

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Proyecto de Intervención Educativa en el Nivel Universitario

Seminario de Gastroenterología Infantil para médicos en el posgrado de la Carrera de Especialista en Gastroenterología

Alumna: Dra. Karina Andrea Leta

Tutora: Mg Livia García Labandal

2019

Agradecimientos

Quiero dar las gracias a todas las personas que me rodean diariamente y que con sus aportes de una forma u otra hicieron posible la presentación de esta Proyecto de Intervención. En primer lugar a mi tutora Mg Livia García Labandal que me acompañó incondicional durante todo este trayecto, gracias por creer en mí, por la paciencia y el cariño, por tus correcciones y tu aliento. Gracias a todos y cada uno de los docentes de la Carrera de Especialización de Docencia Universitaria de la UAI, en especial a Silvia Maiorana por todos los regalos recibidos, sobre todo a aquellos que llevaré en el alma y dejaron impronta en mi vida, no sólo profesional.

En segundo lugar, quiero agradecer a la Universidad Abierta Interamericana en particular a los directivos de la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria, por haberme permitido inscribir en esta carrera maravillosa sin ser docente en actividad en ese momento, cuando no todas las Universidades abrieron las puertas a esa condición. Hoy la vida, me permitió ser docente de la Universidad de Buenos Aires, pero a ustedes les deberé siempre la oportunidad de este espacio, esta formación.

Gracias a mis padres, que sin haber accedido a la Universidad me inculcaron el amor por el estudio y la capacitación y me acompañaron en cada uno de los pasos que di, siempre. A mis sobrinos que acompañaron mis progresos con aliento y amor. Gracias a mis queridos amigos de la vida, por comprender mis ausencias y mis compañeros de cursada por formar un equipo que aún hoy sigo extrañando, a mis pacientes que aportaron sus estudios y laboratorios.

Por último y no menos importante gracias a mis amados esposo e hijos por todos los momentos cedidos y el aliento permanente, sin ustedes este camino nunca habría sido igual.

Índice:

Parte A: Proyecto de Intervención

1. Fundamentación

1.1 Descripción del problema sobre el cual se pretende intervenir…… .5

1.2 Descripción del contexto y de la población destinataria de dicha intervención……...10

1.3 Justificación y relevancia de la intervención…….....13

1.4 Propósitos de la intervención……15

1.5 Resultados esperados……. 16

2. Descripción del Proyecto de Intervención

2.1 Objetivos…… 18

2.2 Acciones…… 20

2.2.1Programa del Seminario…… 24

2.2.2 Desarrollo de los Encuentros…… 40

2.2.3 Etapa de Evaluación……...66

2.3 Recursos……72

3. Evaluación de la propuesta

3.1 Mecanismos previstos para el monitoreo y evaluación de la implementación…… 72

Parte B: Fundamentos

1. Fundamentación teórica de las decisiones asumidas. Articulación con los marcos conceptuales abordados en la Carrera. ……...75

1.1 Educación Superior…… ……...75

1.2 Modelo de Enseñanza basado en Competencias……83

1.3 Educación en Adultos……96

1.4 Dispositivos de formación……107

2. Reflexión sobre la praxis……...……...117

Parte C: Anexos y Bibliografía

Anexos……...……120

Bibliografía……133

Resumen

La transición de los pacientes pediátricos durante la etapa de adolescencia desde el especialista infantil hacia el cuidado del médico de adultos es un momento crucial en el manejo de enfermedades crónicas gastrointestinales como lo son la enfermedad celíaca, la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes neurológicos, la hepatitis autoinmune, la hepatopatía alcohólica del adolescente, entre otras.

Los avances tecnológicos y científicos mejoraron el pronóstico, sobrevida y calidad de vida de estos pacientes que, tras el seguimiento por el especialista infantil a lo largo de toda su niñez, pasan a ser tratados y controlados por el gastroenterólogo de adultos durante la adolescencia, una de las etapas más vulnerables de la vida del ser humano.

El presente trabajo propone una arista diferente para colaborar en la construcción de una transición adecuada, centrada en la capacitación a través de la adquisición de competencias de índole conceptuales, actitudinales y procedimentales, de los profesionales en formación de la especialidad de gastroenterología de adultos, como así también en aquellos que siendo especialistas se hallan en capacitación continua.

Esta intervención pretende generar un espacio de acercamiento y reflexión para la visualización del adolescente con patología crónica gastrointestinal, de una manera flexible, integrada, constructivista considerando los aspectos físicos, psíquicos y sociales.

De esta manera, este proyecto aspira, a través de encuentros planificados con estrategias basadas en la participación activa del profesional en formación, el aprendizaje situado y cooperativo , que el médico en formación de la Carrera de Especialista en Gastroenterología se apropie de herramientas que faciliten una transición efectiva de los pacientes jóvenes y a través de las competencias adquiridas pueda proporcionar respuestas y soluciones que eviten los vacíos en el cuidado médico, protegiendo el bienestar físico y mental durante esta etapa difícil de la vida del adolescente y su familia.

Palabras clave: Gastroenterología infantil- Transición- Adolescencia- Gastroenterólogo- Competencias- Patologías crónicas gastrointestinales

Título del Proyecto de Intervención

Seminario de Gastroenterología Infantil para médicos del Posgrado de la Especialización de Gastroenterología

I-Fundamentación

I.1-Descripción del Problema

El paciente pediátrico posee patologías de índole gastroenterológico características de esta etapa de la vida que son abordadas por el médico gastroenterólogo infantil y un equipo de especialistas interdisciplinario como nutricionistas, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, que acompañan al niño y a su familia en el proceso que implican aquellas patologías crónicas complejas o secuelares que requerirán un seguimiento acorde durante el resto de su desarrollo como adolescente y adulto.

La **transición médica,** según Blum, Garrell y Hoodgman (1993), es el movimiento planificado de adolescentes y adultos jóvenes con una condición física y/o médica crónica, desde un centro de salud pediátrico a un centro de atención para adultos y ocurre en nuestro país por lo general a los 15 años (para instituciones privadas) y a los 17 años (en entidades públicas).

Esta delicada fase de cuidado, que va más allá del simple pasaje desde especialista pediátrico al de adultos en una etapa de la vida de extrema vulnerabilidad, exige que se trate de un proceso flexible, dinámico, coordinado, sensible, en un contexto multidisciplinario que provea al adolescente el manejo independiente y adecuado del cuidado de su salud.

En muchas oportunidades, la falta de conocimientos acerca de las patologías pediátricas y su manejo clínico-psico-social por parte del gastroenterólogo de adultos lleva al deterioro en la relación médico-paciente y genera obstáculos en la contención, comprensión y seguimiento de las patologías de base provocando una transición inadecuada que pone en peligro la vida del paciente. De esta manera se produce una brecha, una ruptura entre profesionales científica y técnicamente formados con excelencia en patologías de pacientes adultos, pero con escasas herramientas para el adecuado manejo de las enfermedades crónicas o secuelares de resorte gastroenterológico que portan los pacientes pediátricos que transitan por la etapa de adolescencia hacia la adultez.

Este vacío en las competencias profesionales pone en riesgo el proceso de transición lo que implica un probado aumento de complicaciones, falta de adherencia a los tratamientos, deterioro de la calidad de vida e incluso disminución de la sobrevida de los pacientes, como afirma la Sociedad Italiana de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica en conjunto con la Sociedad Italiana de Gastroenterología en el último consenso del 2014.

Al considerar el contexto planteado, surge como propuesta, la intervención en la formación de los médicos gastroenterólogos de adultos durante su capacitación en el posgrado, a través de un seminario que les otorgue herramientas prácticas de conocimiento y reconocimiento de las patologías pediátrica que cronifican, como así también de proveerlos de elementos que faciliten el manejo psico-social de estos pacientes.

Para poder comprender el origen de esta problemática, cada vez más presente en el ejercicio de la medicina actual, se debe considerar el cambio en el desarrollo de la medicina que ocurre desde la década de los años ´80. La irrupción de la comunicación digital y redes sociales enmarcaron la velocidad de transmisión de información y globalización de los conocimientos y adelantos científicos. Todos estos cambios, llevaron a un importante aumento de la supervivencia y, como describe Ugo (2009), aumento de la sobrevida de pacientes pediátricos con patología crónica que ahora alcanzan en mayor proporción a la edad adulta.

La situación expuesta, plantea el desafío por parte de los sistemas de salud y quienes los componen en su totalidad, de poder afrontar no sólo el manejo de enfermedades propias del adulto sino también todos los fenómenos y situaciones que emergen de la prolongación de la enfermedad y sus secuelas desde la edad pediátrica y adolescencia.

Durante los últimos diez años diferentes países han intentado abordar este tema, fundamentados en un principio en común, al considerar a la **transición** como una etapa compleja en la que un individuo comienza a tener un rol activo e independiente en la sociedad, reconfigurando su actuación en la familia y que debe considerar los aspectos físicos, psíquicos y sociales en torno al cual se desarrolla en forma crónica la patología del paciente y/o sus secuelas (Ludvigsson, 2016).

Sin embargo, al no existir una estrategia sistemática establecida, se planificaron diferentes programas para la resolución de este problema desde diferentes opciones planteadas según el país que alertó sobre la cuestión.

Es el caso de Uruguay (Flores, 2014) uno de los países que propuso la prolongación de la edad de atención por parte del médico pediatra a lo largo de esta etapa de la vida, ampliando esta edad, incluso hasta los 25 años, lo cual no pudo concretarse a nivel nacional por falta de recursos e infraestructura.

Por otra parte, España (Vicario, 2013) apuesta a una transición con mejores resultados en el seguimiento, al incorporar la extensión de la atención por parte de las unidades pediátricas hasta los 18 años.

En cuanto otros países europeos como Suiza (Bowes, Sinemman, Suris y Buhlmann, 1995) apuntan a la sugerencia, en estos casos de enfermedades crónicas, a la atención por parte del pediatra durante toda la vida del paciente, ya que en ese modelo de salud el pediatra funciona como médico de familia y se lo considera como proveedor primario de la salud, pero no terminó resultando este intento porque los pacientes muchas veces pretendían continuar la atención por el subespecialista como médico pediatra de cabecera o médico de atención primaria.

Es tal la advertencia ante la situación, que durante el último Congreso Europeo de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN, 2016), se realiza un Consenso sobre el tema reuniendo especialistas en el tema, provenientes de 10 países como Suiza, Italia, Noruega, Dinamarca, USA, Países Bajos, Alemania, Australia, Gran Bretaña, Israel. A través del reporte final, de esta reunión de gran envergadura, se advierten las principales recomendaciones que los médicos deben advertir y adquirir para el cuidado de los pacientes con patología crónica, controlar su adherencia y mejorar su calidad de vida.

En el caso de Estados Unidos, Reiss y Gibsori (2002) plantean el arribo a la posible solución este problema, a través de reuniones de grupos de discusión entre pediatras y pacientes con sus familias. De esos grupos surgieron algunas relevaciones posibles como:

-La incorporación de facilidades a los especialistas o centros pediátricos, orientadas a permitir la continuidad del seguimiento del paciente pediátrico con patología crónica

-La construcción de un modelo “rompecabezas” donde el especialista pediátrico continuaba con la atención de la enfermedad de base, mientras que un médico general de adultos y resto de especialidades de adultos se hacía cargo de las patologías agudas o devenidas.

En ambas propuestas, la falta de coordinación entre ambos equipos, y los proveedores de salud, hicieron no viables la posibilidad de materializar estas soluciones a larga data.

En nuestro país, más específicamente en el Hospital Garrahan (Eandi, 2013), se han intentado tres modelos de **transición:**

1-*Basados en la subespecialidad*: la atención del paciente desde un especialista pediátrico a uno de adultos (a través de notas, resumen de historia clínica, con contacto posterior)

2-*Basados en Servicios de Medicina del Adolescente*: con foco en la coordinación del cuidado de la salud y acompañamiento del proceso de transición.

3-*Basado en una atención primaria de la salud*: transición que se realiza vía médico de familia o atención primaria de la salud.

Los tres sistemas mencionados, utilizaron metodologías de abordaje que consistieron: -*a)* periodos de prácticas conjuntas, con la participación de ambos equipos médicos y -*b*) atención del adolescente por el equipo de adultos en forma "separada" de la atención de adultos mayores.

Si bien se trataron de buenos intentos para solucionar el problema planteado, los resultados de los programas arrojaron falta de adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes. La desconfianza e inseguridad de la familia en la atención dentro de la **cultura y el contexto** del adulto fue otro de los factores agravantes. Por último, la percepción de cierta sobrecarga laboral al intentar incorporar a estos pacientes con patología crónica, por parte del equipo de adultos fue otro de los datos relevantes ante estos resultados. Estos elementos asociados derivan inevitablemente en una reducción de la concurrencia a la consulta médica especialista aumentando el riesgo de desarrollo de complicaciones y de peligro de vida del paciente (Eandi, 2013).

Hasta el momento, en toda la bibliografía revisada, los intentos de abordaje para la resolución del problema expuesto se centran prácticamente en la misma temática. La atención del paciente adolescente en transición hacia la adultez, con patología crónica gastroenterológica se ha sustentado en el aspecto psico social y en el estímulo del manejo autónomo e individualista de paciente sobre su propia patología.

También, se han implementado técnicas de un acercamiento más comprensivo e integrador por parte del médico de adultos y se incorporaron a otros especialistas de la salud como psicólogos, nutricionistas y asistentes sociales para conformar equipos interdisciplinarios.

Todos los principios beneficiaron el pasaje del paciente por esta etapa transicional, pero fueron pobres los resultados finales considerando la expectativa de resolución.

El reconocimiento de esta problemática existente en la actualidad a pesar de todos los intentos de programas conformados desde diferentes aristas da lugar al desarrollo de este proyecto de intervención que intentará aportar posibles soluciones a esta problemática.

Esto se realizará **desde la intervención en la formación del Gastroenterólogo de Adultos** a través de un Seminario con encuentros semanales en el que se le otorguen, al especialista de adultos, herramientas prácticas. Estas aportarán conocimientos y reconocimiento de aquellas patologías propias de la gastroenterología pediátrica que cronifican y requieren seguimiento, manejo y tratamiento de estas, como así también pautas y alineamientos para la consideración del paciente en forma más integrada a su aspecto psico-social.

De esta forma, a través de la intervención mencionada, se pretende estimular el desarrollo de competencias profesionales específicas considerando a las mismas como una actividad cognitiva compleja que demanda al estudiante el establecimiento de relaciones recursivas entre la práctica y la teoría; aptitud y disposición para transferir el aprendizaje a diferentes situaciones complejas y cambiantes, autoaprendizaje y capacidad para plantear y resolver problemas actuando de manera crítico reflexiva ante distintas situaciones

Se intentará así, que el profesional médico tenga la posibilidad de generar la construcción de conocimientos nuevos basados en el andamiaje de los adquiridos durante toda la carrera de Medicina, con la probabilidad de que se puedan llevar a cabo a través de la práctica. De esta manera se habilitará un camino para que pueda plasmar estas nuevas competencias en la práctica colaborando en la elaboración de un modelo de atención medica de transición diferente.

Este modelo de transición, al que hacemos referencia, pretende ser caracterizado por su flexibilidad, con un formato integrador y más sólidamente organizado. De esta forma, la relación médico-paciente y las redes que la sostienen deberían resultar lo suficientemente contenedoras para poder asegurar la adherencia al tratamiento, el control y el seguimiento de las patologías gastroenterológicas crónicas. Evitar las complicaciones y mejorar la calidad de vida como así también la sobrevida de estos pacientes sería el impacto final sobre el que redundarían los cambios planteados.

I.2 Descripción del Contexto

"Me atrevo a sostener que no es completa la información intelectual de un médico, mientras este no sea capaz de dar la razón histórica de sus saberes"
P. Liam Entralgo (1954)

La historia de la gastroenterología en nuestro país se remonta al final del siglo XIX cuando treinta y seis de las tesis del doctorado de Medicina en la Facultad de la Universidad de Buenos Aires hacían referencia a temas digestivos, en su mayoría quirúrgicos. Ya a partir del inicio del siglo XX, profesionales de la estirpe de Enrique y Ricardo Finochietto como también Mariano Castex, iniciaron las publicaciones de trabajos y libros acerca de patología digestiva hasta que en 1925 se creó la revista " Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Digestivo" que resultó base fundamental en la difusión de la temática y despertó el interés de varios sectores de la Medicina.

Estos hechos dieron lugar a la fundación de la Sociedad de Gastroenterología y Nutrición de Buenos Aires el 10 de mayo de 1927, la que luego adquirió el nombre de Sociedad Argentina de Gastroenterología por iniciativa del Dr. Bonorino Udaondo, entidad que se caracterizó por ser fuente de estímulo en el desarrollo de la actividad científica.

Así entonces, fueron desarrollándose las primeras secciones de la especialidad en los hospitales públicos y se creó el Dispensario de Enfermedades Digestivas (1938) que luego pasó a ser el Instituto Nacional de Gastroenterología (1947). En ese momento el interés de los médicos argentinos de vincularse con centros similares en el resto del continente hizo que dicho Instituto de lugar a la Asociación Interamericana de Gastroenterología con sede en Buenos Aires (1948) donde finalmente se gestó el actual referente de la especialidad Hospital de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo (1963).

A partir de esta etapa se produjo una intensificación de la labor relacionada con la gastroenterología en los diferentes centros de atención de la salud y secciones de los Hospitales que culminaron con la caracterización de la especialidad apareciendo los primeros Servicios de Gastroenterología del país Fortalecidos con referentes de gran envergadura como el Dr. Pablo Mirizzi, el Dr. Bustos Fernández, el Dr. Larrachea.

Surgió así la necesidad de propagar la labor docente cuyo representante de extraordinaria significación fue el Dr. Marcelo Roger quien se constituyó en pionero en los trabajos de investigación en cuanto a esta temática.

La gastroenterología de nuestro país inició su participación en congresos mundiales en 1958 y las delegaciones argentinas se integraron de esta manera a los adelantos internacionales.

Algunos años después, en 1963 la Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE) creó el primer exponente en la formación de gastroenterólogos argentinos que fue la Escuela de Posgraduados de Gastroenterología que realiza desde entonces hasta la actualidad una actividad docente esencial en la formación y capacitación de médicos gastroenterólogos.

La SAGE funciona con sede principal en el mencionado Hospital Dr. Bonorino Udaondo y paralelamente en otros Hospitales de referencia de la CABA como el Hospital Durand, Argerich, Hospital de Clínicas José de San Martín entre otros a nivel Nacional.

En este contexto, se desarrolla análogamente la consolidación de las Residencias Médicas como sistema de formación de Posgrado durante las décadas del '60' y '70', así las Residencias se asumieron como lugar de excelencia para la capacitación profesional donde el aprendizaje debía realizarse en medios hospitalarios, en contacto directo con los pacientes y con supervisión continua de médicos de mayor experiencia (Malamud y Spagnuolo, 2012).

Este sistema sufre un crecimiento exponencial entre las décadas del '80' y'90' durante las cuales se crean los primeros cargos de residencia de Gastroenterología en Hospitales Municipales.

En la actualidad, la Carrera de Médicos Especialistas en Gastroenterología de la Universidad de Buenos Aires, se encuentra integrada a la Escuela de Graduados de la Sociedad Argentina de Gastroenterología que comparte la formación y capacitación de los médicos en los hospitales públicos y privados en el marco teórico y práctico. Luego de la evaluación final se obtiene paralelamente el título de Especialista en Gastroenterología del Ministerio de Salud en simultáneo con la certificación de Médico Gastroenterólogo de la Sociedad Argentina.

Lugar de intervención

La población destinataria de este proyecto de Intervención será aquella que se encuentre en los Programas de formación de los Médicos ya recibidos, que se encuentran realizando la Especialización en Gastroenterología en adultos cumpliendo plan de Residencia, Concurrentes y Becarios que pertenezcan a este sistema (Ver Anexo 1) y que

también se encuentren cursando el espacio teórico obligatorio de la Escuela de Graduados de la Sociedad Argentina de Gastroenterología -SAGE (Anexo 2).

También será dirigido a aquellos médicos ya formados, y con título de Especialistas en Gastroenterología, que pertenezcan al Servicio de dicho Hospital y que aspiren a una capacitación permanente para la mejora de la relación médico paciente y del aspecto asistencial en su práctica

Cabe destacar como se mencionó anteriormente que este tipo de formación especializada se realiza en Hospitales que poseen infraestructura adecuada y Servicios reconocidos de Gastroenterología. En ellos, los médicos desarrollan su capacitación en la práctica a través de Endoscopias, consultorios externos, interconsultas, manejo interdisciplinario como así también a través de clases teóricas, ateneos, trabajos científicos y de investigación.

La Residencia de Gastroenterología antes mencionada, contiene un plan de formación de 3 años a lo largo de los cuales se complejizan los conocimientos y las habilidades requeridas para el ejercicio de la especialidad, en la que el residente del último año pasa a ser Jefe de Residentes al año siguiente, cargo en el que se agudizan las exigencias en cuanto a la práctica, docencia e investigación de la especialidad.

