términos de conocimientos y habilidades.

REFLEXIÓN CRÍTICA DE LOS TEMAS

De la lectura de la bibliografía propuesta y la que realice el estudiante debe incluir una reflexión sobre cómo se perciben los trastornos mentales, cómo se conectan con la práctica clínica, y qué conceptos le resultan más relevantes para su futuro ejercicio profesional

FICHAS DE PARTICIPACIÓN (ENTREVISTADOR / OBSERVADOR)

El estudiante debe incluir las fichas de participación en cada una de las 4 reuniones propuestas

EVALUACIÓN FINAL

El estudiante adjuntará la evaluación realizada en la cuarta reunión

AUTOEVALUACIÓN

Reflexión sobre el aprendizaje personal:

¿Qué áreas de la psiquiatría me resultan más desafiantes y por qué?

¿Cómo ha cambiado mi percepción sobre los pacientes con trastornos psiquiátricos?

¿En qué aspectos debo mejorar mi práctica clínica?

Desarrollo de habilidades interpersonales y emocionales: Reflexión sobre la manera en que se gestionaron situaciones emocionales complicadas o difíciles de tratar con los pacientes, como el manejo de la ansiedad, la empatía, o el trato a pacientes con estigma.

CONCLUSIONES

El estudiante debe redactar una conclusión general que resuma los aprendizajes más importantes durante el curso, reflexionando sobre cómo estos conocimientos cambiarán su futura práctica clínica.

ANEXO 5

Criterio	Excelente (4)	Bueno (3)	Satisfactorio (2)	Insuficiente (1)	Puntaje
1. Objetivos del Estudiante	Los objetivos personales están claramente definidos, alineados con los objetivos del curso y son alcanzables.	Los objetivos personales son adecuados pero podrían ser más específicos o detallados.	Los objetivos son vagos y no están alineados con los objetivos del curso.	No se presentan objetivos claros ni específicos.	
2. Reflexión Crítica de los Temas	Reflexión profunda, analítica y bien fundamentada sobre los trastornos mentales, su conexión con la práctica clínica y conceptos relevantes.	Reflexión clara, pero con menos profundidad o falta de integración total de los conceptos.	Reflexión superficial, con poco análisis o conexiones débiles con la práctica clínica.	No se presenta reflexión o la reflexión es irrelevante o incoherente.	
3. Fichas de Participación (Entrevistador/Observador)	Las fichas de participación son completas,	Las fichas de participación son completas, pero	Las fichas de participación son parciales, con poco	Las fichas están incompletas, sin análisis o sin	

	detalladas y muestran un análisis reflexivo sobre cada rol desempeñado.	faltan detalles o reflexión crítica en algunos roles.	análisis o sin detalle suficiente sobre la experiencia.	relación clara con la práctica.	
4. Evaluación Final	La evaluación final es detallada, precisa, y basada en una observación crítica de la práctica clínica durante la cuarta reunión.	La evaluación final es clara, pero podría incluir más detalles sobre la interacción y el desempeño clínico.	La evaluación final es superficial o carece de detalles importantes sobre el desempeño en la cuarta reunión.	La evaluación final es incompleta o irrelevante para el propósito del portafolio.	
5. Autoevaluación	La autoevaluación es profunda, incluye un análisis detallado de los desafíos personales y el desarrollo de habilidades, con ejemplos concretos.	La autoevaluación es clara y aborda los desafíos y habilidades, pero de manera general o sin ejemplos específicos.	La autoevaluación es superficial, con pocos ejemplos o análisis sobre el aprendizaje personal.	No se presenta autoevaluación o es irrelevante.	

6. Desarrollo de Habilidades Interpersonales y Emocionales	Reflexión completa sobre cómo se gestionaron las emociones, el trato al paciente y los desafíos éticos, con ejemplos específicos.	Reflexión adecuada sobre los desafíos emocionales, pero falta de detalles o ejemplos concretos.	Reflexión incompleta o general, sin profundizar en el manejo de emociones o interacciones con pacientes.	No se presenta reflexión sobre habilidades interpersonales o emocionales.	
7. Conclusiones	Conclusión clara y bien fundamentada, destacando los aprendizajes más importantes y su impacto en la futura práctica clínica.	Conclusión clara, pero podría ser más profunda en su análisis de los aprendizajes y su impacto en la práctica futura.	Conclusión general y poco detallada, con falta de conexión entre los aprendizajes y la práctica futura.	No se presenta conclusión o la conclusión es irrelevante o superficial.	
8. Presentación y Organización	El portafolio está muy bien organizado, es fácil de seguir y presenta toda la información	El portafolio está bien organizado, pero algunos elementos podrían estar mejor estructurados.	El portafolio tiene organización deficiente, dificultando la comprensión de la información.	El portafolio carece de organización o es difícil de seguir.	