La Intervención planificada se realizará en formato de Seminario de Posgrado Obligatorio como parte de los contenidos teóricos de la misma, dirigidos a los médicos que se encuentran en el tercer y último año de la formación como especialista en Gastroenterología, incluyendo Concurrentes y Becarios que se encuentren en ese nivel. Así mismo también estará dirigido a aquellos médicos de planta que ya poseen el título de Gastroenterólogo, que formen parte del Servicio y de esta manera otorgarles diferentes herramientas para abordar en forma práctica e integrada aquellas patologías pediátricas seculares y que cronifican.

La Intervención se iniciará en el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Agudos " Dr., Carlos Durand", para luego trasladarlas a los otros Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que posean Servicio de Gastroenterología.

1.3-Justificación y Relevancia

La American College of Gastroenterology (ACG) en sus orígenes (1932) emblematizó la definición sobre el gastroenterólogo como "el médico con capacitación y experiencia dedicadas al manejo de enfermedades del tracto gastrointestinal y del hígado", esta definición permitió conceptualizar a la **Gastroenterología** como "la rama de la medicina dedicada al estudio del aparato digestivo".

En el año 2010 Soza y Palma en nuestro país ampliaron este concepto asignándole, además, en forma más puntual, el estudio de la fisiopatología, epidemiología, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del tubo digestivo y sus anexos, así como también del uso de técnicas diagnósticas, la aplicación terapéutica y prevención de dichas patologías.

De esta forma, la ACG (2019) detalla en la actualidad en su página web que "en esencia toda la actividad normal y las enfermedades de los órganos digestivos son parte del estudio de gastroenterología".

Por último, la Universidad de Buenos Aires, a través del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina en su resolución 1579/18 incorporó técnica y legalmente los objetos de estudio de la especialidad, mencionados en el párrafo anterior y adicionó la problemática vinculada a la rehabilitación de los pacientes afectados por las mismas.

Comprender la esencia, los significados de cada término de esta definición es asumir que el ejercicio de la especialidad de gastroenterología conlleva no sólo la aplicación de nuevas técnicas, tecnologías y conocimientos científicos sino también el enfoque bio-psico social de las enfermedades del tubo digestivo. Es adquirir el compromiso del hábito de estudio y perfeccionamiento permanente en equilibrio con un accionar profesional sensible dotado de una visión integral de ser humano, lo que incluye la consideración durante las diferentes etapas de la vida.

La interpretación y reflexión en cuanto a los objetivos de formación de la especialidad de Gastroenterología contextualizados en la actualización de la realidad en que se desarrolla la misma, en la que "el mundo social no es fijo ni estable sino dinámico y cambiante por su carácter inacabado y constructivo" (Pérez y Gómez,1993), conducen a la necesidad de generar nuevos caminos que permitan llegar desde diferentes aristas, a los propósitos planteados, en este caso, a la preservación del cuidado de la salud y al seguimiento de los pacientes con patologías crónicas de etiología gastrointestinal.

Así entonces, surge la relevancia de este proyecto que pretende desarrollar, motivar y colaborar en el desarrollo de competencias en los profesionales de la salud respecto de la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para su desempeño. Esto resulta imprescindible en la etapa de formación en la especialidad mencionada e incluso, en aquellos que ya se encuentran formados pero que eligen el sendero de la capacitación continua, con el fin último de transformar y perfeccionar el accionar médico en forma ensamblada con las demandas socio culturales acordes a la franja etaria que requiera su atención.

García Labandal, Garau y Meschman (2010) definen a las competencias como conjuntos de capacidades ligadas al desempeño profesional, anclado en una determinada práctica que implica la resolución de una tarea o problema. En este caso, el problema a resolver deviene cuando el paciente pediátrico con patología crónica gastrointestinal alcanza la etapa de adolescencia y debe iniciar la transición hacia el especialista de adultos, quienes en muchas oportunidades c requieren aprender sobre la patología y sobre la transición, así como señala la bibliografía reciente (Ugo, 2009).

Resulta fundamental, interpretar que este **conjunto de capacidades**, al que hacemos referencia en el párrafo anterior, surge de una estructura formada por los saberes previos a los que se le van agregando nuevos aprendizajes en interacción permanente con los recursos disponibles, no tratándose de una simple suma cognitiva.

De esta forma, surge que la competencia conlleva con sí misma un proceso de andamiaje que parte de un marco teórico y adquiere una gradual complejización para poder ensamblarse con la práctica, sin que se produzca un desgarro entre el conocimiento teórico y la destreza de su aplicación.

Es en este espacio sobre el que se pretende injerir y actuar, desarrollando capacidades que generen competencias profesionales para colaborar con el tratamiento y seguimiento de los pacientes crónicamente enfermos, que se encuentran en una etapa de transición de niño-adolescente-adulto en el que la vulnerabilidad e inestabilidad física y emocional pone en riesgo el seguimiento y la vida del paciente.

Esta propuesta justifica su puesta en práctica a través de un seminario obligatorio en el postgrado de los médicos en formación y aquellos en capacitación permanente con el fin de otorgar una respuesta diferente a la problemática transicional del paciente crónico con patología gastrointestinal, que parte desde un lugar distinto a las soluciones que se han

planteado en los últimos años. Se busca propiciar un espacio que otorgue instrumentos en esta área vacante de la formación médica que deteriora la relación médico paciente, incrementa las posibilidades de complicaciones prevenibles y aumenta el riesgo de vida.

Abordarlo en forma planificada, consciente, con estrategias específicas para activar conocimientos previos e integrarlos con el aprendizaje situado, y basado en problemas es una forma clara de colaborar y aportar una perspectiva nueva. Díaz Barriga (2005) explicita que el profesional debe contar con una formación que le permita actualizarse de manera permanente y generar habilidades para afrontar nuevas situaciones. Esto permitiría proyectarlo no sólo a la gastroenterología sino también al resto de las especialidades que deben manejar el adecuado transitar de los pacientes pediátricos hacia la adolescencia-adultez.

De esta forma se justifica nuestra intervención en la formación de los médicos que cursan el posgrado de la carrera de especialistas como así también en aquellos médicos gastroenterólogos en formación continua con el fin último de otorgar instrumentos en esta área vacante de la formación médica que deteriora la relación médico paciente, incrementa las posibilidades de complicaciones prevenibles en los pacientes crónicos y pone en riesgo la vida de estos.

1.4 Propósitos

Este proyecto de intervención aspira a la elaboración de un seminario de gastroenterología infantil centralizado en aquellas patologías del tubo digestivo que padecen los pacientes pediátricos, que por su etiología y desarrollo cronifican y requieren seguimiento del especialista de adultos durante su paso a la adolescencia y adultez.

La propuesta pretende ser incorporada a la carrera de posgrado de los médicos en formación en la especialidad de Gastroenterología de Adultos en búsqueda de integrarse a la currícula clásica que enmarca la capacitación de dichos profesionales y que no contempla esta temática.

Por otra parte, esta iniciativa, también posibilitaría profundizar la capacitación de aquellos médicos ya formados, de planta permanente del servicio de Gastroenterología del Hospital involucrado (en este caso Hospital Durand), que ya poseen título de Especialista y transitan por el camino de la capacitación permanente

Así entonces, este proyecto de intervención tiene como propósitos:

- Brindar capacitación acerca de las patologías prevalentes de índole gastrointestinal de la población pediátrica que requieren seguimiento durante la adolescencia-adultez.

- Proporcionar herramientas de articulación entre los nuevos conceptos y los saberes previos en un proceso de andamiaje progresivo.

- Generar un espacio de reflexión acerca de la relevancia de la relación médico – paciente en la etapa de transición del adolescente hacia la adultez y su impacto en las secuelas de la enfermedad crónica

- Promover una visión integrada del paciente con patología crónica gastrointestinal que involucre el aspecto físico-psíquico y social.

- Brindar estrategias de acercamiento y atención profesional propios del "modelo de atención pediátrica" que implique al paciente y a su familia.

- Colaborar en la formación de profesionales de la salud con un esquema de atención flexible – articulado, que se adapte a las diferentes etapas de la vida del ser humano.

- Posibilitar a los profesionales ya formados un camino de conexión que brinde elementos que faciliten su ejercicio profesional en curso con los pacientes adolescentes con patología crónica gastrointestinal.

- Promover en un futuro, este tipo de capacitación al resto de los Servicios de Gastroenterología de Adultos de los Hospitales Públicos y Privados.

1.5 Resultados esperados

A través de este proyecto se espera promover la adquisición de competencias en los médicos en formación de la carrera de Especialistas en Gastroenterología, como así también

en los que se hallen en capacitación permanente, acerca de las temáticas de aquellas patologías de índole gastroenterológico que cronifican.

Se aspira, de esta manera, a contribuir en el seguimiento, manejo y contención de los pacientes en etapa de transición desde la niñez hacia la adolescencia y adultez.

Así entonces, se espera disminuir el riesgo de vida y las secuelas de los pacientes crónicamente enfermos por falta de adhesión y abandono de tratamiento.

Por último, se aspira que esta intervención se proyecte al resto de los Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires públicos y privados que posean Servicios de Gastroenterología formadores de médicos especialistas en esta especialidad.

2. Descripción del Proyecto de Intervención

Seminario de Gastroenterología Infantil para médicos en el posgrado de la carrera de Especialista en Gastroenterología

2.1 Objetivos

General

El objetivo de este Proyecto de Intervención es promover la adquisición de competencias, respecto de lo conceptual, procedimental y actitudinal de los profesionales médicos en formación del Posgrado de Gastroenterología de Adultos, en un espacio de Seminario que otorgue herramientas que propicien la apropiación de Competencias profesionales, para el manejo de aquellas patologías gastroenterológicas más frecuentes en pediatría que requieren seguimiento en las etapas de adolescencia y adultez.

Específicos

Desde el Proyecto de Intervención se intentará que los médicos Residentes del último año del Posgrado de la Especialidad de Gastroenterología, médicos Becarios y Concurrentes de este nivel, como así también médicos de planta del Servicio de Gastroenterología que se encuentren en el camino de capacitación permanente, puedan:

- ✓ Alcanzar conocimientos, habilidades y actitudes nodales relacionados con el manejo integral de las patologías pediátricas predominantes y su impacto sobre la transición del paciente desde el especialista pediátrico al especialista de adultos durante la adolescencia.
- ✓ Adquirir conocimientos, habilidades y competencias básicas sobre el origen, etiología y seguimiento de las patologías gastroenterológicas pediátricas más frecuentes que cronifican.
- ✓ Integrar conocimientos, habilidades y actitudes para fomentar el cuidado de la relación médico paciente en un marco de contención que preserve el control y seguimiento adecuado, evite complicaciones y disminuya el riesgo de vida de los pacientes.
- ✓ Revisar las características de los modelos de asistencia médica en Pediatría y Adultos, comparar la adherencia al tratamiento según cada modelo.

- ✓ Reflexionar sobre las dimensiones del manejo multidisciplinario de la problemática relacionada con el seguimiento, tratamiento y riesgo de vida de los pacientes crónicamente enfermos.
- ✓ Diseñar un diagrama de conductas secuenciales a seguir, que facilite el diagnóstico, control y tratamiento de las patologías crónicas gastrointestinales.

2.2 Acciones

Las acciones que se llevaron a cabo y constituyen la base para el diseño del Proyecto de Intervención se presentan a continuación:

1-Indagación bibliográfica

2-Diagnóstico

Se analizó en forma detallada la currícula completa del programa de formación de Residencia en Gastroenterología-Concurrencia en Gastroenterología-Becario en Gastroenterología del Hospital de Agudos Carlos G. Durand de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Anexo I) en sus aspectos esenciales considerados para cada año de formación de dicha residencia, acerca de objetivos a cumplir, contenidos y estrategias propias de cada año en la actividad académica, práctica y de investigación , para poder acceder al año siguiente. Así también, se estudiaron los aspectos accesorios de dicho programa que contempla rotaciones obligatorias como Diagnóstico por Imágenes, Hepatología, Proctología, Motilidad y otras rotaciones opcionales como Cirugía, Nutrición, Oncología, Anatomía Patológica, Enfermedad Inflamatoria, Vía Biliar y Páncreas.

Al considerar que el Servicio de Gastroenterología del Hospital Durand se encuentra acreditado por la Sociedad Argentina de Gastroenterología y por lo tanto funciona como sede de esta, se analizó también el programa completo de la Carrera de Médico Especialista en Gastroenterología de la Universidad de Buenos Aires (Anexo II)

3-Diseño del Seminario

Seminario de carácter Obligatorio acerca de las patologías gastroenterológicas infantiles que cronifican (“Patologías crónicas- Gastroenterología Infantil”)

4-Planificación del Seminario

Este Seminario de capacitación se encuentra planificado bajo la estructura de seis encuentros programados cada 15 días, con una duración de 3 horas totales, que incluirán un receso de 15 minutos y se llevará a cabo en el aula docente del Servicio

de Gastroenterología del Hospital, durante el horario obligatorio del sistema de Residencia, Concurrencia y Becarios.

Cada encuentro estará planificado bajo la estructura de:

-Un tema nodal, que hará referencia a un órgano del tubo digestivo**.**

-Las patologías crónicas más frecuentes que afectan a este órgano, actualización etiológica-conceptual, tratamiento, seguimiento y secuelas de éstas.

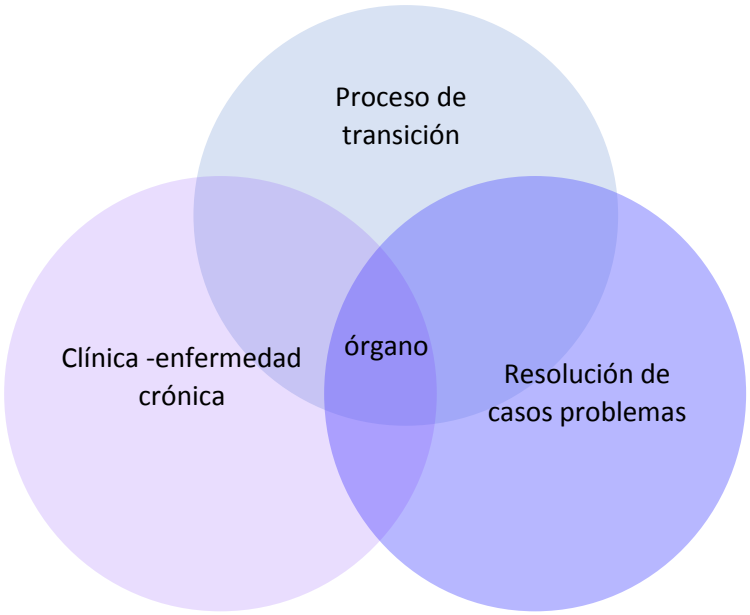
- La problemática de transición relacionada con estas patologías en la atención médica de los pacientes pediátricos hacia la adolescencia-adultez.

Durante el desarrollo de cada encuentro, este tema se abordará desde las estrategias didácticas (cuyo desarrollo detallado se expondrá más adelante oportunamente) que colaboren con la formación del profesional, sus habilidades y actitudes, como:

-Casos problemas a resolver en forma grupal desde las diferentes aristas que integren los aspectos físico-psíquico y social.

-Integración bajo la formulación de un esquema con acciones secuenciales a seguir que surgirá de las propias producciones de los estudiantes guiados por el docente.

Estos algoritmos serán utilizados en la confección de un proyecto final, se integrarán a una narrativa conceptual, de habilidades, destrezas y actitudes correspondiente a cada patología pediátrica que cronifica. Estos constituirán en conjuntos de pautas normativas para el manejo de dichas patologías con competencias profesionales adecuadas que se pondrán en juego en las situaciones específicas que las requiriese y que facilite el desempeño de los médicos del Servicio de Gastroenterología. Figura 1. Esquema básico de los encuentros



-El último encuentro, de tipo integrador, dará lugar a un espacio de reflexión a través de producciones individuales relacionadas con los procesos de transición y la visualización de los datos estadísticos obtenidos de las encuestas realizadas a los médicos gastroenterólogos de adultos, con el análisis de los datos obtenidos.

-Asimismo, en este sexto encuentro los estudiantes podrán profundizar y fundamentar sus producciones individuales y grupales a través de los aprendizajes surgidos desde los videos y artículos periodísticos propuestos, que fueron vistos en sus domicilios. De esta manera, la modalidad de "clase invertida" que se pone en marcha durante todo el Seminario a través de diferentes formatos, aspira a un aprendizaje personalizado pero interactivo que busca una comprensión más profunda de los contenidos.

-Durante este último espacio compartido, se reunirán los algoritmos mencionados anteriormente y los producidos tras cada encuentro, para la confección de un libro. Éste funcionará a manera de proyecto colaborativo y añadirá la producción de las diferentes cursadas que vayan realizando el seminario. Este libro tendrá como título "Patologías pediátricas que cronifican en Gastroenterología" y aspira a formar parte de la Normativa del Servicio de Gastroenterología. Será un elemento de fácil acceso, de consulta permanente de aquellas patologías que presentan mayor interés por su prevalencia.

2.2.1- Programa del Seminario

PROGRAMA DEL SEMINARIO DE GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL
PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD: MEDICINA
CARRERA: ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA

Docente Responsable: Dra. Karina Leta

- I-Datos generales
- II-Fundamentación
- III-Correlatividades-Articulación
- IV-Marco conceptual – pedagógico
- V-Propósitos
- VI-Objetivos
- VII-Contenidos-Bibliografía recomendada
- VIII-Metodología de trabajo
- IX-Evaluación
- X-Cronograma

I-Datos generales

Nombre del Seminario: **Gastroenterología Infantil-Patologías crónicas prevalentes**

Año de actualización: 2020

Responsables del Programa: - Directora: Dra. Karina Leta -Docente Autorizada UBA
-Jefe del Servicio de Gastroenterología Hospital Durand:
Dr. Carlos Brodersen -Docente Autorizado UBA.

Carga Horaria: 18 horas totales

Duración: 3 meses totales

Tipo de Programa: Seminario Obligatorio anexado al Programa de Residencia, Concurrencia y Becario de Gastroenterología, cursando el cuarto y último año.

Seminario optativo no obligatorio para Médicos de Planta con título de Gastroenterólogos en formación y actualización del Servicio de Gastroenterología

Número de vacantes: Mínimo 6 personal-Máximo 25 personas

II-Fundamentación del Programa

La Residencia de Gastroenterología constituyen un sistema remunerado de capacitación de posgrado a tiempo completo con actividad programada y supervisada que tiene como objetivo formar un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad. Este sistema contempla en forma no remunerada a becarios y concurrentes, que deberán cumplir con la misma reglamentación.

Bajo las pautas de la Ley que las reglamenta Ley Básica de Salud N°153 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es sistema de Residencias, Becarios y Concurrentes plantea una formación que garantice una salud integral, que contemple competencias relacionadas con el quehacer teórico práctico de la especialidad pertinente, como así también al aprendizaje social como herramienta para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

Para cumplir con estos objetivos en forma cabal, es importante incorporar las temáticas relacionadas con la patología gastroenterológica pediátrica que cronifica y requiere un seguimiento a largo plazo de aquellos pacientes que continuarán su control por los especialistas de adultos.

La vulnerabilidad propia del adolescente se magnifica ante la obligación de acarrear una enfermedad crónica, lo que incrementa el riesgo de transgresión en el control de sus tratamientos al momento de continuar su seguimiento por el especialista de adultos.

Atento a esta situación y necesidad, el Consenso Mundial de Gastroenterología Infantil (Praga, 2015) recomienda abordar la problemática de la **transición** desde tres ejes fundamentales: -el adolescente y su familia

-el pediatra y su equipo de salud

-el especialista de adultos y su equipo de salud.

Generar competencias en los médicos de adultos en formación que contribuyan a la construcción de una transición médica gradual, individualizada, que considere los cambios físicos y emocionales como así también los aspectos socio culturales resulta fundamental para el manejo de los pacientes con enfermedades crónicas.

Otorgar herramientas de conocimiento y elementos prácticos para el control, seguimiento y tratamiento de los pacientes en etapa de transición médica, podría colaborar en reducir los porcentajes de abandono de tratamiento y convertirse en una especie de puente que permita interactuar con una red de contención interdisciplinaria necesaria en la que participen el equipo de salud, el paciente y su familia. Así entonces, capacitar a quien, en definitiva, acompañará al paciente durante el resto de sus etapas en el transcurso de su enfermedad.

III-Correlatividades-Articulación

Correlatividades previas y posteriores: no posee

Articulación con las asignaturas del 4° y último año de la Residencia de Gastroenterología, sistema de Concurrencia y Becarios de la especialidad.

IV-Marco conceptual-Pedagógico

El futuro médico especializado en gastroenterología debe poder abordar las diferentes situaciones que emergen ante las enfermedades crónicas según las características de cada franja etaria.

En particular, la adolescencia es la edad en la que el paciente pediátrico es derivado desde el especialista infantil hacia el especialista de adultos para su control y tratamiento. La vulnerabilidad propia de esta etapa adiciona un factor determinante en el seguimiento de las patologías crónicas de índole gastroenterológico.

Se intentará entonces, procurar herramientas que faciliten el proceso de la **transición médica** a través de un camino flexible, integrador que permita una permanente reflexión sobre la práctica de la relación médico-paciente.

Basados en problemas reales, reflejando situaciones actuales, se anhela que el médico en formación visualice el espacio, el vacío que se genera al poner en práctica el acto médico cuando se trata de resolver las situaciones relacionadas con pacientes adolescentes con patología crónica. Comprender que estos jóvenes necesitarán del futuro control profesional, en un ámbito con características y manejos

diferentes al que estaban adaptados desde su niñez, en un sistema nuevo que exige mayor autonomía y autodeterminación, resulta uno de los desafíos a resolver.

De esta manera, desde un enfoque constructivista, se intentará recuperar saberes previos tanto académicos y extracurriculares como teóricos y vivenciales, recontextualizando y actualizando los saberes y esquemas referenciales ya adquiridos. Se activarán así, los mecanismos de aprendizaje atravesando un proceso de andamiaje que servirá de red de apoyo para reorganizar los nuevos conocimientos en un neo- sistema, a través de la interacción con docentes, con sus pares y de la apropiación de nuevas herramientas de análisis y abordaje.

"La comprensión requiere no tanto juntar o yuxtaponer los elementos de información cómo organizar esos elementos, relacionándolos dentro de una estructura significativa" (Pozo,1999). Es entonces, que, a través del aprendizaje constructivo, se pretende que el alumno pueda extraer nuevas aristas conceptuales que lo acompañen a transitar el camino del aprendizaje significativo (Ausubel, Novak y Hanesian, 1978). Establecer una relación entre la problemática de las situaciones planteadas, las diferencias de modelos de atención médica y los resultados obtenidos activarán los mecanismos que colaborarán en reforzar este tipo de aprendizaje que da origen a un cambio estructural.

Así entonces, en este seminario se buscará no sólo la actualización conceptual teórico -práctica de la patología prevalente de la gastroenterología infantil que cronifica. A través del formato de talleres se ahondará en una integración del aprendizaje al confrontar los elementos conceptuales con los problemas experimentados, en el contexto en que surgen y tomando contacto con los actores sociales involucrados, se potenciará la elaboración de saberes a constructos más amplios y académicamente más valiosos.

El desarrollo de talleres grupales permite la participación del alumno, que accede al proceso de enseñanza y de aprendizaje y permite a su vez, el accionar con pares, compartiendo experiencias que enriquecen y motivan al grupo a la producción autónoma valorizando el compromiso de los alumnos adultos en su proceso de formación.

De esta forma, se promoverá el desarrollo de competencias intelectuales, procedimentales y actitudinales que otorguen posibles rutas alternativas que motiven al médico en formación a una disposición favorable para este tipo de aprendizaje constructivista, sosteniendo una visión integradora del paciente en la que se contemple no sólo los aspectos clínicos y científicos sino también el contexto sociocultural.

V-Propósitos:

La propuesta de este seminario basa sus ejes fundamentales en:

-Dar a conocer a los alumnos los aspectos relacionados con el proceso de la **transición médica** que se desarrolla desde la etapa de la niñez en su paso a la adolescencia-adultez de los pacientes con patología crónica.

-Mostrar las diferencias conceptuales que caracterizan a los modelos de **atención médica pediátrica** / **atención médica de adultos** y señalar su impacto en la adhesión al tratamiento de los pacientes.

-Formar a los médicos en etapa de capacitación, para que puedan reconocer las patologías pediátricas gastroenterológicas que cronifican en la adultez

-Guiar un proceso de construcción de pautas de control, seguimiento y tratamiento de las patologías pediátricas que cronifican, basado en experiencias situacionales y los nuevos conocimientos adquiridos.

-Motivar el desarrollo de una relación médico-paciente que se sustente en una visión integrada del paciente adolescente, que estimule su autonomía y su aspecto sociocultural, priorizando la adhesión al tratamiento y la vida del paciente.

VI-Objetivos:

-Reconocer las características de las patologías gastrointestinales desde las perspectivas pediátricas.

-Identificar y analizar la problemática relacionada con el proceso de transición que atraviesa el paciente desde la atención por el especialista pediátrico hacia el especialista de adultos.

-Desarrollar habilidades de contención y vínculo durante la relación médico paciente que faciliten el proceso de transición flexible e integrada.

-Ampliar la visualización del paciente con enfermedad crónica desde las diferentes ópticas que involucren los aspectos físicos y socio cultural.

-Generar secuencias de acciones claras, a través de algoritmos, que permitan un manejo de la patología crónica gastrointestinal coordinada y eficiente en todos sus aspectos.

VII-Unidades -Bibliografía

Unidad 1: **ESOFAGO**

-**Adolescencia y Patología esofágica**: Prevalencia de patología esofágica que cronifica. Problemas relacionados con la adolescencia.
-**Patología esofágica pediátrica que cronifica:** Atresia esofágica: definición. Clasificación. Tratamiento médico y quirúrgico. Secuelas frecuentes. Estudios de seguimiento y control. Manejo interdisciplinario.
Reflujo gastro-esofágico en pacientes neurológicos. Definición. Prevalencia. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Secuelas frecuentes Esófago de Barret. Tratamientos.
-Concepto de algoritmos. Instrucciones y elementos para su construcción. Ejemplos

Bibliografía obligatoria

Armas H., Hortigosa L. (2014). Reflujo gastroesofágico y esofagitis en niños. En Polanco, I. I, *Atlas de Gastroenterología Pediátrica*, (pp. 49-60). Madrid: Ergon.

Davies I., Burman, S., Murphy MS. (2015). Gastroesofageal reflux desease in children: NICE guidance. En *Guideline Development Group. Br Med J*. Vol 14. Estados Unidos.

Martín I., Pujol G. (2015). Phmetria esofágica e impedanciometría esofágica. En: Arguelles F., Bautista A., Martinez M. *Técnicas para el diagnóstico en Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica,* (pp. 87-99) Madrid: Ergon.

Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M.(2018). Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 66 (3):516-554.Estados Unidos.

Vanderplas, Y., Colin D., Di Lorenzo C., Hassall E., Liptak G., Liptak L., Staiano A., Veereman M., y Wenzl T. (2009). Recommendations of the North American Society for Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric

Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology Nutrition (ESPGHAN). En *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* Vol. 49(pp 498 –547). Estados Unidos.

Unidad 2: **ESTÓMAGO**

-Adolescencia y Patología gástrica: Prevalencia de patología gástrica pediátrica que cronifica. Problemas relacionados

-Patología gástrica que cronifica: Enfermedad Ulcero Péptica: Definición. Etiología. Factores predisponentes. Localización en pediatría. Planteo Diagnóstico. Tratamiento médico y quirúrgico. Secuelas frecuentes. Lesiones Premalignas-seguimiento diagnóstico-tratamiento- controles Gastritis por Helicobacter Pylori y otras etiologías: Definición. Clasificación. Formas de contagio. Diagnóstico y seguimiento en pediatría. Síndromes Asociados. Tratamiento y seguimiento a largo plazo.

Bibliografía obligatoria

Jones NL.,Kolestso S.,Goodman, K..(2017) Guidelines for the Management of Helicobacter Pilori in children and adolescents (update 2016).En *Journal Pediatric Gastroenterology and Nutricion*, Vol 64,(6),(pp991-1003).Estados Unidos.

Kolestsko S., Jones N. (2016). On behalf of the Helicobacter Pylori Working groups of ESPGHAN and NASPGHAN based guidelines for the Helicobater Pylori infection in children. En *Journal Pediatric Gastroenterology and Nutrition*.. Vol. 53 (pp. 230-243). Estados Unidos.

Molina -Infante J., Corti R., Doweck J. (2017) Avances recientes en el tratamiento de la infección por helicobacter pylori. En: *Revista ACTA Gastroenterología Latinoamericana.*Vol 47 N°1. Argentina. Uruguay.

Ruiseco M., García Pérez W. (2017) Importancia del Helicobacter Pylori en Pediatria, estudio diagnóstico en niños. En: Revista Cubana de Pediatria. Vol 89, N°3. Cuba

Unidad 3: **INTESTINO I**

-**Adolescencia y Patología Intestinal mal-absortiva:** Prevalencia de patología intestinal mal-absortiva pediátrica que cronifica. Problemas relacionados.

-Patología intestinal mal-absortiva que cronifica: Enfermedad Celíaca: Concepto. Síntomas digestivos y extradigestivos. Diagnóstico. Sensibilidad al gluten no celíaca. Intolerancia al gluten. Control endoscópico y serologías. Secuelas a largo plazo. Manejo interdisciplinario. Alergia a la proteína de la leche de vaca y otras alergias alimentarias: Concepto. Alergia mediada por IgE y no mediada por IgE. Manifestaciones digestivas y extradigestivas. Control clínico, diagnóstico y tratamiento. Seguimiento clínico y serológico. Asociación con Síndrome de intestino irritable, trastornos funcionales.

Bibliografía obligatoria

Ciarán P., Kelly J. (2015). Advances in Diagnosis and Management of Celiac Disease. Gastroenterology. En: *Journal of Gasroenterology*. Mayo;148(6): 1175–1186. Estados Unidos

Husby S., Koletzko K., Korponay-Szabo R. (2016). For the ESPGHAN working Group on Coeliac Disease-Diagnosis on behalf of the Espghan Gastroenterology commitee. European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition Guidelines for the diagnosis of Coeliac Disease. En *Journal Gastroenterology and Nutrition*. Vol. 54 (pp.136-60). Estados Unidos.

Ludvigsson J., Agreuss L. (2016). Transition from childhood to adulthood in coeliac disease: The Prague consensus report. En *Journal Gastroenterology and Nutrition*. Vol. 65(pp.1242-1251. Estados Unidos.

Sanchez-Garcia S., Cipriani F. (2015). Food allergy in childhood phenotypes prevention and treatment. En: *Pediatric Allergy Imunology*. Vol. 26 N°8 (pp. 711-20). Estados Unidos.

Tumbull J., Asams, H.N. (2015). Review articule. The diagnosis and management of food allergyand food intolerance. En *Alimentation Pharmacology Therapy*. Vol. 41 (pp. 3-25). Estados Unidos.

Unidad 4: **INTESTINO II**

-Adolescencia y patología intestinal inflamatoria crónica.Prevalencia de la patología inflamatoria intestinal en pediatría que cronifica y requiere seguimiento en la adolescencia y adultez.

-Patología inflamatoria intestinal que cronifica. Colitis Ulcerosa. Definición. PUCAI Síntomas digestivos y extradigestivos. Diagnóstico: lesiones endoscópicas e histológicas características. Tratamiento. Seguimiento clínico- endoscópico. Secuelas. Complicaciones. Abordajes multidisciplinarios

Enfermedad de Crohn: Definición, Incidencia. Criterios de Oporto. PCDAI. Manifestaciones digestivas y extradigestivas. Diagnóstico clínico-histológico y endoscópico. Tratamiento actualizado. Pronóstico según respuesta. Secuelas Complicaciones. Abordaje multidisciplinario para el seguimiento a largo plazo

Bibliografía obligatoria:

Levine A. ,Koleztko S., Turner D. (2014). ESPGHAN Revised Porto criteria for the Diagnosis for the Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents. En *Journal. Gastroenterology and. Nutrition.* Vol. 58 (pp.795-806). Estados Unidos.

Prieto Bozzano, G. (2015.) Manifestaciones digestivas y extradigestivas de la enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica. En Sanchez C., *Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Pediatría*. (pp.55-61) Madrid: Ergon.

Sanchez C., Alvarez C. (2015). *Manual práctico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica.*1edición. (pp.61-70,167-196). Madrid: Ergon.

Turner D., Griffith AM., Walters TD. (2012). Mathematical weighting of the pediatric. Crohn disease activity index (PCDAI) and comparison with others short version. En: *Inflammatory Bowel Disease*.Vol.18 (pp.55-62). Estados Unidos.

Working Group of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the Crohnís and Colotis Foundation of America. (2007). Differentiating Ulcerative Colitis from Crohn Disease in Children and Young Adults. En *Journal Pediatric Gastroenterology and Nutrition* Vol. 44 (pp. 653-674).Estados Unidos.

Unidad 5: **HIGADO**

-Adolescencia y patología hepática: Manejo multidisciplinario de la patología crónica gastrointestinal. Rol de los diferentes profesionales de la salud. Contexto familiar y socio-cultural. Prevalencia de la patología hepática que cronifica y requiere seguimiento en la adolescencia y adultez.

-Patología hepática que cronifica. Hepatitis autoinmune: Etiopatogenia. Genética. Diagnóstico clínico- serológico e histológico. Tratamiento y seguimiento-Secuelas. Hepatitis autoinmune refractaria. Hipertensión Portal: Clasificación etiológica. Diagnóstico clínico y endoscópico. Tratamiento. Cirrosis. Patologías que evolucionan a cirrosis. Seguimiento endoscópico actualización. Hepatopatía alcohólica en el adolescente y Otras hepatopatías tóxicas Factores predisponentes. Evolución. Manejo interdisciplinario

Bibliografía obligatoria

BloomS., Kemp W. (2015). Portal Hipertension: pathophysiology, dagnisis and management. En *Intermediate Journal*. Vol. 45 (pp.16-26). Estados Unidos.

Grande Tejada A., Romero García A. (2017) Actualización en el diagnóstico, abordaje y prevención de la Hepatitis A. En: *Asociación Española de Pediatría de atención primaria.* Junio.Vol 3. España

Liberal KD., Vergani D., Mieli-Vergani G. (2015). Update on Autoinmune Hepatitis. En *Journal Clinical Transnational of Hepatology*.Vol.3 (pp. 42-52). Estados Unidos.

Ling SC. (2012). Advances in the evaluation and management of children with portal hypertension. En *Seminary Liver Disease*. Vol. 32 (pp.288-297). Estados Unidos.

Sanyal Al., Bosch J. (2008). Portal Hipertension and its complications. En *Gastroenterology* Mayo Vol. 134 N°6 (pp.1715-28). Estados Unidos.

Unidad 6: **PATOLOGÍA CRÓNICA GASTROINTESTINAL. INTEGRACIÓN.**

-Adolescencia y patología gastroenterológica que cronifica. Prevalencia estadística. Enfoque del seguimiento y tratamiento centralizado en el especialista gastroenterólogo. Rol de los profesionales de la salud como red de contención. Relación médico paciente

-Confección de ficha técnica para incorporar a la historia clínica

-Confección del proyecto individual acerca de la transición médica.

-Confección de algoritmos, que normaticen las secuencias de seguimiento, tratamiento y control de las patologías crónicas. Integración del trabajo resultante al proyecto de construcción de un libro "Patologías pediátricas que cronifican en Gastroenterología". - Incorporación a las Normativas del servicio.

Bibliografía obligatoria

Brooks A., Smith P., Cohen R. (2017) UK guideline on transition of adolescent and young pesosn with chronic digetive diseases from paediatric to adult care. En *Journal Gastroenterology and Nutrition.* 66 (pp 988-1000). Estados Unidos.

Eandi, M. L. y Mazza, C. (2003). Transición del sistema de salud de atención pediátrica al de adultos. En *Rev. de Medicina Infantil*. Vol X N°3 (septiembre, 2003). Argentina.

Ludvigsson, J. (2016). Transition from childhood tu adulthood en coeliac disease: The Prague Consensous report. Praga: ESPGHAN.

Roohatinsky N.(2018) Healthcare Transition in Pediatrics and Young adults with Inflammatory Bowel Disease) En:*Society of Gastroenterology Nurses and associates.*Vol 41, N°2. Estados Unidos.

-CONTENIDOS TRANSVERSALES:

-Modelo de Atención Pediátrica: concepto, características, virtudes y defectos. Modelo de Atención Adultos: concepto, características, virtudes y defectos. Diferencias entre ambos modelos. Transición médica: Definición. Características. Impacto en la relación médico paciente. Relación con el seguimiento y control del paciente. Visión integral del paciente. Estrategias de abordaje. Rol del personal de salud, la familia y el contexto socio cultural.

Bibliografía obligatoria

Batalla Flores, L. (2014). Transición a la medicina de adultos: un proceso a acompañar. En *Rev. De Biomedicina.* Vol 8 (2), p30-36. Uruguay.

Bowes G., Sinnema G., Suris JC., Buhlmann U., (2015). Transition Health Services for Youth with Disabilitis: A global Perspective. En *J. Adolescent Health* Vol. 17 (pp. 23-31). U.S.A.

Ludvigsson, J. (2016). Transition from childhood tu adulthood en coeliac disease: The Prague Consensous report. Praga: ESPGHAN.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). Los jóvenes y los riesgos sanitarios. En *64°Asamblea Mundial de la Salud.* Ginebra. Suiza.

Papolla, R. (2015). Transición. Mesa Redonda de Enfermedades crónicas, desafíos y oportunidades. En *37° CONARPE*. Argentina.

VIII-Metodología de trabajo y Estrategias:

Bajo el formato de Seminario, se realizarán una serie de encuentros con profesionales médicos en formación, en los que se actualicen los principales conceptos y clasificaciones de la Gastroenterología asociada a las entidades pediátricas que cronifican. A través de la investigación y la participación del estudiante, se abordará el desarrollo actual de la disciplina en todos los aspectos que conciernen a la especialidad, vinculando el marco práctico-teórico, en una visión que se encuentre atravesada en forma permanente por el componente etario, social, cultural y familiar del paciente con patología crónica.

En un intercambio constante con los pares y los profesionales a cargo, esta estrategia se constituirá en un espacio enriquecedor, en que se propondrá el desarrollo de trabajos grupales a través de talleres que serán asignados con la anticipación correspondiente y en forma rotativa a cada grupo.

De esta manera, estos talleres práctico-teóricos pretenden dar lugar a la profundización de los contenidos a través de la "situalización" de los mismos. Al plasmar las conceptualizaciones teóricas en problemas reales, experimentando la dificultad y la resolución de la problemática, se aspira que los estudiantes busquen extraer el verdadero significado de las experiencias compartidas a través del debate y el análisis colectivo. Por otra parte, estos talleres grupales también pretenden propiciar el compromiso formal del estudiante adulto en formación y su motivación en la generación de herramientas que faciliten el acompañamiento durante la transición médica.

Los talleres estarán diseñados de forma tal, que los alumnos participen activamente, en forma alternada en las diferentes actividades, las que estarán elaboradas y generadas desde estrategias didácticas indirectas. A saber:

-Encuestas a profesionales sobre patología prevalente y de opinión

- Análisis del material bibliográfico actualizado

-Exposición dialogada

-Producción de instrumentos (encuestas, power point, diseño de planillas, algoritmos)

-Participación en simulaciones y/o experiencias directas (role playing situacional)

-Reflexión sobre la práctica- resolución de casos problemas

-Interacción entre pares con aprendizaje cooperativo.

- Participación activa en elaboración de algoritmos que secuencien las acciones sugeridas para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las enfermedades crónicas, que serán incorporados a la normativa del servicio.

De esta forma, a través de los talleres, se priorizarán las funciones esenciales del seminario que se centralizan en:

- Contribución mutua del saber, donde las conductas adquiridas se complementen en un proceso de enseñanza- aprendizaje constructivista.
- Convergencia de preguntas y soluciones sobre problemas pendientes, de difícil resolución integrando las experiencias personales.
- Opción de trabajo grupal con participación activa donde el propio estudiante pone en manifiesto su intencionalidad de búsqueda de información actualizada y de diferentes fuentes
- Espacio de reflexión didáctica, donde se amplían los horizontes preestablecidos y se recontextualizan los conceptos teórico-prácticos.

  Así entonces, desde este enfoque constructivista, en un proceso de andamiaje sobre los saberes previos y en un intercambio permanente entre docentes y pares se posibilitará la adquisición de nuevas herramientas de análisis y abordaje para el manejo integral del paciente crónicamente enfermo que contemple todos los aspectos posibles y mejore la adhesión al tratamiento, protegiendo su calidad de vida.

IX-Evaluación

a-Los estudiantes deberán cumplir con las tareas asignadas para cada encuentro. A través de la bibliografía recomendada, se espera que los instrumentos creados para los encuentros posean contenidos actualizados que puedan orientar a la recontextualización de los saberes previos.

Los alumnos deberán evidenciar la obtención de un enfoque integrador en cuanto a la patología gastroenterológica que cronifica, mostrar una perspectiva optimizada, basada en diferentes estrategias de abordaje para la resolución de situaciones problemáticas. Se le enviará la clase previa el link de dos videos que deberán ser

vistos fuera de la clase, para compartirlos en el encuentro usando el estilo de" aula invertida".

b- Presentación de una **tarea grupal**: -Presentación de los datos estadísticos producto de las encuestas realizadas por cada grupo. .

-Confección de ficha técnica con datos de importancia para agregar a las historias clínicas de los pacientes derivados de gastroenterología infantil que continuarán el seguimiento por el Servicio de Gastroenterología de Adultos.

c-Presentación de una **tarea individual:**

-Presentación personal de un proyecto de transición médica (máximo 5 hojas) que incluya el aspecto pediátrico, adultos, personal de salud, objetivos, fundamentación, con aval bibliográfico.

-Presentación de un algoritmo de cada tema desarrollado en el seminario, donde se describa el accionar secuencial sugerido tras la revisión del tema, que actúe como orientador de las conductas diagnósticas y de tratamiento. Cada tema deberá ser acompañado de un marco narrativo conceptual destacando procedimientos, habilidades y destrezas desarrolladas durante el encuentro respectivo.

El tema se le asignará a cada estudiante, tras un sorteo realizado entre ellos, durante el tercer encuentro. De esta forma el alumno contará con el tiempo suficiente para confeccionar la tarea asignada y tendrá la posibilidad de consulta y tutorización por parte del docente.