ANEXO 6**PLANILLA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA (ENTREVISTADOR)****I. Datos de Identificación****Nombre:**

- Edad:
- Sexo:
- Estado civil:
- Ocupación:
- Nivel de educación:
- Fecha de la entrevista:

Motivo de la consulta:**II. Presentación del Paciente** (Descripción breve de la apariencia y comportamiento del paciente)**III. Historia Médica y Psiquiátrica**

1. Antecedentes médicos generales:
2. Antecedentes psiquiátricos:

IV. Historia Psicosocial

1. Familia:
2. Desarrollo:
3. Trabajo y ocupación:
4. Vida social:

V. Entrevista Clínica: Evaluación del Estado Mental

1. Apariencia y actitud:
2. Nivel de conciencia y alerta:
3. Orientación:
4. Discurso:
5. Afecto y estado de ánimo:
6. Pensamiento (forma y contenido):
7. Percepción:
8. Función cognitiva (memoria, atención, juicio)

VI. Evaluación del Riesgo (suicidio, homicidio, autolesión, abuso de sustancias)**VII. Diagnóstico Tentativo**

PLANILLA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA (OBSERVADORES)

I. Datos de Identificación

- Nombre:
- Edad:
- Sexo:
- Estado civil:
- Ocupación:
- Nivel de educación:
- Fecha de la entrevista:
- Motivo de la consulta:

II. Presentación del Paciente

Descripción breve de la apariencia y comportamiento del paciente, incluyendo:

- **Vestimenta y higiene:**
- **Actitud** (cooperativa, defensiva, ansiosa, evasiva, etc.):
- **Apariencia general:**
- **Contacto visual:**
- **Afecto** (emociones expresadas, congruencia con el discurso):
- **Comportamiento motor** (agitación, lentitud, movimientos repetitivos, etc.)

III. Historia Médica y Psiquiátrica

3. Antecedentes médicos generales:

- Enfermedades previas, tratamientos, cirugías, hospitalizaciones.
- Medicación actual (nombre, dosis, duración).
- Alergias y reacciones adversas.

4. Antecedentes psiquiátricos:

- Diagnósticos previos (si los hay).
- Tratamientos previos (psicoterapia, medicación, hospitalizaciones).
- Intentos de suicidio o conductas autolesivas.
- Historia de abuso de sustancias (alcohol, drogas).

IV. Historia Psicosocial**5. Familia:**

- Composición familiar.
- Relaciones con los familiares.
- Historia de enfermedades psiquiátricas en la familia.

6. Desarrollo:

- Desarrollo infantil (embarazo, nacimiento, hitos del desarrollo).
- Escolaridad y rendimiento académico.
- Relaciones sociales durante la infancia y adolescencia.

7. Trabajo y ocupación:

- Descripción del empleo actual.
- Historial laboral y cambios de empleo.
- Satisfacción o problemas laborales.

8. Vida social:

- Relaciones sociales y actividades recreativas.
- Aislamiento social o apoyo social.
- Estilo de vida (hobbies, actividades diarias).

V. Entrevista Clínica: Evaluación del Estado Mental

9. Apariencia y actitud:

- Descripción física y emocional.
- Actitud hacia el entrevistador (cooperativo, evasivo, desafiante).

10. Nivel de conciencia y alerta:

- Descripción del estado de conciencia (alerta, somnoliento, obnubilado).

11. Orientación:

- **Tiempo:** ¿Sabe qué día es hoy? ¿Qué hora es?
- **Espacio:** ¿Sabe dónde está?
- **Persona:** ¿Sabe quién es?

12. Discurso:

- Fluidez, velocidad y volumen del habla.
- Coherencia y lógica.
- Características del contenido (si está asociado con ideas delirantes, pobreza de contenido, etc.).

13. Afecto y estado de ánimo:

- Estado de ánimo general (triste, ansioso, eufórico, irritable, etc.).
- Afecto: congruencia con el estado de ánimo y discurso (afecto plano, adecuado, elevado, labilidad emocional).

14. Pensamiento:

- **Contenido:**
 - Ideas delirantes, obsesivas, fobias.
 - Pensamientos paranoides, grandiosos, depresivos.

- **Forma:**
 - Coherencia, asociación lógica.
 - Pensamiento tangencial, incoherente, bloqueos, etc.

15. **Percepción:**

- Alucinaciones (auditivas, visuales, táctiles, etc.).
- Distorsiones perceptuales.

16. **Función cognitiva:**

- **Memoria:**
 - Memoria a corto y largo plazo (se puede verificar con preguntas simples sobre eventos recientes y pasados).
- **Atención:**
 - Evaluación mediante tareas de atención (por ejemplo, contar hacia atrás desde 100 en intervalos de 7).
- **Juicio:**
 - Evaluación de decisiones cotidianas (¿cómo resolvería una situación común?).

VI. Evaluación del Riesgo

1. Riesgo de suicidio:

- Ideas suicidas, planes o intentos previos.
- Factores de riesgo (depresión grave, desesperanza, pérdida reciente, etc.).

2. Riesgo de homicidio:

- Ideas o intenciones de dañar a otros.
- Historia de agresividad o violencia.

3. Riesgo de autolesiones:

- Tendencia a la autolesión sin intención suicida.

4. Abuso de sustancias:

- Uso actual o pasado de drogas/alcohol.
- Consecuencias del abuso (problemas en el trabajo, relaciones, salud).

VII. Diagnóstico Tentativo

Basado en la información obtenida, se puede formular un diagnóstico tentativo utilizando criterios diagnósticos apropiados (DSM-5, CIE-10/11).