Esta producción formará parte de un capítulo, del libro "Patologías pediátricas que cronifican" que formará parte de la Normativa de consulta del servicio.

Sistema de promoción:

Para acceder al sistema de promoción a alumno regular y acceder a la tarea de evaluación final, el estudiante deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a-Aprobar la totalidad de las tareas asignadas para cada encuentro

b-Asistencia Presencial al 75% de los encuentros

c-Confección de ficha estadística y ficha de datos

d-Confección de un elemento descriptivo de secuencias de acciones (algoritmo) que se integrará a un marco conceptual, de habilidades y destrezas, de cada tema nodal del seminario

e-Confección de Proyecto de Transición Médica de idea original propia de cada estudiante.

-Las tareas de integración finales, individuales serán puntualizadas a través de una lista de cotejos. Cada tarea: -Proyecto personal tendrá una puntualización individual que no deberá ser menor que 6, y que se promediará para el puntaje final. El mismo deberá ser igual o mayor que 6.

Criterios de Evaluación

En todas las instancias se ponderará la:

- Transferencia de saberes previos y adquiridos durante la cursada del módulo al campo de la práctica.
- Apropiación de los contenidos, habilidades y destrezas desarrollados en la cursada.
- Amplitud en la investigación bibliográfica.
- Profundidad y pertinencia en categorías de análisis en los talleres, presentación, coherencia, actualización.
- Rigurosidad conceptual y terminológica utilizada en cada presentación y trabajos realizados.
- Participación en la resolución de los casos clínicos, cooperación, aportes, autonomía, responsabilidad asumida para la resolución de los problemas.
- Profundidad en la reflexión y revisión crítica de las intervenciones planteadas.

Cronograma de Trabajo

Sistematización cronológica y de contenido de las clases del Seminario de gastroenterología

Encuentros	Carga horaria	Unidades
1	3 horas	**Unidad 1: ESÓFAGO** **-Adolescencia y Patología esofágica**. Concepto de Transición y Adolescencia. Prevalencia de patología esofágica que cronifica. Problemas relacionados. **-Patología esofágica pediátrica que cronifica.** Atresia esofágica: definición. Clasificación. Tratamiento médico y quirúrgico. Secuelas frecuentes. Estudios de seguimiento y control. Manejo interdisciplinario. Reflujo gastro-esofágico en pacientes neurológicos. Definición. Prevalencia. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Secuelas frecuentes Esófago de Barret. Tratamientos. **Resolución de casos. Diseño de algoritmo Concepto. Elementos**
2	3 horas	**Unidad 2: ESTÓMAGO** **-Adolescencia y Patología gástrica:** Conceptos de Modelo de atención médica pediátrica. Prevalencia de patología gástrica pediátrica que cronifica. Problemas relacionados **-Patología gástrica que cronifica:** Enfermedad Ulcero Péptica: Definición. Etiología. Factores predisponentes. Localización en pediatría. Planteo. Diagnóstico. Tratamiento médico y quirúrgico. Secuelas frecuentes. Lesiones Premalignas-seguimiento diagnóstico-tratamiento- control. Gastritis por Helicobacter Pylori y otras etiologías: Definición. Clasificación. Formas de contagio. Diagnóstico y seguimiento en pediatría. Síndromes Asociados. Tratamiento y seguimiento a largo plazo. **Resolución de casos. Diseño de algoritmo**.
3	3 horas	**Unidad 3: INTESTINO I (Primera parte)** **-Adolescencia y Patología Intestinal mal-absortiva:** Conceptos de Modelo de atención médica en adultos. Prevalencia de patología intestinal mal-absortiva pediátrica que cronifica. Problemas relacionados. **-Patología intestinal mal-absortiva que cronifica:** Enfermedad Celíaca: Concepto. Síntomas digestivos y extradigestivos. Diagnóstico. Sensibilidad al gluten no celíaca. Intolerancia al gluten. Control endoscópico y serologías. Secuelas a largo plazo. Manejo interdisciplinario. Alergia a la proteína de la leche de vaca y otras alergias alimentarias: Concepto. Alergia mediada por IgE y no mediada por IgE. Manifestaciones digestivas y extradigestivas. Control clínico, diagnóstico y tratamiento. Seguimiento clínico y serológico. Asociación con Síndrome de intestino irritable, trastornos funcionales. **Resolución de casos. Diseño de algoritmo de patologías intestinales Entrega del tema a presentar en el último encuentro. Ficha esquemática**
4	3 horas	**Unidad 4: INTESTINO II (Segunda parte)**

		-Adolescencia y patología intestinal inflamatoria crónica. Diferencias comparativas entre los modelos de atención pediátrica y de adultos. Impacto de estas diferencias en la etapa de Transición en la atención médica. Prevalencia de la patología inflamatoria intestinal en pediatría que cronifica y requiere seguimiento en la adolescencia y adultez. **-Patología inflamatoria intestinal que cronifica.** Colitis Ulcerosa. Definición. PUCAI Síntomas digestivos y extradigestivos. Diagnóstico: lesiones endoscópicas e histológicas características. Tratamiento. Seguimiento clínico- endoscópico. Secuelas. Complicaciones. Abordajes multidisciplinarios Enfermedad de Crohn: Definición, Incidencia. Criterios de Oporto. PCDAI. Manifestaciones digestivas y extradigestivas. Diagnóstico clínico-histológico y endoscópico. Tratamiento actualizado. Pronóstico según respuesta. Secuelas Complicaciones. Abordaje multidisciplinario para el seguimiento a largo plazo. Constipación. Pesudo-obstrucción, Clasificación. Manejo multidisciplinario **Resolución de casos. Diseño de algoritmo.**
5	3 horas	**Unidad 5: HÍGADO** **-Adolescencia y patología hepática:** Manejo multidisciplinario de la patología crónica gastrointestinal. Rol de los diferentes profesionales de la salud. Contexto familiar y sociocultural. Prevalencia de la patología hepática que cronifica y requiere seguimiento en la adolescencia y adultez. **-Patología hepática que cronifica**. Hepatitis autoinmune: Etiopatogenia. Genética. Diagnóstico clínico- serológico e histológico. Tratamiento y seguimiento-Secuelas. Hepatitis autoinmune refractaria. Hepatitis alcohólica en el adolescente Etiológica. Factores Psicosociales. Diagnóstico clínico y endoscópico. Tratamiento multidisciplinario. Cirrosis. Patologías que evolucionan a cirrosis. Seguimiento endoscópico actualización. **Resolución de casos. Diseño de algoritmo.**
6	3 horas	**UNIDAD 6: PATOLOGIA CRONICA GASTROINTESTINAL. INTEGRACIÓN** **Consigna grupal:** Confección de una planilla estadística con la recaudación de datos obtenidos de todas las encuestas presentadas a lo largo del seminario. Confección de una ficha que pueda brindar datos de importancia para el manejo y seguimiento de los pacientes adolescentes que son recibidos en el servicio de Gastroenterología de adultos, derivados de los servicios pediátricos. **Consigna individual: -**Presentación de una propuesta personal para el manejo de la transición de los pacientes crónicamente enfermos -Presentación de un algoritmo sobre el tema tratado y seleccionado durante el seminario. Incorporación al libro de Normativas de Diagnóstico y seguimiento del Servicio. Cierre y Evaluación

Desarrollo de los Encuentros

ENCUENTRO N ° 1

Tema:

ESÓFAGO

Contenidos:

-**Adolescencia y Patología esofágica**. Concepto de Transición y Adolescencia. Prevalencia de patología esofágica que cronifica. Problemas relacionados.

-**Patología esofágica pediátrica que cronifica.** Atresia esofágica: definición. Clasificación. Tratamiento médico y quirúrgico. Secuelas frecuentes. Estudios de seguimiento y control. Manejo interdisciplinario

Reflujo gastro-esofágico en pacientes neurológicos. Definición. Prevalencia. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Secuelas frecuentes Esófago de Barret Tratamientos

-Resolución de casos clínicos. Concepto de algoritmo. Instrucciones y elementos para su diseño. Diseño de algoritmo de patología esofágica.

Objetivos:

Que los participantes puedan:

- Actualizar conceptos, habilidades y actitudes relacionadas con la adolescencia y el período de transición del paciente pediátrico
- Identificar la problemática del problema transicional
- Ampliar conocimientos relacionados con la patología gastrointestinal esofágica que cronifica
- Proporcionar herramientas claras para el seguimiento clínico y diagnóstico de los pacientes con antecedentes de atresia esofágica y reflujo gastroesofágico
- Aplicar el pensamiento crítico en la resolución de problemas de patologías esofágicas crónicas
- Realizar un algoritmo de la temática.

Estrategias:

Estrategias indirectas: - conducción indirecta del docente/ participación activa del alumnado

-Aprendizaje cooperativo a través de grupos

-Resolución de casos problemas

Habilidades cognitivas: que se pretenden desarrollar

-Habilidades de análisis, síntesis y valoración de la información

-Habilidades de evocación, recuperación y situación del conocimiento

-Habilidades de cooperación -intercambio con pares.

-Habilidades de valoración de la información, elaboración y recopilación de datos.

Desarrollo: Para este primer encuentro, los alumnos fueron divididos en 3 grupos de 4 personas (aproximadamente), con actividades previamente asignadas que pondrán en práctica durante la primera mitad de la clase. Estas actividades irán rotando en cada grupo a lo largo de los encuentros

Inicio:

Duración 30 minutos

1°Actividad

Grupo A: -Propondrá una definición actualizada de Adolescencia y de Transición Médica

-Elaborará y expondrá una planilla de resultados estadísticos y gráficos obtenidos de encuestas a 20 médicos gastroenterólogos que contestarán las siguientes preguntas:

a-Cantidad de pacientes adolescentes que consultaron en los últimos seis meses con patologías esofágicas que fueron derivados de gastroenterología infantil. Porcentaje estimativo en cuanto a su consulta general.

b-Se ha comentado que el paciente derivado por gastroenterología infantil dificulta la atención ¿Está de acuerdo? Si- No-Por qué -Enumere

Ejemplo de planilla de resultados de encuestas realizadas a 20 médicos

Pacientes derivados por GI: **X**	Pacientes vistos en 6m: **X**	Porcentaje: **X%**
Dificulta la atención **SI**: **X**	Dificulta la atención **NO**: **X**	Porcentaje: **X%**
Motivos: ……%	……%.....%	……%.....%

Desarrollo

Duración total de 120 minutos:

2 ° Actividad (30 minutos)

Grupo B: Realizará un taller, sobre los contenidos relacionados con la Atresia Esofágica. Con un power-point correspondiente confeccionado con la bibliografía recomendada (Anexo 3) y los recursos disponibles. El contenido de este será previamente tutorizado, debiendo ser enviado a la docente con antelación permitiendo las correcciones correspondientes a fines didácticos. Esto es posible considerando que los encuentros se dictarán cada quince días.

3° Actividad (30 minutos)

Grupo C: Realizará un taller, de las mismas características del grupo anterior pero relacionado con el reflujo gastroesofágico en pacientes neurológicos, considerando la bibliografía recomendada y actualización del tema. Será supervisado por el docente, con la antelación correspondiente y se podrá presentar con las correcciones acordes.

Receso 15 minutos

4° Actividad

Duración 60 minutos

-Presentación de 2 casos problemas: Se dividirá en dos grupos el alumnado, a cada grupo se le entregará el material descriptivo del problema, incluso laboratorios e imágenes del caso correspondiente. Se otorgará media hora para el debate correspondiente con supervisión del mismo por parte del docente y se solicitará que aborden una propuesta terapéutica y de control sobre los temas Ejes del Encuentro:

Atresia esofágica (Anexo 3)

Reflujo gastroesofágico en pacientes neurológicos (Anexo4)

En la siguiente media hora cada grupo expondrá su propuesta de resolución y se debatirán en conjunto, las conclusiones del manejo, control, terapéutica y seguimiento de las entidades.

Cierre

5°Actividad

Duración 15 minutos:

- Se entregará material instructivo acerca de la definición de algoritmo, los instrumentos y elementos necesarios para su construcción (figura 1)

Se elaborará un algoritmo, que tendrá como tema nodal a las enfermedades prevalentes **esofágicas** en pediatría que cronifican. Se construirá en forma conjunta entre profesionales alumnos y docente, generando una secuencia de instrucciones o tareas sugeridas, con el fin de facilitar y agilizar el proceso diagnóstico, de seguimiento y tratamiento de las patologías. Este material será una guía para los propios alumnos y médicos del servicio que podrá incorporarse en forma de capítulo al libro Patologías Pediátricas que Cronifican que se incorporará a las normas del Servicio de Gastroenterología.

Figura 2

ALGORITMOS:

Es una serie de pasos secuenciales, organizados que se deben seguir para dar solución a un problema. Una secuencia finita de instrucciones cada una de las cuales tiene un significado claro. Cada paso debe ser establecido en forma precisa estableciendo las acciones que se van a efectuar

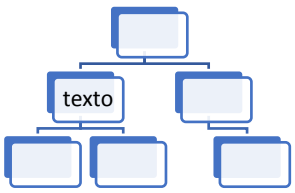
-Se representa en forma gráfica como diagrama de flujo, en el que cada paso es una acción.

-Instructivo: -Se deben usar solo líneas de flujo horizontales y verticales

-Se debe evitar el cruce de líneas, sólo conectores y cuando sea necesario

-No deben quedar líneas de flujo sin conectar

-Texto escrito dentro de los símbolos claro y pocas palabras



ENCUENTRO N° 2

Tema:

ESTÓMAGO

Contenidos:

-**Adolescencia y Patología gástrica:** Conceptos de Modelo de atención médica pediátrica. Prevalencia de patología gástrica pediátrica que cronifica. Problemas relacionados

-**Patología gástrica que cronifica:** Enfermedad Ulcero Péptica: Definición. Etiología. Factores predisponentes. Localización en pediatría. Planteo Diagnóstico. Tratamiento médico y quirúrgico. Secuelas frecuentes. Lesiones Premalignas-seguimiento diagnóstico-tratamiento- control.

Gastritis por Helicobacter Pylori y otras etiologías: Definición. Clasificación. Formas de contagio. Diagnóstico y seguimiento en pediatría. Síndromes Asociados. Tratamiento y seguimiento a largo plazo.

-Resolución de casos clínicos. Diseño de algoritmo patología gástrica.

Objetivos

Que los participantes puedan:

- Identificar las características del modelo de atención médica que caracteriza la consulta pediátrica.
- Analizar el impacto de este modelo en el momento de la transición al manejo por el médico de adultos.
- Ampliar los conocimientos habilidades y destrezas, acerca de la patología gástrica pediátrica.
- Proporcionar elementos direccionales en el tratamiento, control y seguimiento de la Enfermedad Ulcero-Péptica y las Gastritis por Helicobacter Pylori y otras etiologías.
- Potenciar el rol del equipo multidisciplinario en el manejo de las patologías crónicas

- Confeccionar un algoritmo acerca de la temática relacionada

Estrategias utilizadas:

Estrategias indirectas: - Conducción indirecta del docente/ participación activa del alumnado

-Aprendizaje cooperativo a través de grupos

-Resolución de casos problemas

Habilidades cognitivas: que se pretenden desarrollar

-Habilidades de análisis, síntesis y valoración de la información

-Habilidades de evocación, recuperación y situación del conocimiento

-Habilidades de cooperación -intercambio con pares.

-Habilidades de valoración de la información, elaboración y recopilación de datos.

Desarrollo:

Para este segundo encuentro, los alumnos fueron divididos en 3 grupos de 4 personas (aproximadamente), con actividades previamente asignadas que pondrán en práctica durante la primera mitad de la clase. Estas actividades irán rotando en cada grupo a lo largo de los encuentros. Se recuerda que, dada la distancia entre cada encuentro, la asignación de tareas es factible de realizar y que los alumnos cuentan con la posibilidad de consulta al docente.

Inicio

1°Actividad

Duración 30 minutos

Grupo A: -Los alumnos propondrán las características de la atención médica del modelo pediátrico a través de un pequeño role playing ilustrativo, tras el cual se identificarán las particularidades de este modelo mencionado

-Elaborará y expondrá una planilla de resultados estadísticos obtenidos de encuestas a 20 médicos gastroenterólogos que contestarán las siguientes preguntas:

a-Porcentaje de pacientes adolescentes que consultaron en los últimos seis meses con patologías gástricas que fueron derivados por gastroenterología infantil.

b- ¿Considera usted que el gastroenterólogo de adultos posee las herramientas suficientes para la correcta atención de los pacientes derivados del gastroenterólogo de adultos? SI-NO. Si su respuesta es No, justifique.

Ejemplo de planilla de resultados de encuestas realizadas a 20 médicos

Pacientes derivados por GI: **X**	Pacientes vistos en 6m; **X**	Porcentaje: **X%**
Herramientas suficientes: **SI**: **X**	Herramientas suficientes: **NO: X**	Porcentaje: **X%**
Motivos: ……%	……%.....%	……%.....%

Desarrollo

Duración total 120 minutos

2°Actividad (30 minutos)

Grupo B: A manera de taller, los alumnos presentarán un **power point** del tema Enfermedad Ulcero péptica apoyado con la bibliografía recomendada (Anexo 5) que desarrollará la definición, características, formas de presentación, etiología y deberá incluir el **video-activo** de una endoscopia digestiva alta que muestre en forma representativa la úlcera y sus componentes. Se deberán enumerar los riesgos y lesiones preneoplásicas asociados, manejo y tratamiento a largo plazo. Toda la construcción del taller será supervisada por el docente previo a la presentación.

3°Actividad (30 minutos)

Grupo C: al igual que el anterior, se solicitará la construcción de un **power point,** del tema Gastritis y sus etiologías considerando la bibliografía recomendada (Anexo 5), que deberá clasificar los tipos de gastritis, frecuencia, localización, diferencias del diagnóstico y tratamiento del Helicobacter Pylori en la edad pediátrica y la adultez. Presentación de un **video activo** de una endoscopia alta que muestre las características de las gastritis y sus diferentes tipologías. Enumerar e identificar las lesiones preneoplásicas asociadas. Manejo y

tratamiento a largo plazo. Este taller será supervisado por el docente a cargo, previo a su presentación.

Receso de 15 minutos

4° Actividad (60 minutos)

-Resolución de casos clínicos/casos problemas: Se dividirá en dos grupos el alumnado, a cada grupo se le entregará el material descriptivo del problema, incluso laboratorios e imágenes de la endoscopia del caso correspondiente. Se otorgará media hora para el debate en el propio grupo con supervisión del mismo por parte del docente y se solicitará que aborden una propuesta terapéutica y de control sobre los temas Ejes del Encuentro:

Enfermedad Ulcero-péptica (Anexo 5)

Gastritis por Helicobacter pylori y otras etiologías (Anexo 6)

En la siguiente media hora cada grupo expondrá su propuesta de resolución y se debatirán en conjunto, las conclusiones del manejo, control, terapéutica y seguimiento de las entidades.

Cierre

5° Actividad

Duración 15 minutos:

Se elaborará un algoritmo, que tendrá como tema nodal a las enfermedades prevalentes **gástricas** en pediatría que cronifican. Se construirá en forma conjunta entre profesionales alumnos y docente, generando una secuencia de instrucciones o tareas sugeridas, con el fin de facilitar y agilizar el proceso diagnóstico, de seguimiento y tratamiento de las patologías. Este material será una guía para los propios alumnos y médicos del servicio que podrá incorporarse en forma de capítulo al libro Patologías Pediátricas que Cronifican que se incorporará a las normas del Servicio de Gastroenterología.

ENCUENTRO N ° 3

Tema:

INTESTINO I (Primera parte)

Contenidos: -**Adolescencia y Patología Intestinal mal-absortiva:** Conceptos de Modelo de atención médica en adultos. Prevalencia de patología intestinal mal-absortiva pediátrica que cronifica. Problemas relacionados.

-Patología intestinal mal-absortiva que cronifica: Enfermedad Celíaca: Concepto. Síntomas digestivos y extradigestivos. Diagnóstico. Sensibilidad al gluten no celíaco. Intolerancia al gluten. Control endoscópico y serologías. Secuelas a largo plazo. Manejo interdisciplinario.

Alergia a la proteína de la leche de vaca y otras alergias alimentarias: Concepto. Alergia mediada por IgE y no mediada por IgE. Manifestaciones digestivas y extradigestivas. Control clínico, diagnóstico y tratamiento. Seguimiento clínico y serológico. Asociación con Síndrome de intestino irritable, trastornos funcionales.

-Resolución de casos clínicos. Diseño de algoritmo de patología intestinal.

Objetivos

- Identificar las características del modelo de atención médica que caracteriza la consulta del paciente adulto.
- Relacionar los elementos del modelo de atención de adultos con la patología crónica que intervienen en el seguimiento y cumplimiento del tratamiento médico
- Ampliar conocimientos, habilidades y destrezas relacionados a la patología crónica intestinal asociada a los síndromes de mala absorción.
- Optimizar el manejo clínico y serológico de los pacientes con Enfermedad Celíaca y Alergias alimentarias orientado a evitar las secuelas y el abandono del tratamiento.
- Colaborar en el manejo multidisciplinario de la patología mala-absortiva crónica intestinal
- Elaborar un algoritmo que aborde las conductas sobre los temas desarrollados.

Estrategias utilizadas:

Estrategias indirectas: - Conducción indirecta del docente/ participación activa del alumnado

-Aprendizaje cooperativo a través de grupos

-Resolución de casos problemas

-Simulación

Habilidades cognitivas: que se pretenden desarrollar

-Habilidades de análisis, síntesis y valoración de la información

-Habilidades de evocación, recuperación y situación del conocimiento

-Habilidades de cooperación -intercambio con pares.

-Habilidades de valoración de la información, elaboración y recopilación de datos.

Desarrollo:

Para este tercer encuentro, los alumnos fueron divididos en 3 grupos de 4 personas (aproximadamente), con actividades previamente asignadas que pondrán en práctica durante la primera mitad de la clase. Estas actividades irán rotando en cada grupo a lo largo de los encuentros. Se recuerda que, dada la distancia en tiempo, entre cada encuentro, la asignación de tareas es factible de realizar y que los alumnos cuentan con la posibilidad de consulta al docente.

Inicio

1° Actividad

Duración 30 minutos

Grupo A: -Los alumnos asignados representarán las características de la relación médico paciente en adultos a través de un breve role playing, tras el mismo, se destacarán los rasgos distintivos que sobresalen de la misma.

-Elaborará y expondrá una planilla de datos, producto del análisis estadístico de las encuestas realizadas a 20 médicos gastroenterólogos con las siguientes preguntas:

a-Porcentaje de pacientes adolescentes que consultaron en los últimos seis meses con patologías intestinales de tipo mal absortivas que fueron derivados por gastroenterología infantil.

b-Porcentaje de pacientes con Enfermedad Celíaca y Alergias alimentarias diagnosticadas durante su infancia que no continuaron su seguimiento en los últimos dos años y que si continuaron el tratamiento

Ejemplo de planilla de resultados de encuestas realizadas a 20 médicos

Pacientes derivados por GI: **X**	Pacientes vistos en 6m; **X**	Porcentaje: **X%**
Pacientes c/ enfermedad celíaca que continuaron tto.: **SI**: **X** **NO:** **X**	Pacientes con alergia alimentaria que continuaron tto: **SI: X** **NO: X**	Porcentaje: **X%**
Motivos: ……%	……%.....%	……%.....%

Desarrollo

Duración total 120 minutos

2° Actividad (30 minutos)

Grupo B: Los alumnos prepararán un power point de uno de los ejes temáticos del encuentro relacionado con la Enfermedad Celíaca, para el que se deberá incluir la bibliografía seleccionada. Definición, clasificación, síntomas digestivos y extradigestivos. Actualización de las formas de presentación. Deberá incluir **video activo** de endoscopia diagnóstica e **imágenes** de Anatomía Patológica característica de la enfermedad. Seguimiento clínico-serológico. Secuelas y riesgo de complicaciones.

3°Actividad (30 minutos)

Grupo C: Los alumnos elaborarán un taller de exposición a través de un power point relacionado a las Alergias alimentarias-Alergia a la proteína de la leche de vaca. Deberá basarse en la bibliografía recomendada. Definición, clasificación, manifestaciones digestivas y extradigestivas. Enteritis eosinofílica. Deberá incluir **video activo** de endoscopía diagnostica e **imágenes de anatomía patológica** de dicha patología.

Seguimiento clínico y serológico. Posibles complicaciones.

Los talleres serán supervisados por el docente a cargo, previa presentación

Receso Duración 15 minutos

4°Actividad (60 minutos)

-Resolución de casos clínicos/casos problemas: Se dividirá en dos grupos el alumnado, a cada grupo se le entregará el material descriptivo del problema, incluso laboratorios e imágenes de la endoscopia y la anatomía patológica del caso correspondiente. Se otorgará media hora para el debate en el propio grupo con supervisión del mismo por parte del docente y se solicitará que aborden una propuesta terapéutica y de control sobre los temas Ejes del Encuentro:

-Enfermedad Celíaca (Anexo7)

-Alergias alimentarias. Alergia a la proteína de la leche de vaca (Anexo 8)

En la siguiente media hora cada grupo expondrá su propuesta de resolución y se debatirán en conjunto, las conclusiones del manejo, control, terapéutica y seguimiento de las entidades. Las diferentes formas de presentación y complicaciones asociadas a la falta de seguimiento

Cierre

5° Actividad

Duración 15 minutos

Se elaborará un algoritmo, que tendrá como tema nodal a las enfermedades prevalentes **intestinales** en pediatría que cronifican. Se construirá en forma conjunta entre profesionales alumnos y docente, generando una secuencia de instrucciones o tareas sugeridas, con el fin de facilitar y agilizar el proceso diagnóstico, de seguimiento y tratamiento de las patologías. Este material será una guía para los propios alumnos y médicos del servicio que podrá incorporarse en forma de capítulo al libro Patologías Pediátricas que Cronifican que se incorporará a las normas del Servicio de Gastroenterología.

- Tras el cierre de la actividad, se procederá a un sorteo presencial de los temas desarrollados en las unidades tratados y por tratar para la asignación de la tarea individual que será entregada en el 6° y último encuentro. La misma deberá incluir: Introducción conceptual-clasificación- descripción de signos y síntomas- algoritmo de diagnóstico y seguimiento- complicaciones-pautas de alerta. Se entregará un modelo esquematizado como pauta posible a seguir, no deberá ser mayor a dos hojas. Contendrá la síntesis conceptual y el algoritmo diagnóstico/conductas y tratamiento.

Figura 3: **Modelo de Síntesis de la Patología-Algoritmo diagnóstico/tratamiento**

SINTESIS CONCEPTUAL – ALGORITMO DIAGNOSTICO-ACCIONES Y TRATAMIENTO

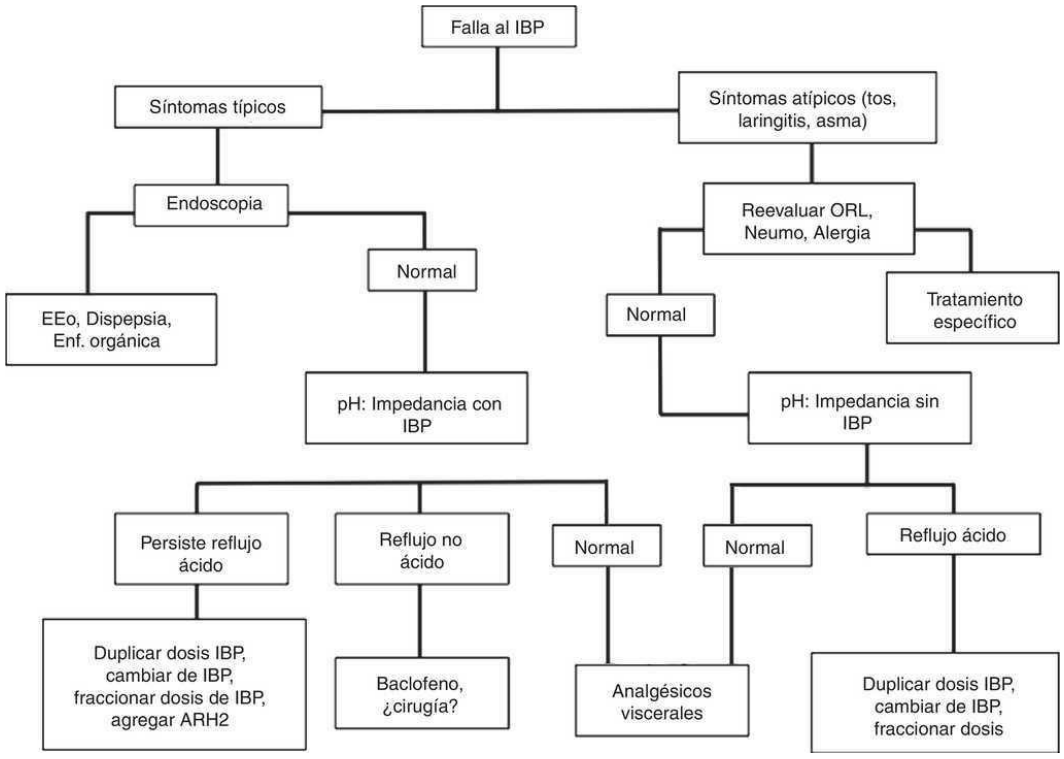
NOMBRE DE LA PATOLOGÍA :

DEFINICION:

CLASIFICACIÓN:

SINTOMAS		SIGNOS	

ALGORITMO DIAGNOSTICO-ACCIONES -TRTAMIENTO



PAUTAS DE ALARMA-SIGNOS DE ATENCION ESPECIAL

Nombre Apellido del Alumno:

ENCUENTRO N ° 4

Tema:

INTESTINO II (Segunda parte)

Contenidos: -Adolescencia y patología intestinal inflamatoria crónica. Diferencias comparativas entre los modelos de atención pediátrica y de adultos. Impacto de estas diferencias en la etapa de Transición en la atención médica. Prevalencia de la patología inflamatoria intestinal en pediatría que cronifica y requiere seguimiento en la adolescencia y adultez.

-Patología inflamatoria intestinal que cronifica. Colitis Ulcerosa. Definición. PUCAI Síntomas digestivos y extradigestivos. Diagnóstico: lesiones endoscópicas e histológicas características. Tratamiento. Seguimiento clínico- endoscópico. Secuelas. Complicaciones. Abordajes multidisciplinario Enfermedad de Crohn: definición. Incidencia. PDCAI. Manifestaciones Digestivas y extradigestivas. Diagnóstico clínico-histopatológico y Endoscópico. Tratamiento actualizado. Manejo multidisciplinario. Constipación -Pseudo- obstrucción intestinal: concepto- diagnóstico manejo multidisciplinario-controles y seguimiento.

-Resolución de casos clínicos. Diseño de algoritmo de patología intestinal.

Objetivos:

- Comparar las características de los modelos de atención médica pediátrica y de adultos. Describir las diferencias entre ambos.
- Analizar el modo en que estas diferencias impactan en el proceso de transición médica desde el especialista de niños al de adultos.
- Actualizar los conocimientos, habilidades y destrezas relacionados con la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, la Constipación Crónica y la Pseudo- obstrucción intestinal.
- Reflexionar sobre la necesidad de las intervenciones propias de cada especialista de la salud, necesaria para el manejo multidisciplinario de estas patologías.

- Elaboración de un algoritmo que aborde las conductas a seguir sobre la temática.

Estrategias utilizadas:

Estrategias indirectas: - Conducción indirecta del docente/ participación activa del alumnado

-Aprendizaje cooperativo basado en grupos

-Resolución de casos problemas

-Simulación

Habilidades cognitivas: que se pretenden desarrollar

-Habilidades de análisis, síntesis y valoración de la información

-Habilidades de evocación, recuperación y situación del conocimiento

-Habilidades de cooperación -intercambio con pares.

-Habilidades de valoración de la información, elaboración y recopilación de datos.

Desarrollo:

Para este cuarto encuentro, los alumnos fueron divididos en 3 grupos de 4 personas (aproximadamente), con actividades previamente asignadas que pondrán en práctica durante la primera mitad de la clase. Estas actividades irán rotando en cada grupo a lo largo de los encuentros. Se recuerda que, dada la distancia en tiempo, entre cada encuentro, la asignación de tareas es factible de realizar y que los alumnos cuentan con la posibilidad de consulta al docente.

Inicio

1° Actividad

Duración 30 minutos

Grupo A: -los alumnos asignados a este grupo representarán un **role playing**, donde se ponga en práctica la relación médico paciente, situada en una patología crónica intestinal, y se representará el modelo pediátrico de atención, como también el modelo de atención de adultos.

-Se realizará una encuesta a 20 médicos gastroenterólogos de adultos en actividad, que respondan las siguientes preguntas:

a-Porcentaje de pacientes con patología crónica intestinal derivado desde el gastroenterólogo infantil en los últimos 6 meses.

b- ¿Considera usted que la relación médico-paciente tiene implicancias en la adherencia al tratamiento por parte de los enfermos? Si-No

Ejemplo de planilla de resultados de encuestas realizadas a 20 médicos

Pacientes derivados por GI: **X**	Pacientes vistos en 6m: **X**	Porcentaje: **X%**
Relación Med-Ptte/Adherencia: **SI**: **X**	Relación Med-Ptte/Adherencia: **NO: X**	Porcentaje: **X%**
Motivos: ……%	……%.....%	……%.....%

Desarrollo

2° Actividad (30 minutos)

Grupo B: Los alumnos prepararán un power point de uno de los ejes temáticos del encuentro relacionado con la Enfermedad inflamatoria Intestinal (Colitis Ulcerosa -Enfermedad de Crohn) para el que se deberá incluir la bibliografía seleccionada. Diagnóstico clínico, histológico y de laboratorio. Clasificaciones actualizadas según los consensos. Manifestaciones digestivas y extradigestivas. Tratamiento y manejo multidisciplinario. Deberá incluir imágenes de endoscopias representativas y de anatomía patológica-Cuadro diferencial entre ambas patologías. Secuelas prevalentes

3°Actividad (30 minutos)

Grupo C: Los alumnos elaborarán un taller de exposición a través de un power point relacionado a las Constipación-Pseudo-obstrucción intestinal. Deberá basarse en la bibliografía recomendada. Definición, clasificación, manifestaciones digestivas. Deberá incluir cuadro comparación entre constipación funcional y orgánica. Índices de sospecha de Pseudobstrucción Intestinal, manifestaciones gastrointestinales y sistémica. Tratamiento y seguimiento.

Los talleres serán supervisados por el docente a cargo, previa presentación.

Receso Duración 15 minutos

4°Actividad (60 minutos)

-Resolución de casos clínicos/casos problemas: Se dividirá en dos grupos el alumnado, a cada grupo se le entregará el material descriptivo del problema, incluso laboratorios e imágenes de la endoscopia y la anatomía patológica del caso correspondiente. Se otorgará media hora para el debate en el propio grupo con supervisión del mismo por parte del docente y se solicitará que aborden una propuesta terapéutica y de control sobre los temas Ejes del Encuentro:

-Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Colitis Ulcerosa -Enfermedad de Crohn (Anexo 9)

-Constipación Crónica. Pseudo- obstrucción Intestinal Crónica (Anexo 10)

En la siguiente media hora cada grupo expondrá su propuesta de resolución y se debatirán en conjunto, las conclusiones del manejo, control, terapéutica y seguimiento de las entidades. Las diferentes formas de presentación y complicaciones asociadas a la falta de seguimiento

Cierre

5° Actividad

Duración 15 minutos

Se elaborará un algoritmo, que tendrá como tema nodal a las enfermedades prevalentes **intestinales** en pediatría que cronifican. Se construirá en forma conjunta entre profesionales alumnos y docente, generando una secuencia de instrucciones o tareas sugeridas, con el fin de facilitar y agilizar el proceso diagnóstico, de seguimiento y tratamiento de las patologías. Este material será una guía para los propios alumnos y médicos del servicio que podrá incorporarse en forma de capítulo al libro Patologías Pediátricas que Cronifican que se incorporará a las normas del Servicio de Gastroenterología.

- Tras el cierre se entregará a través del grupo de WhatsApp el link del video:" Transition Clinic" Houston.Texas https://youtu.be/PHUN3UackHM que será utilizado para el último encuentro (es decir en 30 días).
- Se entregará el artículo relacionado con la hepatitis alcohólica en adolescencia, para debatir en la clase siguiente: https://www.clarín.com>Sociales publicado en Diario Clarín, el 21 de septiembre del 2018.Titulado "Informe mundial sobre el Alcohol y la Salud 2018. Consumo de Alcohol en la Argentina: según la OMS los que más toman tienen entre 15 y 19 años".

ENCUENTRO N ° 5:

Tema: HÍGADO

Contenidos: -Adolescencia y patología hepática: Manejo multidisciplinario de la patología crónica gastrointestinal. Rol de los diferentes profesionales de la salud. Contexto familiar y sociocultural. Prevalencia de la patología hepática que cronifica y requiere seguimiento en la adolescencia y adultez.

-Patología hepática que cronifica. Hepatitis autoinmune: Etiopatogenia. Genética. Diagnóstico clínico- serológico e histológico. Tratamiento y seguimiento-Secuelas. Hepatitis autoinmune refractaria.

Hepatitis alcohólica en el adolescente: Clasificación etiológica. Diagnóstico clínico y endoscópico. Tratamiento. Cirrosis. Patologías que evolucionan a cirrosis. Seguimiento endoscópico actualización. Manejo multidisciplinario.

-Resolución de casos clínicos. Diseño de algoritmo de patología hepática.

Objetivos:

- Identificar las interacciones de los profesionales que conforman los equipos de salud y su rol en la patología crónica.
- Analizar los aspectos relacionados con la familia y el contexto sociocultural del paciente con enfermedad crónica y su impacto en la adherencia al tratamiento por parte del enfermo.
- Ampliar conocimientos, habilidades y destrezas relacionados con la patología hepática que cronifica y actualizar conceptos en cuanto la hepatitis alcohólica en los adolescentes.
- Proporcionar mecanismos de acción en cuanto al manejo multidisciplinario de las patologías, y el rol de los posibles especialistas que podrían intervenir.
- Confeccionar un algoritmo con instructivo secuencial de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías hepáticas desarrolladas.

Estrategias utilizadas:

Estrategias indirectas: - Conducción indirecta del docente/ participación activa del alumnado

-Aprendizaje cooperativo a través de grupos

-Resolución de casos problemas

-Simulación

Habilidades cognitivas: que se pretenden desarrollar

-Habilidades de análisis, síntesis y valoración de la información

-Habilidades de evocación, recuperación y situación del conocimiento

-Habilidades de cooperación -intercambio con pares.

-Habilidades de valoración de la información, elaboración y recopilación de datos.

Desarrollo:

Para este cuarto encuentro, los alumnos fueron divididos en 3 grupos de 4 personas (aproximadamente), con actividades previamente asignadas que pondrán en práctica durante la primera mitad de la clase. Estas actividades irán rotando en cada grupo a lo largo de los encuentros. Se recuerda que, dada la distancia en tiempo, entre cada encuentro, la asignación de tareas es factible de realizar y que los alumnos cuentan con la posibilidad de consulta al docente.

Inicio

1° Actividad

Duración 30 minutos

Grupo A: -los alumnos asignados a este grupo representarán un **role playing**, donde se ponga en práctica la relación médica con los especialistas de la salud que colaboran y participan del manejo multidisciplinario del paciente, dejando en claro la función y trascendencia de cada profesional interviniente, incluso la forma de comunicación.

-Se realizará una encuesta a 20 médicos gastroenterólogos de adultos en actividad, que respondan las siguientes preguntas:

a-Porcentaje de pacientes con patología crónica hepática derivado desde el gastroenterólogo infantil en los últimos 6 meses.

b- ¿Considera usted que el manejo multidisciplinario del paciente con patología crónica tiene implicancias en la adherencia al tratamiento por parte de los enfermos? Sí-No.

Ejemplo de planilla de resultados de encuestas realizadas a 20 médicos

Pacientes derivados por GI: **X**	Pacientes vistos en 6m; **X**	Porcentaje: **X%**
Manejo Multidisc/Adherencia: **SI**: **X**	Manejo Multidisc/Adherencia: **NO: X**	Porcentaje: **X%**
Motivos: ……%	……%.....%	……%.....%

Desarrollo

2° Actividad (30 minutos)

Grupo B: Los alumnos prepararán un power point de uno de los ejes temáticos del encuentro relacionado con la Hepatitis crónica autoinmune para el que se deberá incluir la bibliografía seleccionada. Diagnóstico clínico, histológico y de laboratorio. Clasificaciones actualizadas según los consensos. Manifestaciones digestivas y extradigestivas. Tratamiento y manejo multidisciplinario. Deberá incluir imágenes de anatomía patológica-Cuadro diferencial entre patologías similares. Secuelas prevalentes.

3°Actividad (30 minutos)

Grupo C: Los alumnos elaborarán un taller de exposición a través de un power point relacionado a las Hepatopatía alcohólica en los adolescentes Deberá basarse en la bibliografía recomendada y en el artículo seleccionado. Definición, clasificación, manifestaciones digestivas y extradigestivas. Epidemiología. Actualizaciones estadísticas según los centros de toxicología. Riesgos de evolución a cirrosis y asociación con otras adicciones. Causas de muerte asociadas. Manejo multidisciplinario. El rol de la escuela, la sociedad, la familia y la medicina en la prevención. Los talleres serán supervisados por el docente a cargo, previa presentación.

Receso Duración 15 minutos

4°Actividad (60 minutos)

-Resolución de casos clínicos/casos problemas: Se dividirá en dos grupos el alumnado, a cada grupo se le entregará el material descriptivo del problema, incluso laboratorios e imágenes de la endoscopia y la anatomía patológica del caso correspondiente. Se otorgará media hora para el debate en el propio grupo con supervisión del mismo por parte del docente y se solicitará que aborden una propuesta terapéutica y de control sobre los temas Ejes del Encuentro:

-Hepatitis Autoinmune (Anexo 11)

-Hepatopatía alcohólica en el adolescente. Otras afectaciones del tubo digestivo (Anexo 12)

En la siguiente media hora cada grupo expondrá su propuesta de resolución y se debatirán en conjunto, las conclusiones del manejo, control, terapéutica y seguimiento de las entidades. Las diferentes formas de presentación y complicaciones asociadas a la falta de seguimiento

Cierre

5° Actividad

Duración 15 minutos

Se elaborará un algoritmo, que tendrá como tema nodal a las enfermedades prevalentes **hepáticas** en pediatría que cronifican. Se construirá en forma conjunta entre profesionales alumnos y docente, generando una secuencia de instrucciones o tareas sugeridas, con el fin de facilitar y agilizar el proceso diagnóstico, de seguimiento y tratamiento de las patologías. Este material será una guía para los propios alumnos y médicos del servicio que podrá incorporarse en forma de capítulo al libro Patologías Pediátricas que Cronifican que se incorporará a las normas del Servicio de Gastroenterología.

Tras el cierre del encuentro se entregarán las consignas de la segunda actividad individual a presentar en el próximo y último encuentro a realizarse en los siguientes quince días con patología crónica desde el Especialista Pediátrico al Especialista de Adultos, no deberá superar las cinco hojas y tendrá que poseer como base lo solicitado en el modelo esquemático.

Figura 4

SEMINARIO DE GASTROENEROLOGIA INFANTIL PARA MÉDICOS EN EL POSGRADO DE GASTROENTEROLOGIA

PROYECTO DE MODELO DE TRANSICIÓN: DESDE EL ESPECIALISTA PEDIATRICO AL ESPECIALISTA DE ADULTOS

AUTOR: NOMBRE Y APELLIDO

I-Introducción del Proyecto

a-Fundamentación

b-Descripción del problema desde los diferentes aspectos

c-Objetivos

II-Acciones a desarrollar

a-Descripción de la propuesta

b-Abordaje desde el paciente-desde el médico -desde el resto del personal de salud y desde la Institución

c-Fundamentación teórica de la propuesta

III-Reflexión sobre la propuesta y la situación actual

IV-Bibliografía consultada

ENCUENTRO N ° 6

Tema: PATOLOGIA CRÓNICA GASTROINTESTINAL

INTEGRACIÓN- EVALUACION

-Consigna grupal: -Confección de una planilla estadística con la recolección de datos obtenidos de todas las encuestas presentadas a lo largo del seminario.

-Confección de una ficha que pueda brindar datos de importancia para el manejo y seguimiento de los pacientes adolescentes que pueda incorporarse a la historia clínica de los pacientes que son recibidos en el servicio de Gastroenterología de adultos, derivados de los servicios pediátricos.

-Consigna individual: -Presentación de una propuesta personal para el manejo de la transición médica de los pacientes crónicamente enfermos que incluye el aspecto pediátrico, adultos, personal de salud que interviene, formas de comunicación, con el aval bibliográfico correspondiente y no mayor a 5 hojas de extensión.

-Presentación de un algoritmo de cada tema desarrollado en el seminario, donde se describa el accionar secuencial sugerido tras la revisión del tema, que actúe como orientador de las conductas diagnósticas y de tratamiento. Cada tema deberá ser acompañado de un marco narrativo conceptual destacando procedimientos, habilidades y destrezas desarrolladas durante el encuentro respectivo.

El tema se le asignará a cada estudiante, tras un sorteo realizado entre ellos, durante el tercer encuentro. De esta forma el alumno contará con el tiempo suficiente para confeccionar la tarea asignada y tendrá la posibilidad de consulta y tutorización por parte del docente.

Esta producción formará parte de un capítulo, del libro "Patologías pediátricas que cronifican" que formará parte de la Normativa de consulta del servicio.

Parte I A:

Duración 30 minutos:

Durante esta primera parte, los alumnos se dispondrán en círculo abierto, para permitir la entrada y salida del docente y de quienes quieran levantarse a usar el pizarrón u otros recursos

Se confeccionará una planilla virtual (Figura 3) que cada alumno tendrá en su dispositivo que será enviado al grupo de Whats App compartido, y que irá llenado con los datos que aportará cada grupo. Estos datos, fueron presentados oportunamente por cada grupo, en los diferentes encuentros relacionados con cada tema nodal específico. Durante este último encuentro, se pretende integrar esos datos, relacionarlos y llegar a conclusiones visibles entre los estudiantes adultos y el docente. Se elaborarán conclusiones al respecto que reflejen la realidad obtenida en un espacio de reflexión conjunta.

Figura 5

Deriv/patología en los últimos 6 meses	ESOGAFO	ESTÓMAGO	INTESTINO ENFERMED. AUTOINMU.	INTESTINO C. ULCEROSA ENFER. DE CROHN	HÍGADO
Cantidad partes y porcentaje.					

PREGUNTA REALIZADA- con relación a los pacientes derivados por gastro. infantil	Contesta SI /%	Contesta No/%	Contesta otros
¿El adolescente derivado por gastro infantil dificulta la atención médica?			
¿Considera que tiene las herramientas suficientes para la correcta atención?			
¿El porcentaje de pacientes derivados que mantienen adherencia al tratamiento es mayor que el 50%?			
¿Considera que la relación médico paciente tiene implicancia en la adherencia al tratamiento?			
¿Considera que el manejo multidisciplinario tiene implicancia en la adherencia al tratamiento?			

Parte I B-Duración 30 minutos

Se confeccionará una **ficha técnica** con datos básicos de importancia para anexar a la historia clínica de los pacientes con patología crónica de índole gastrointestinal, derivados por el servicio de gastroenterología. Su elaboración estará enriquecida por la experiencia de los profesionales en formación y los que se encuentran en instancias de capacitación continua, con el fin de facilitar datos, herramientas que redunden en el mejor manejo del paciente y su adherencia al tratamiento (Figura 6-ejemplo).

Nombre y Apellido del Paciente		Fecha de derivación
Fecha de Nacimiento	edad de derivación	DNI
Dirección	celular	celu. Familiar
Mail	Instagram	
Diagnóstico Actual:		
Lugar y fecha de Diagnóstico de enfermedad de base:		
Medico/s de cabecera:		contacto de cabecera:
Institución que deriva		
Otras Instituciones intervinientes		
Tratamientos realizados		
Complicaciones		
Intervenciones		
Equipo multidisciplinario:	**Psicóloga**	
	Nutrición	
	Cirugía	

Receso de 15 minutos

II Parte A-Duración 30 minutos

Los alumnos continuarán en distribución de semicírculo abierto

Estará relacionada con el desarrollo de las consignas individuales, se abordará bajo la modalidad de "clase invertida" o Flipped-classroom, para lo cual, con la antelación suficiente, en el Encuentro N°3 se le enviaron las propuestas de videos pertinentes a los alumnos. Sosteniendo el fortalecimiento de esta técnica esta técnica, el acercamiento de las TICS (Tecnología de Información y comunicación) permite que el estudiante vea, escuche y analice los videos enviados en su ámbito personal, lejos del aula.

Luego, los estudiantes que lo deseen (solo 2-3) durante el horario de la clase, presentarán en forma breve, los proyectos solicitados para su Actividad Individual relacionados con los modelos de Transición Médica y se utilizarán los vídeos facilitados para emitir opiniones, intercambiar conclusiones, revisar conceptos, en un espacio de reflexión donde el docente actuará como moderador y facilitador.

Por último, todos los alumnos, entregarán (solicitado el esquema en el encuentro anterior) el Proyecto de Modelo de transición Médica para los pacientes derivados de Gastroenterología Infantil.

Parte II B

Duración 30 minutos:

Durante este espacio, se reunirán todos los Esquemas solicitados en el 3° encuentro, que deberán contener los algoritmos realizados en clase y por ellos mismos, con los detalles conceptuales mencionados. Una vez reunidos, en ese momento, en conjunto y en colaboración, se inicia la construcción de un capítulo, de un libro que se titulará "Patologías Pediátricas que cronifican". Esta producción será un instrumento ágil, de fácil acceso, de confección espiralada para poder agregar los capítulos siguientes, y constituirá una herramienta de consulta sencilla, ágil para los médicos del Servicio de Gastroenterología que aspira a acompañar a las normativas del Servicio de Gastroenterología de Adultos.

2.2.3-Etapa de evaluación

Al considerar que el abordaje de la evaluación de los aprendizajes resulta un proceso complejo, puesto que se trata de una práctica social anclada en un contexto que impacta de múltiples maneras a los diferentes actores involucrados (Anijovich R., 2016) el campo de la **evaluación formativa** resulta una contribución a la mejora de los aprendizajes de los alumnos y a la potenciación de la probabilidad de que todos los estudiantes aprendan.

La evaluación es conceptualizada como una práctica situada que se co-construye con los alumnos en el contexto social de cada microcultura de clase o comunidad de aprendizaje (Anijovich, R., 2016). De ahí las diversificaciones que nos permite elaborar la evaluación formativa definida por Cardinet (1988) como un proceso de comunicación lograda entre el docente y el alumno sobre los objetivos, los criterios y las dificultades de aprendizaje.

Durante todo el desarrollo del Seminario para médicos en formación de la especialidad de Gastroenterología, la **evaluación formativa** será integrada a todas las secuencias de enseñanza y de aprendizaje a través de:

- ✓ Observación directa del docente de las actividades del alumno (utilizando o no un instrumento de observación y de apreciación).
- ✓ Interacción del docente con los alumnos
- ✓ Mediante intercambios entre alumnos en diferentes momentos de los encuentros.
- ✓ Por medio de las interacciones colectivas que posibilitan a los estudiantes la exposición de diferentes maneras de comprender una tarea o de efectuar una actividad.

Realizándose en forma inmediata directamente coordinada con las actividades que van realizando los profesionales en formación durante su desarrollo, el marco de referencia se arma según los criterios alcanzados en su nivel anterior.

Al considerar, el conjunto de tareas propuestas y las acciones a desarrollar basadas en su mayoría en el trabajo grupal, ya sea en los momentos de la construcción de los talleres, o de la resolución de los casos clínicos e incluso en la elaboración de los algoritmos, es importante tener en cuenta las consideraciones de Camilloni (2016) cuando destaca que cada estudiante tiene un rol dentro del grupo de igual importancia.

Así, existe el rol de redactor de las actas, coordinador de grupo, observador de la dinámica grupal, informante ante el plenario de la clase, evaluador del trabajo en grupo y redactor del informe final, aunque también pueden sumarse otros, acorde a la actividad solicitada.

Las habilidades que se desarrollan a través de esta modalidad serán detalladas en el apartado correspondiente (Véase Fundamentación pedagógica de las decisiones tomadas), son tantas y tan variadas, que debe hacerse un apartado según el proceso de evaluación formativa en grupo y a cada miembro del trabajo grupal (Camilloni, A., 2016)

Siguiendo a la autora mencionada la **evaluación formativa** en cuanto a la producción grupal se va a considerar:

- ✓ Los aspectos relacionados con la comprensión y cumplimiento de la consigna.
- ✓ El planeamiento y programación del trabajo
- ✓ La implementación del trabajo y la introducción de cambios si fueran necesarios.
- ✓ La apertura a la participación de todos los integrantes.
- ✓ El control sobre los que no responden de modo adecuado al esfuerzo conjunto.
- ✓ La capacidad de atender operativamente a los señalamientos del feedback recibido
- ✓ La capacidad de autoevaluación.

En cuanto a los aspectos personales durante el espacio compartido a través de la **evaluación formativa** se considerará:

- ✓ La frecuencia de asistencia a las clases o reuniones del grupo
- ✓ Las contribuciones efectuadas, cantidad y calidad
- ✓ El espíritu de colaboración, al realizar su trabajo e incluso el de los demás
- ✓ La calidad y cantidad del tiempo entregado
- ✓ La capacidad para motivar al grupo y alentar a soluciones
- ✓ La responsabilidad en el cumplimiento de las tareas
- ✓ La disponibilidad a corregir sus errores
- ✓ La generosidad en compartir conocimientos
- ✓ La disposición y la habilidad para contribuir a resolver los conflictos.
- ✓ La habilidad para coordinar el grupo y evitar la competencia individual

El proceso de evaluación formativa se completará con el diseño de **rúbricas** que cuantificarán en forma graduada, las habilidades a las que se intenta abordar en el aspecto conceptual, procedimental y actitudinal

Rúbrica 1: En cuanto a la unidad transversal relacionada con el **Modelo de Transición Médica** (Figura 7)

Dispositivo para analizar	**Grado 1**	**Grado 2**	**Grado 3**	**Grado 4**
Profundización de los conocimientos	Logra actualizar los conocimientos, Los interrelaciona, Los contextualiza y aplica en las tareas	Logra actualizar los conocimientos, Los interrelaciona y contextualiza, pero lo refleja parcialmente en las tareas	Logra actualizar los conocimientos, no los interrelaciona ni los contextualiza. No los refleja en las tareas	No actualiza los conocimientos. No logra su contextualización ni situarlos en las tareas
Realización de tareas Encuestas y tareas de simulación	Realiza las encuestas, las analiza y aporta información. Participa activamente de las tareas de simulación	Realiza las encuestas, las analiza y aporta información. Participa parcialmente de las tareas de simulación	Realiza las encuestas, pero no las analiza y ni aporta información. No participa activamente de las tareas de simulación	No Realiza las encuestas, ni aporta información. No participa activamente de las tareas de simulación
Confección del Proyecto de Transición médica	Realiza el proyecto. Lo entrega en tiempo y forma. Cumple con las consignas asignadas en la confección Fundamenta con bibliografía	Realiza el proyecto. Lo entrega en tiempo y forma. Cumple con las consignas asignadas en la confección. Fundamentación bibliografía incompleta	Realiza el proyecto. Lo entrega en tiempo y forma. No cumple con las consignas asignadas en la confección y no fundamenta con bibliografía	Realiza el proyecto. Pero no lo entrega en tiempo y forma. No cumple con las consignas asignadas en la confección y no fundamenta con bibliografía

Rúbrica 2: en cuanto a las **patologías gastrointestinales que cronifican**

Dispositivo	**Grado 1**	**Grado 2**	**Grado 3**	**Grado 4**
Actualización de conceptos	Logra actualizar los conceptos y las clasificaciones. Sitúa los nuevos conocimientos. Los contextualiza y los aplica para resolver problemas	Logra actualizar los conceptos y las clasificaciones. Sitúa los nuevos conocimientos y los contextualiza. Pero los aplica parcialmente para resolver problemas.	Logra actualizar los conceptos y las clasificaciones. No sitúa los nuevos conocimientos y no los contextualiza No logra aplicarlos para resolver problemas.	No logra actualizar los conceptos ni las clasificaciones. No sitúa los conocimientos y no los contextualiza No logra aplicarlos para resolver problemas.
Aprendizaje grupal	Participa activamente en la confección de los talleres. Aporta actualizaciones en la presentación. Presenta recursos didácticos. Coopera con el grupo, comparte e intercambia información con los pares.	Participa activamente en la confección de los talleres. Aporta actualizaciones en la presentación. Presenta recursos didácticos. Coopera poco con el grupo intercambia poca información con los pares.	Participa activamente en la confección de los talleres. Aporta actualizaciones en la presentación. Pero no presenta recursos didácticos. Ni coopera con el grupo. Tampoco comparte ni intercambia información con los pares.	No participa activamente en la confección de los talleres. Tampoco aporta actualizaciones en la presentación y no presenta recursos didácticos. No coopera con el grupo. Tampoco comparte ni intercambia información con los pares.
Resolución de casos	-Logra la identificación del problema, lo analiza y propone soluciones. -Toma decisiones individuales para solucionar y las comparte con el grupo -Planifica el accionar médico toma las conductas en cuanto al diagnóstico seguimiento y tratamiento de las patologías -Logra relacionar los conocimientos con la práctica correctamente e interpretar los resultados	-Logra la identificación del problema, lo analiza y propone soluciones. -Toma decisiones individuales para solucionar y las comparte con el grupo -Planifica el accionar médico toma las conductas en cuanto al diagnóstico seguimiento y tratamiento de las patologías -Relaciona parcialmente los conocimientos con la práctica e interpreta los resultados en parte	Logra la identificación del problema, lo analiza y propone soluciones. -Toma decisiones individuales para solucionar y las comparte con el grupo -No logra planificar el accionar médico ni las conductas en cuanto al diagnóstico seguimiento y tratamiento de las patologías -No logra relacionar los conocimientos con La práctica correctamente	Logra la identificación del problema, lo analiza y propone soluciones. -Las decisiones individuales para solucionar son incoherentes -No logra planificar el accionar médico ni las conductas en cuanto al diagnóstico seguimiento y tratamiento de las patologías -No logra relacionar los conocimientos con la práctica correctamente

Dispositivo	**Grado 1**	**Grado 2**	**Grado 3**	**Grado 4**
Diseño de algoritmo	-Entrega del algoritmo en tiempo y forma -Interpreta el concepto y sigue consignas -Actualizar conceptos -Secuencia correctamente las acciones diagnósticas -Secuencia correctamente las acciones de procedimientos -Secuencia correctamente las acciones de tratamiento -Participa del Proyecto grupal	-Entrega del algoritmo en tiempo y forma -Interpreta el concepto y sigue consignas -Actualizar conceptos -Secuencia correctamente las acciones diagnósticas -Pero no secuencia correctamente todas las acciones de procedimientos -O no secuencia correctamente todas las acciones de tratamiento -Participa del Proyecto grupal	-Entrega del algoritmo en tiempo y forma -Interpreta el concepto y sigue consignas -Actualizar conceptos -No secuencia correctamente las acciones diagnósticas -Tampoco secuencia correctamente las acciones de procedimientos - Y no secuencia correctamente las acciones de tratamiento -Participa del Proyecto grupal	Entrega del algoritmo en tiempo y forma - No Interpreta el concepto y No logra seguir consignas -Actualizar conceptos -No secuencia correctamente las acciones diagnósticas -Tampoco secuencia correctamente las acciones de procedimientos - Y no secuencia correctamente las acciones de tratamiento -Participa del Proyecto grupal
Confección de ficha técnica para incorporar a la historia clínica	-Entrega la tarea en tiempo y forma -Selecciona los datos correctamente -Sitúa los conocimientos -Logra poner en acción la experiencia y aplicarla a las decisiones tomadas -Colabora con el grupo en la confección del libro	Entrega la tarea en tiempo y forma -Selecciona los datos correctamente -Sitúa los conocimientos -Logra poner en acción la experiencia y aplicarla a las decisiones tomadas -Poca Colabora con el grupo en la confección del libro	Entrega la tarea en tiempo y forma -Selecciona los datos correctamente -Sitúa los conocimientos -No logra poner en acción la experiencia y aplicarla a las decisiones tomadas -Poca colaboración con el grupo en la confección del libro	No entrega la tarea en tiempo y forma -Selecciona los datos incorrectamente -No sitúa los conocimientos -No logra poner en acción la experiencia y aplicarla a las decisiones tomadas -Poca colaboración con el grupo en la confección del libro

Dispositivo	**Grado 1**	**Grado 2**	**Grado 3**	**Grado 4**
Análisis de los videos y artículos proporcionados	Recibió el material y lo trabajó correctamente -Extrajo conceptos e ideas principales y secundarias -Logró situarlas y ejemplificar con experiencias -Sacó conclusiones y las aportó durante la clase -Participó activamente de la clase invertida	-Recibió el material y lo trabajó correctamente -Extrajo conceptos e ideas principales y secundarias -Logró situarlas y ejemplificar con experiencias -Sacó conclusiones y las aportó durante la clase -Participación parcial activa durante la clase invertida	Recibió el material y lo trabajó correctamente -Extrajo conceptos e ideas principales y secundarias -Logró situarlas y ejemplificar con experiencias -No evidencia haber sacado conclusiones y no hizo aportes durante la clase -No se mostró participativo activamente durante la clase invertida	Recibió el material y lo trabajó correctamente -Extrajo conceptos e ideas principales y secundarias -Logró situarlas y ejemplificar con experiencias -No evidencia haber sacado conclusiones y no hizo aportes durante la clase -No se mostró participativo activamente durante la clase invertida
Actitudinal	-Llega a horario y está presente toda la clase -Participa de las tareas de las tareas propuestas -Presenta interés por la actualización y construcción de nuevos conocimientos -Logra situar los conocimientos -Logra plasmar en experiencias las nuevas habilidades -Demuestra responsabilidad y autonomía del aprendizaje -Busca las soluciones a problemas en forma activa y fundamentada -Lee la bibliografía, la analiza y utiliza correctamente	-Llega a horario y está presente toda la clase -Participa de las tareas de las tareas propuestas -Presenta interés por la actualización y construcción de nuevos conocimientos - Logra situar los conocimientos parcialmente - Logra en parte plasmar en experiencias las nuevas habilidades -Demuestra responsabilidad y autonomía del aprendizaje -Busca las soluciones a problemas en forma activa y fundamentada -Lee la bibliografía, la analiza y utiliza correctamente	-Llega a horario y está presente toda la clase -Participa de las tareas de las tareas propuestas -Presenta interés por la actualización y construcción de nuevos conocimientos -No logra situar los conocimientos -No logra plasmar en experiencias las nuevas habilidades -No demuestra responsabilidad y autonomía del aprendizaje -No logra las soluciones a problemas en forma activa y fundamentada -Lee la bibliografía, la analiza y utiliza correctamente	-No llega a horario y no está presente toda la clase -Participa poco de las tareas de las tareas propuestas -Presenta poco interés por la actualización y construcción de nuevos conocimientos -No logra situar los conocimientos -No logra plasmar en experiencias las nuevas habilidades -No demuestra responsabilidad y autonomía del aprendizaje -No logra las soluciones a problemas en forma activa y fundamentada -No lee la bibliografía, la analiza y utiliza correctamente.

Puntuación	**10-9 puntos**	**8-7 puntos**	**6-5-4 puntos**	**3-2-1 puntos**

A través de las rúbricas, el alumno obtendrá una puntuación que surgirá como promedio de las obtenidas según cada dispositivo mencionado. La misma deberá ser de 6 o mayor, lo que implicaría el logro de los objetivos en un porcentaje mayor al 60%. La evaluación formativa, como ya se explicó con anterioridad, será parte de una constante diaria durante los encuentros y también se considerará en el momento de la aprobación de la materia.

2.3 Recursos

Los recursos necesarios para la ejecución óptima de la presente intervención son:

a. **Espacios físicos:** Consultorios, aulas, ámbito hospitalario.
b. **Recursos materiales:** Insumos médicos diversos, radiografías, videos de endoscopias, informes de anatomía patológica, encuestas, videos de you tuve, artículo periodístico.
c. **Recursos humanos:** Profesores y Médicos estudiantes de la Carrera de Posgrado de Gastroenterología y Médicos de Planta Gastroenterólogos del Servicio en formación y capacitación permanente
d. **Recursos didácticos:** Algoritmos, Casos clínicos y Rúbricas.

3. Evaluación de la Propuesta

A-Se realizará una encuesta de satisfacción a los estudiantes

La misma, pretende completar en enlace entre el docente y alumno e incluso el material compartido, en un espacio de reflexión se pretende generar un instrumento que sirva para construir, recontextualizar y repensar la práctica en forma permanente (Figura 8)

ENCUESTA ANONIMA A LOS ALUMNOS DEL SEMINARIO DE GASTROENTEROLOGIA INFANTIL EN EL POSGRADO DE GASTROENTEROLOGÍA

En cuanto al formato del seminario (conteste si o no, por qué)

¿Está de acuerdo con el tiempo de duración total?

¿Está de acuerdo con la distancia entre encuentros?

¿Está de acuerdo con la duración de cada encuentro?

¿Está de acuerdo con el momento de la formación en el que se asigna el Seminario**?**

En cuanto a estrategias docentes y contenidos abordados en clase

¿Está de acuerdo con el trabajo cooperativo entre pares?

¿Está de acuerdo con la realización de tareas a distancia?

¿Está de acuerdo con la resolución de problemas?

¿Cuál fue el encuentro que más le gustó? Justifique

¿Cuál fue el encuentro que menos le gustó? Justifique

¿ Opina que ha adquirido más conocimientos? Si su respuesta es SI (detalle los momentos)

Si su respuesta es NO (detalle su opinión)

¿Opina que ha adquirido más habilidades para resolver problemas?

Si su respuesta es SI (detalle los momentos)

Si su respuesta es NO (detalle su opinión)

¿Opina que ha adquirido más habilidades en su actitud frente al paciente y las situaciones médicas?

Si su respuesta es SI (detalle los momentos)

Si su respuesta es NO (detalle su opinión)

Por último, Identifique tres acciones que en su opinión se deberían cambiar

Identifique tres acciones que fueron de su agrado y recomienda continuar.

Desea añadir algún comentario sobre el Seminario.

ESTE SEMINARIO FUE DISEÑADO PARA CRECER ENTRE TODOS, GRACIAS POR OPINAR

B-Se realizará una encuesta de satisfacción a las autoridades del Posgrado: Jefe del Servicio de Gastroenterología- Jefe de Residentes-Jefe de Trabajos Prácticos

Figura 9

SEMINARIO DE GASTROENTEOLOGIA INFANTIL PARA MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL POSGRADO DE GASTROENTEROLOGÍA

Por favor, conteste si o no y detalle

1- ¿En su opinión, los encuentros fueron suficientes en cantidad y tiempo?

2- ¿En su opinión los contenidos en cuanto a conceptos, desarrollo de habilidades y actitudes de los encuentros fueron pertinentes?

3- ¿En su opinión, la dinámica fue adecuada o realizaría cambios?

4- ¿Qué sugerencias haría?

5- ¿Recomendaría este seminario a otros Servicios de Gastroenterología?

Muchas Gracias

Parte B Fundamentos

1. **Fundamentación teórica de las decisiones asumidas.**

   1-Educación Superior

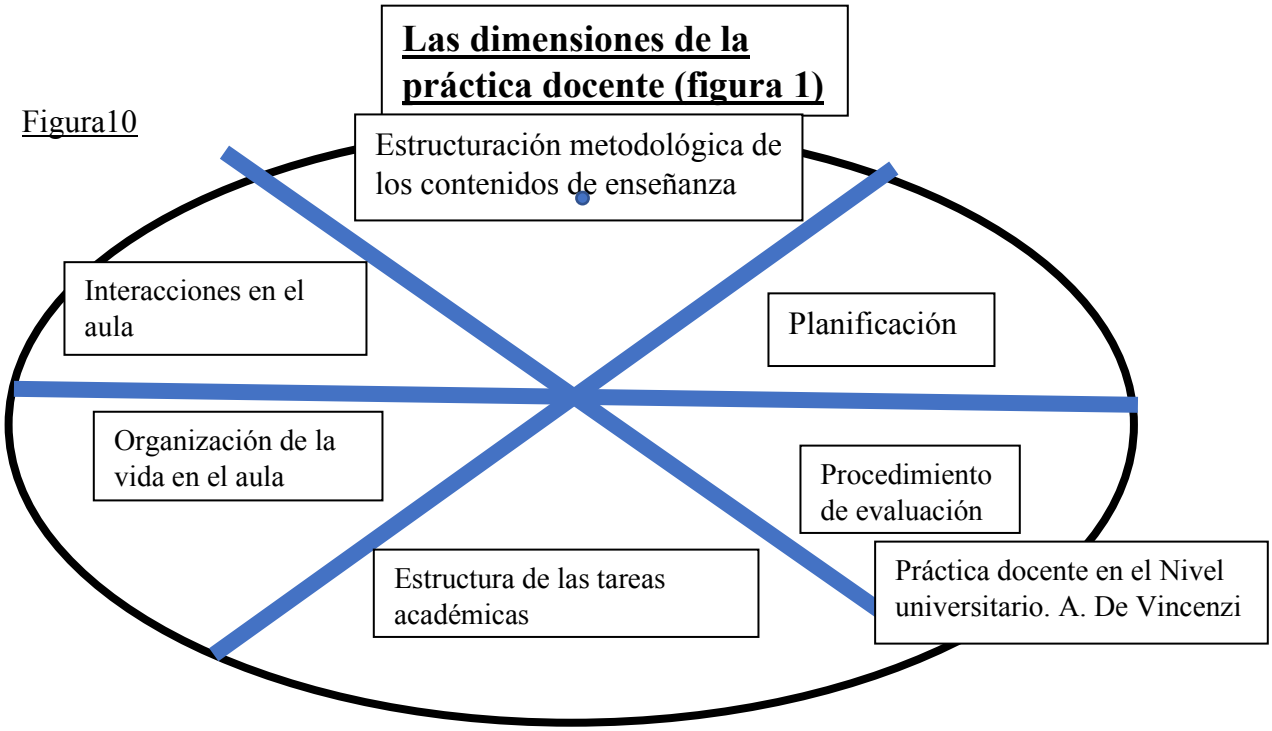
   1.1-Introducción a los Modelos de Enseñanza – Aprendizaje. Ciencias de la Salud

La enseñanza puede considerarse como un "*proceso que facilita la transformación permanente del pensamiento, las actitudes y los comportamientos de los estudiantes, provocando el contraste de sus adquisiciones más o menos espontáneas en su vida cotidiana con las proposiciones de las disciplinas científicas, artísticas y especulativas y también estimulando su experimentación en la realidad"* (Pérez Gómez, 1992).

Reflexionar sobre esta definición permite concluir que el propósito de este proceso es transmitir al alumnado los conceptos, habilidades y actitudes para facilitar los cambios que conllevan al aprendizaje. Para hacerlo posible, no podemos descontextualizar nuestro objetivo y desconocer que la evolución tecnológica y los cambios socioculturales de los últimos tiempos demandan una actualización permanente en el desarrollo de las dimensiones que abarca el proceso de enseñanza.

Las dimensiones de la práctica docente (De Vincenzi, 2009) (Figura 10), son atravesadas por los diferentes modelos de enseñanza reconocidos por Pérez Gómez (1996).

Figura10



Sin embargo, estos modelos (Figura 11) nunca intervienen en forma exclusiva sino que en general, se expresan con características sobresalientes de uno por encima del resto de ellos, dándole un perfil determinado que caracteriza al modelo.

Modelos de Enseñanza (Pérez Gómez ,1996)



Figura 11

En las carreras de Ciencias de la Salud, históricamente el modelo **Proceso Producto** fue predominante en el desarrollo de las Universidades. En este modelo, la variable más significativa se relaciona al docente y es determinante en el rendimiento académico del alumno. En los últimos años, se produjo el quiebre de este modelo tradicional y adquieren entonces, una importancia creciente conceptos relacionados con: - la comprensión de los conocimientos y -el procesamiento de la información por parte de los estudiantes. Así como también, la forma en que el docente programa y aborda las estrategias cognitivas que comenzaran a ser ejes en la puesta en práctica docente.

De esta forma, la educación superior comenzó a darle lugar al modelo **Mediacional** (Pérez Gómez, 1996) o de **Comprensión de Significados** (De Vincenzi, 2009), que reconoció la importancia de la mediación de los procesos mentales en el comportamiento del alumno y el docente, la práctica docente como producto de la planificación y de las estrategias cognitivas como medios para procesar la información.

El último modelo mencionado, el **Ecológico** de análisis del aula (Pérez Gómez, 1996) o de **Espacio de Intercambios Socioculturales** (De Vincenzi, 2009), representa una perspectiva orientada al análisis social de los intercambios socioculturales que se dan en el aula. Se caracteriza por la recíproca influencia entre los alumnos y el docente en la construcción de significados. Sin embargo, enfatiza su diferencia con los otros modelos al reconocer la incidencia del contexto físico y psicosocial en la actuación individual y grupal del docente y de los estudiantes.

Ahora bien, en los párrafos antes mencionados, se esbozaron algunas características principales de los modelos de las prácticas docentes. El Modelo Mediacional, que le da supremacía al aprendizaje significativo y la reorganización cognitiva (Pérez Gomez ,1996) es el que toma fuerza en el desarrollo de este proyecto de intervención para brindar herramientas que faciliten la adquisición de competencias cuyo desarrollo pueda concretarse en el actuar real de los profesionales en formación.

Así entonces, el Profesor Carlos Brailovsky (2001), durante su conferencia en el contexto de la reunión de académicos docentes en la génesis de "Aportes para un cambio curricular", seleccionó la definición de **competencia profesional** para un individuo dado, de Kane (2009) como*: "el grado de utilización de los conocimientos , las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional"* agregando al constructo, una dimensión dinámica que se adecua al razonamiento del profesional ante las diferentes situaciones problemáticas a las que se enfrenta .

Intervenir en la currícula de los médicos en formación que cursan el posgrado de Gastroenterología a través de la incorporación de conocimientos, habilidades y actitudes que propicien la adquisición de competencias profesionales, resulta fundamental en la concreción de un futuro especialista que colaborar en el manejo de los problemas de salud de los pacientes con patología crónica de forma multidisciplinaria, cuidando su adherencia al tratamiento y protegiendo el riesgo de vida de dichos pacientes.

1.2-Cambios en la Educación Superior

1.2.1-Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)

En Diciembre del año 2003, bajo la convocatoria realizada con motivo de la subvención de acciones destinadas a la mejora de la calidad de la enseñanza superior y de la actividad del profesorado universitario, se presenta el proyecto "Adaptación de los planes de estudio al proceso de Convergencia Europea"(De Miguel, 2005).Uno de los objetivos más importantes, se centra en promover el cambio metodológico en la Enseñanza Superior y esto se visualiza claramente en la frase que caracteriza este proyecto y que deja ver el propósito que persigue*: "es necesario efectuar un cambio de paradigma centrando el eje de la enseñanza sobre el aprendizaje autónomo del alumno".*

Así entonces, con el fin de desarrollar una propuesta metodológica sobre el trabajo a realizar para elaborar los Planes de Estudio de títulos de grado en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), se promueve la teoría basada en el supuesto de que el aprendizaje sólo es eficaz cuando es el propio estudiante el que asume la responsabilidad en la organización y desarrollo de su trabajo académico. El cambio de paradigma en los procesos de enseñanza – aprendizaje implica entonces un cambio del eje desde una enseñanza tradicional, con la actividad centrada en el docente hacia una nueva modalidad centrada en el alumno.

Las razones que llevaron a considerar como fundamental este cambio de paradigma de la Educación Superior según el propio autor (De Miguel, M 2005) se basan en tres factores:

a- "*Sociedad del conocimiento*": la nueva organización social de la vida comunitaria exige a las personas adaptarse a los nuevos conocimientos, patrones culturales y avances tecnológicos, a través de una constante actualización, y generando conocimientos propios que le permitan aprender en forma constante. Por ello, el proceso formativo del individuo no puede quedarse estancado en una etapa a lo largo de toda su vida, sino que el propio estudiante entienda que la única forma de aprender es a través de la búsqueda personal del conocimiento.

b-*Provisión de herramientas necesarias para concretar la búsqueda del conocimiento hacia el aprendizaje*: ante el modelo tradicional en el que la trasmisión de conocimiento se ve

fragmentada, resulta de importancia dotar a los estudiantes de herramientas y técnicas de trabajo que le permitan el acceso a la información que circula en la sociedad del conocimiento y utilizar los recursos disponibles (TICS).

La clave de estas razones, por las que plantea un proceso formativo diferente, se relacionan con que el proceso de aprendizaje se lleve a cabo a través del propio sujeto, del estudio y su trabajo autónomo.

c-*La necesidad de formular los propósitos del aprendizaje en términos de competencias*: los problemas y desajustes que provoca la enseñanza universitaria polarizada no facilitan la integración de los estudiantes y profesionales al mercado del trabajo. Por ello uno de los reclamos más importantes, se basa en que los estudiantes adquieran las competencias que son requeridas desde el ámbito profesional, es decir orientar los procesos de enseñanza – aprendizaje hacia la adquisición de competencias profesionales.

1.2.2-Conferencia Mundial de la Educación Superior:

Los profundos cambios que se vienen gestando en cuanto a la Educación Superior, se articulan desde algunos hitos significativos como lo fue, entre otros, la Conferencia Mundial de la Educación Superior (UNESCO,1998).

Esta convocatoria de expertos en el tema expresó de manera contundente: "la necesidad de actualizar la Educación Superior a la sociedad del conocimiento y reclamó del Sistema Universitario una contribución efectiva para elevar el nivel de vida de la población mundial (Yaniz, 2007).

Este propósito obedece a la presencia de numerosos problemas por los que atraviesa la población general y alude a la necesidad de acercar a la Educación Superior a la sociedad; intensificar el carácter formativo de las universidades como también la eficacia del aprendizaje, profesionalizar la formación universitaria y lograr un sistema más accesible y transparente.

En forma de breve síntesis, se destacan aquellas premisas, que intentan propiciar cambios sustanciales (UNESCO,1998):

a-La pertinencia de la Educación Superior, debería evaluarse acorde a la adecuación entre lo que la sociedad espera de las instituciones y lo que ellas realmente hacen. Para ello, éstas deben fundar sus orientaciones a largo plazo en objetivos y necesidades sociales. Fomentando el desarrollo de las capacidades de los profesionales al servicio de la sociedad, y que este concepto incluya el cuidado del medio ambiente, la pobreza, y el bienestar social.

b-La diversificación de los modelos de educación superior que deben orientar hacia una educación a lo largo de toda la vida, asegurando una gama óptima de posibilidades de educación, saberes y conocimientos prácticos.

c-Establece una clara política de formación de personal Docente de Educación Superior, que actualicen y mejoren sus competencias.

d-Otorga responsabilidad a las instituciones de formación superior, a que formen estudiantes que sean ciudadanos bien formados y motivados, provistos de sentido crítico y capaces de analizar problemas y buscar soluciones para las situaciones conflictivas que plantea la sociedad.

e- Utilizar en forma plena el potencial de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, para la renovación de la educación superior a través de la ampliación y diversificación en la transmisión del saber.

f-Establece un compromiso entre las instituciones responsables de la educación superior y las autoridades correspondientes, a través de la planificación de estrategias correspondientes para que pueda consolidarse como un servicio público, a pesar de requerirse, fuentes de financiación diversificadas privadas y públicas, el apoyo público a la educación superior sigue siendo fundamental en la consolidación de la equidad e igualdad social.

g- Deben establecerse redes internacionales que se sostengan en planes de ayuda mutua, solidaridad e igualdad, que colaboren en evitar el "éxodo de competencias", desde los países en desarrollo a aquellos países más desarrollados que los requieren para acelerar su crecimiento socio -económico.

h-Estimular el acercamiento de la relación entre las instituciones gubernamentales-docentes-estudiantes y sus familias, el mundo laboral y los grupos comunitarios, si se quiere poner en marcha un movimiento de reforma y de educación profundos de la educación superior.

Así entonces, este documento deja claramente expuesto, una serie de situaciones que acontecen y reflejan la situación de la Educación Superior actual frente a las necesidades de la sociedad e incluso el mundo laboral donde deben insertarse los profesionales, habidas de cambios y planificaciones diferentes que satisfagan estos objetivos.

1.2.3-Cambios socioculturales que conciernen a la formación profesional

En cuanto a los cambios evolutivos, que se vienen gestando al considerar la educación superior desde hace 50 años aproximadamente, hace referencia durante su Conferencia pronunciada en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, el profesor Miguel Ángel Zabalza (2005). El mismo, desarrolla la presencia de una serie de cambios socioculturales-políticos-profesionales que atañen indefectiblemente a uno de los pilares de la formación profesional como lo es la educación superior.

Realizaremos entonces, una breve síntesis relacionada con los cambios que se ha suscitado y que el autor aborda, como los más importantes factores que dieron lugar a los nuevos modelos de enseñanza (Zabalza,2005):

a-Cambios en el escenario institucional universitarios: hace referencia a los cambios provenientes de los propios alumnos, caracterizándolos como más autónomos en ciertos aspectos, más libertarios, abiertos y cuestionadores, con el uso de la tecnología a su favor, y la distribución del tiempo modificada. Los estudiantes forman, ahora, grupos heterogéneos con características motivacionales, de conocimiento, expectativas y personales muy diferentes.

b-La empleabilidad: actualmente, según destaca el autor, el tener una carrera universitaria no garantiza automáticamente un empleo. En base a esto se fue planificando una formación más integral, más general que sirva de punto de partida para otro tipo más especializada pero una vez que el profesional se encuentre en su propio empleo. De ahí, el auge de los cursos cortos, carreras cortas, que preparen al sujeto al mundo del empleo y recién a partir de allí empiezan

a especializarse en aquello que les parezca más interesante o con más sentido a lo largo de sus vidas. De esta manera dar lugar a lo que se llama formación en servicio, que posee un impacto formativo mayor y más duradero que el de formación inicial.

c-La calidad de la educación universitaria: la calidad, comenzó a ser un componente de presión externa e interna, que fuerza en el contexto del quehacer universitario.

d-El conocimiento: Zabalza (2005), remarca los cambios que se fueron desarrollando en el ámbito del propio conocimiento y la preparación de los futuros profesionales. De esta forma, aceptando que la universidad debe servir para que los estudiantes puedan tener empleos con buenas condiciones una vez que terminen su formación, se intenta proclamar una universidad que más que los contenidos en abstracto interesan los contenidos que sirvan para formar un ámbito profesional a profesionales que se vayan a incluir en determinados ámbitos de trabajo.

Por otra parte, el autor (Zabalza, 2005) hace referencia a la multiplicidad de los contenidos, producto de que la red se sostiene al abrigo de todos nosotros, como también a las exigencias pluridisciplinares, con el fin de integrar los conocimientos. Los nuevos formatos curriculares, más flexibles como nuevas formas de organizar, hace que ya no se piense en materias sino en estos formatos curriculares que exigen cierta continuidad, y una integración con el proyecto de formación.

e-Cambios en el rol del profesor: destaca el autor mencionado (Zabalza, 2005) el cambio de rol del docente universitario que implica un fortalecimiento de la conexión entre los procesos de enseñanza y los de aprendizaje para que se vinculen como proceso conjunto. Es decir, de cómo decodifican los estudiantes, cómo vinculan las actividades y las integran a sus esquemas conceptuales, el docente actual debe conocer estos procesos al momento de organizar sus planes de enseñanza.

De esta forma el autor, desde otras aristas aborda las diferencias del marco contextual en el que se desarrolla actualmente el ámbito de la educación superior, con respecto al modelo tradicional o el característico de hace 50 años atrás, dando pie a comprender el porqué de las nuevas propuestas, de los nuevos modelos.

2-Modelo de Enseñanza basado en competencias

2.1-Introducción:

Se desarrollará una breve introducción de las características del modelo basado en competencias, a fines prácticos de dejar en claro algunos conceptos que lo definen considerando que nuestro proyecto de intervención pretende el otorgamiento de herramientas a fines conceptuales, prácticos y de habilidades. No es la intención de este trabajo el desarrollo aún más extenso de este modelo, y excede al mismo introducirnos en cuestiones de críticas o controversias que responden a un plano de otros profesionales.

Así entonces, es fundamental destacar algunos elementos que lo caracterizan (De Miguel, 2005), (Yaniz, 2007):

- ✓ Propugna una enseñanza centrada sobre la actividad autónoma del alumno, lo que conlleva tanto la planificación como la realización de los procesos de enseñanza-aprendizaje, abordados desde ese punto de vista.
- ✓ Elaboración de los planes de metodología para llevar a cabo los procesos de enseñanza-aprendizaje contemplando no sólo los contenidos formativos sino también los procedimientos, en un modelo basado en el alumno. Se trata de tutorizar secuencialmente las experiencias de aprendizaje de los estudiantes guiando sus aprendizajes.
- ✓ Organizar la metodología para motivar el aprendizaje autónomo a través de la modalidad de desarrollo de actividades presenciales (aquellas que si o si reclaman la intervención directa de alumnos y profesores) y no presenciales (aquellas que se estimula la elaboración individual o en grupo)
- ✓ Desarrollar las modalidades que impliquen mayor intervención por parte del estudiante, sin perder de vista la participación del docente desde otro papel del tradicional. Algunos ejemplos se pueden poner en práctica a través de estudio de casos, aprendizaje basado en problemas, ejecución de proyectos o trabajo cooperativo.
- ✓ Sistema de evaluación de los aprendizajes, que pueda mostrar si el estudiante ha adquirido las competencias que se pretenden lograr. Esto implica centrar los procesos

de evaluación sobre las actividades prácticas que permitan evaluar cómo el sujeto aplica los conocimientos, las destrezas y las actitudes adquiridas para la resolución de problemas reales o simulados que tienen que ver con el ejercicio profesional.

2.2-Competencias

2.2.1-Concepto de competencias:

Resulta tarea poco sencilla la conceptualización del término **competencias** (Díaz Barriga, 2005), aún más si se intenta, como lo afirma el autor mencionado, aplicarlos a un innovado concepto de currículo flexible que aspira a adaptarse a las nuevas tecnologías y demandas socioculturales. Sin embargo, es justamente el análisis de los problemas a los que se enfrenta la educación superior en los últimos años, el que nos conduce a pensar en este constructo como un amplio camino que nos ofrece múltiples opciones para solucionar estos problemas.

El concepto de **competencias** (Delors, 1966), integra los conceptos del saber, saber hacer, saber estar y saber ser, considerando que las respuestas que da una persona a las diversas situaciones y tareas laborales se hacen de una manera global en base a sus conocimientos y capacitación técnica como así también a sus cualidades personales y actitudes sociales.

Podemos inferir entonces, que **competencia**, es el conjunto de capacidades y saberes técnicos, metodológicos, sociales y participativos que la persona pone en juego para afrontar las obligaciones y exigencias que le plantea el mundo laboral. Estas competencias, a su vez, son observables y evaluables a través de las conductas que los sujetos generan ante los diversos problemas y contextos sociales (De Miguel, 2005).

La idea de competencia hace foco en: -el desempeño: como expresión concreta de los recursos que el individuo utiliza cuando lleva a cabo una actividad.

- el sentido de totalidad: de una unidad, aunque pueden descomponerse sus componentes o atributos (conocimientos, valores y habilidades).

La noción de **competencia** es ampliada por Perrenoud (2001), que aporta nuevos componentes significativos al definirla como " *la aptitud para enfrentar eficazmente una familia de situaciones análogas , movilizando a conciencia y de manera a la vez rápida, pertinente y creativa, múltiples recursos cognitivos, saberes, capacidades, micro competencias, informaciones, valores, actitudes, esquemas de percepción, de evaluación y de razonamiento",* dejando en claro que se trata de algo más que una información y que no se limita a una sola habilidad. Coincide así, con esta visión integradora de recursos para resolver un conjunto de problemas, con la conceptualización de Toledo (2005), que sintetiza a la **competencia** como la capacidad del sujeto para movilizar y organizar sus recursos cognitivos y afectivos para hacer frente a una situación. De esta manera, la autora, hace referencia a la capacidad de la persona de apropiarse del caudal de conocimientos científicos y experimentales, habilidades intelectuales y sociales, intereses propios y de sus pares que posee para abordar un camino que le asegure la resolución del conflicto. (García Labandal y Garau, 2015).

Por último, con el fin de evitar confusiones terminológicas, cabe destacar en estas instancias, el concepto de **competencias profesionales,** a las que se refiere claramente Mario de Miguel Díaz (2005), que las entiende como un conjunto de elementos (conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes) que se integran en cada sujeto según sus características personales (capacidades, rasgos, motivos, valores) y sus experiencias profesionales. Estos elementos de diferente índole se ponen de manifiesto en forma integrada a la hora de abordar o resolver situaciones dadas en contextos laborales. Es decir que una **competencia profesional** es *"la capacidad que tiene un sujeto para adaptarse y hacer frente a las situaciones y exigencias que requiere desempeñar eficazmente un trabajo profesional"* (De Miguel, 2005).

2.2.2-Características subyacentes de las competencias:

Una competencia es *"una característica subyacente en una persona que está causalmente relacionada con el desempeño, referido a un criterio superior o efectivo en un trabajo o situación*"(Spencer y Spencer,1993).Al analizar esta definición resulta fundamental destacar el componente relacionado con los rasgos propios de los estudiantes, aquellos que están

arraigados en su personalidad, y al conocerlos e interpretarlos, da lugar a predecir su conducta futura y desempeño académico e incluso profesional. Se destaca de esta definición, el hecho de que la conducta tomada a través de la competencia se mide a su vez con un estándar del estudiante medio, para considerar esta actuación buena o deficiente (Miguel Díaz, 2005). Las características subyacentes a las competencias pueden enumerarse de esta manera:

- ✓ Motivos: son las cosas que un estudiante quiere como causa de determinada acción, de los cuales puede ser consciente o inconsciente en mayor o menor grado.
- ✓ Rasgos de la personalidad: tienen que ver con respuestas consistentes a situaciones o informaciones, algunos estudiantes muestran diferente tiempo de reacción o grados de iniciativa.
- ✓ Autoconcepto: refleja las actitudes, los valores o la propia imagen del estudiante. Pueden tener características de líder o querer pasar desapercibido, compañeros, o más apáticos.
- ✓ Conocimiento: se refiere a la información con la que cuenta la persona sobre áreas del plan de estudios.
- ✓ Habilidad: es la destreza o capacidad del estudiante para desarrollar una cierta actividad física o mental.

Estas últimas, el conocimiento y las habilidades constituyen las características más fáciles de identificar (figura 12), mientras que las restantes son menos visibles.

Teoría del Iceberg

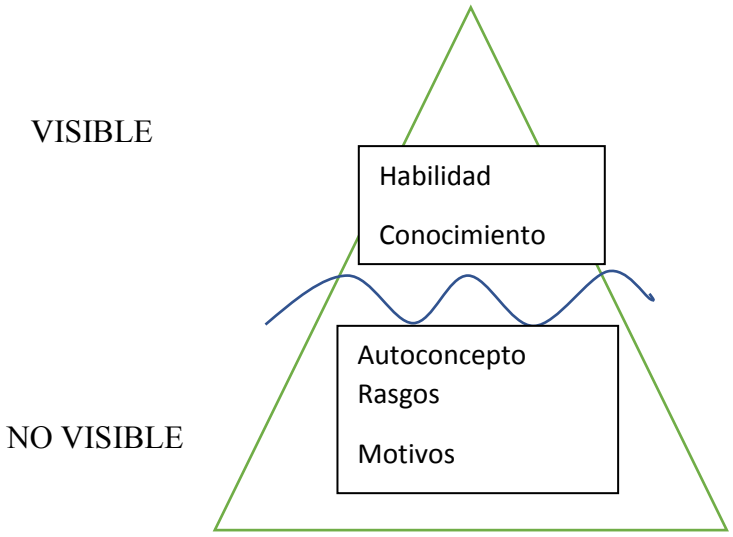


Figura 12-D Modalidad de Enseñanza basada en competencias-De Miguel Diaz M., (2005)

Según el autor, estas características de las competencias predicen en cierta forma el comportamiento de la persona ante una situación determinada, el poder considerarlas permite comprender el flujo causal que se desarrolla entre ellas y la relación que se establece entre la competencia y su desempeño o resultado. De esta forma la **intención** (fundamentada en las características de la personalidad), se materializa en la **acción** (comportamiento) dando lugar al **resultado,** a través del desempeño profesional (Figura 13).

Modelo del flujo causal de la competencia

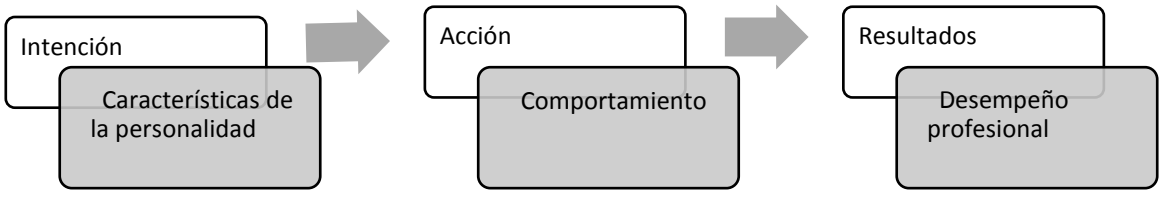


Figura 13 -Modalidades de Enseñanza centradas en el desarrollo de competencias (De Miguel Diaz, 2005)

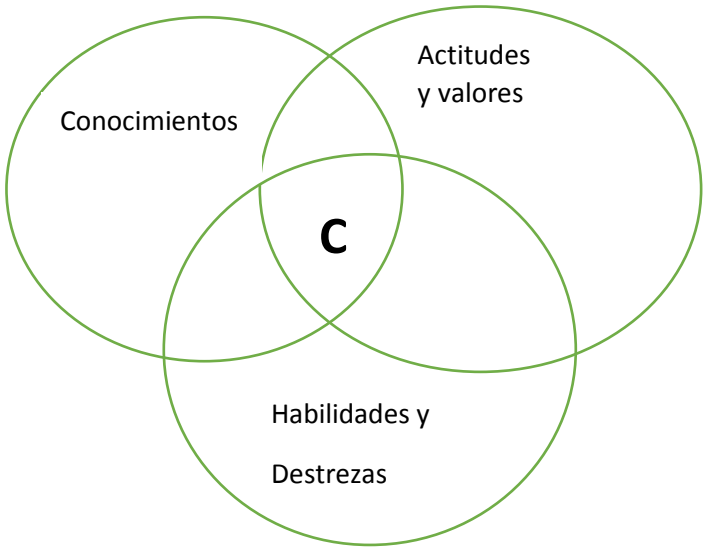
2.2.3-Elementos de las competencias

Al considerar todo lo expresado, resulta sustancial resaltar los elementos que componen a las competencias, los factores que los integran y de qué manera se interrelacionan. De esta manera, varios autores coinciden, que en el concepto se reconocen tres componentes fundamentales (Díaz Barriga, 2005):

- ✓ -Información: contenido teórico que se posee con respecto a algo y que proviene de diversas disciplinas. Conocimiento.
- ✓ -Conjunto de destrezas prácticas: capacidad para utilizar el conocimiento que se posee en prácticas (saber utilizar). Habilidades y destrezas.
- ✓ -Conjunto de actitudes: destrezas empleadas en la resolución de los problemas inéditos. Actitudes y Valores.

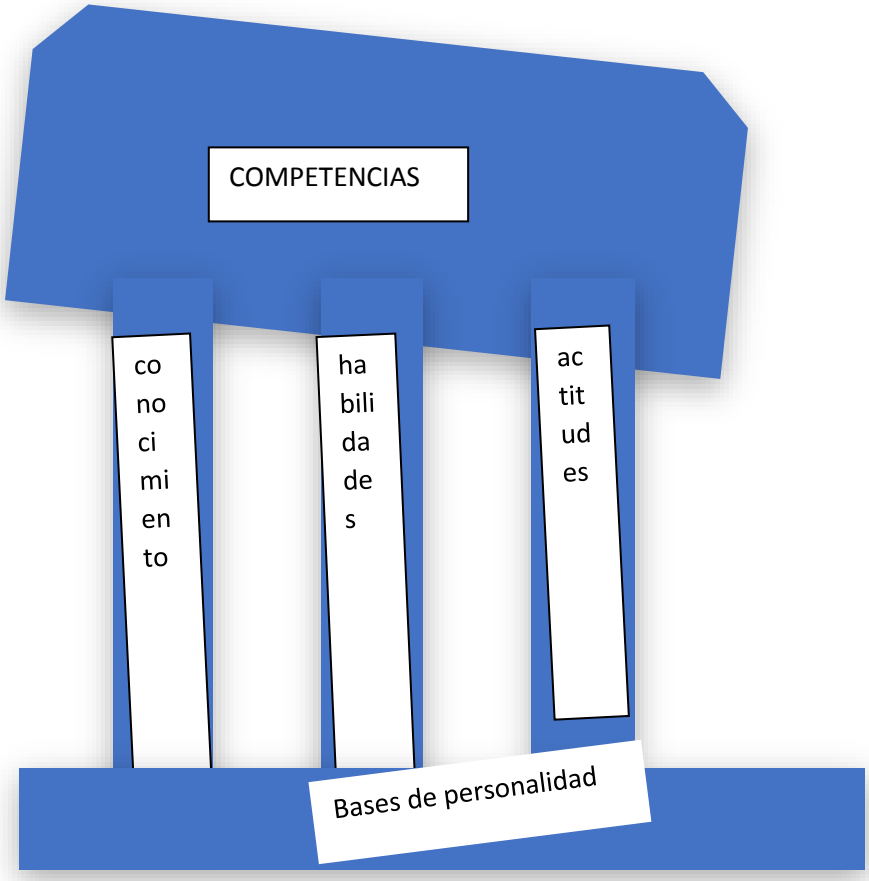
Estos componentes contribuyen a la formación y consolidación de una **competencia,** por lo que la forma en que se interrelacionan ya sea a través de la intersección de los elementos o como producto de la convergencia de todos esos elementos, dará lugar a su desarrollo y a la finalidad educativa del proyecto (Figura 14) (Figura 15).

Elementos de las competencias (Figura 14)



Modelo de Intersección

Modelo de Enseñanza centrado en el desarrollo de competencias-De Miguel Díaz M. (2005)



Modelo de consolidación

Elementos de las competencias (Figura 15)

Una vez establecidos claramente los componentes de las competencias, existen subcomponentes de cada elemento que la conforman que se deberían considerar en el momento de planificar una relación entre el contenido formativo y la finalidad del proyecto educativo, toda vez que se persiga facilitar el proceso de aprendizaje. Tabla 1

Subcomponentes de las competencias-Tabla 1

COMPONENTES	SUB COMPONENETES
1-Conocimientos (relacionados con materias científicas o del área profesional)	● Generales de aprendizaje ● Académicos vinculados a una materia ● Vinculados al mundo profesional
2-Habilidades y destrezas (procedimientos metodológicos aplicados relacionado con materias científicas y del área profesional: organizar, diseñar, planificar, realizar)	● Intelectuales ● De comunicación ● Interpersonales ● Organización/gestión personal
3- Actitudes y valores (necesarios para el ejercicio profesional: autonomía, iniciativa, coordinación)	● De desarrollo profesional ● De compromiso personal

Modalidades de Enseñanza centrada en el desarrollo de competencias

Miguel Díaz, Mario (2005)

2.2.4-Clasificación de las competencias

Existe un aspecto más a analizar en cuanto a las competencias, que si bien impresiona ser de límites claros, ha sido abordado desde varios enfoques por diferentes autores como Díaz Barriga (2005), Salinas (2005), Echeverría (2005), De Miguel Díaz (2005) que en definitiva intentan unificar criterios dividiéndolas en **genéricas y específicas.**

Cabe mencionar brevemente, que esta división tomó auge aún mayor tras la elaboración del Proyecto Tuning. Este documento fue elaborado tras los informes producidos por los encuentros desarrollados entre 2005-2006 y 2007 que relacionaron a Europa y América Latina en un intento de cambio del paradigma de la formación profesional en términos de competencias y resultados de aprendizajes.

Así entonces, a fines prácticos se separa a las competencias considerando sus diferentes aspectos entre:

I-<u>Genéricas</u>: son aquellas que se refieren a comportamientos muy amplios que no sólo se obtienen mediante la información proveniente del ámbito de la educación. (Díaz Barriga, 2005). Hacen mención a múltiples campos y situaciones laborales dado que aportan las herramientas básicas que necesitan los sujetos para analizar los problemas, evaluar estrategias a utilizar y aportar las soluciones adecuadas (De Miguel Díaz, 2005). Son de desarrollo permanente tienen su fundamento en las características subyacentes correspondientes a los motivos y rasgos de la personalidad (mencionados en el punto anterior. Para poder comprenderlas podemos tomar como ejemplo las que se desarrollan en el Proyecto de Reforma de la Educación secundaria:

- <u>Competencias de aprendizaje permanente</u>: aprender y asumir el propio aprendizaje a lo largo de la vida, movilizar los saberes culturales tecnológicos para comprender la realidad.
- <u>Competencias para la convivencia:</u> relacionarse armónicamente con otros y con la naturaleza, trabajar en equipo, acordar, negociar, desarrollar una identidad y valorar las diversidades étnicas y culturales.
- <u>Competencias para el manejo de la información:</u> búsqueda de la información, sistematización, pensar, reflexionar, argumentar, utilizar la información.
- <u>Competencias para el manejo de situaciones:</u> organizar y diseñar proyectos de vida, propiciar cambios, asumir y tomar decisiones, afrontar consecuencias, plantear procedimientos o alternativas para la resolución de problemas.

A través del análisis de los autores mencionados, las competencias genéricas relacionadas con el desarrollo profesional, a su vez pueden subclasificarse en:

-INSTRUMENTALES
-INTERPERSONALES
-SISTÉMICAS

Subclasificación de las competencias genéricas-Tabla II

INSTRUMENTALES (herramientas para el aprendizaje y formación)	**INTERPERSONALES (capacidad de mantener relación social)**	**SISTÉMICAS (capacidad de alcanzar una mirada en conjunto)**
-Analizar y sintetizar información. -familiarizarse con conocimientos profesionales -tomar decisiones -resolver problemas -conocer otras lenguas	-Dominar habilidades de crítica y autocrítica -Trabajar en equipo. -Comunicarse con expertos de otros campos. -Manifestar compromiso ético.	-Aplicar conocimientos -Utilizar habilidades científicas -Trabajar en forma autónoma -Diseñar proyectos -Valorar temas ambientales

II-Específicas: son aquellas que se desprenden de las genéricas, con un nivel menor y que hacen referencia a cada área temática, asociadas a áreas de conocimiento concreto. Incluyen las destrezas y conocimientos más específicos.

Un ejemplo sencillo de estas competencias específicas se desarrolla en la clasificación proveniente del proyecto Tuning, por ejemplo, en Medicina (sólo haremos mención a algunos ejemplos a fines prácticos)

-Capacidad para redactar una Historia Clínica

-Capacidad para realizar un examen físico completo

-Capacidad para plantear diagnósticos diferenciales

-Capacidad para indicar y realizar tratamientos médicos.

-Capacidad para proveer primeros auxilios.

En cuanto a esta división, De Miguel Díaz (2005), plantea su desacuerdo en este intento de estructuración de la división de las competencias, al argumentar que *"en realidad el* verdadero crecimiento de un estudiante en las competencias contempladas en el perfil de *una titulación se produce con la integración de diversas actuaciones que afectan tanto lo genérico como lo específico".* El autor mencionado y otros como Perrenoud (1999), coinciden que en muchas competencias atraviesan a todo el desempeño del desarrollo

profesional, y que no deberían separarse los componentes que las constituyen, por el contrario, en la mayoría de los casos, cuanto mayor es la complejidad de las actividades, mayor es la tendencia a que se agrupen las competencias.

2.2.5 Competencias docentes

Merece un apartado especial, dentro del ámbito de la pedagogía universitaria, considerar "las competencias que debería tener un docente para ser un buen modelo de los estudiantes" (Toledo, 2006). Esta conceptualización hace referencia a aquel modelo pedagógico que pone en marcha el docente al desplegar las actividades que promueven el aprendizaje y exhibir de esta forma sus competencias docentes.

Es oportuno recordar, dentro de las definiciones de competencia, a aquella capacidad que tiene un sujeto para movilizar y organizar sus recursos cognitivos y afectivos para hacer frente a una situación (Toledo, 2006). Interpretándola como un **saber intervenir** a través de un conjunto de fuentes y recursos, recurriendo no sólo a los conocimientos académicos adquiridos sino también a los de la vida cotidiana, las habilidades sociales e intelectuales, a los intereses propios y de sus pares, apropiándose de ellos en forma intencionada (Scallon, 2004 citado por Toledo, 2006).

Así entonces, las competencias docentes podrían estar constituidas según Toledo (2006), por competencias **didácticas**, competencias **evaluativas** y competencias **metacognitivas,** las mismas se definirán a continuación en cuanto al contexto pedagógico.

I-Competencia didáctica: hace referencia a la habilidad del docente para construir un conjunto de relaciones sociales con el alumnado. Con la finalidad de provocar el cambio, transforma el saber de referencia, los contenidos, la información en medios de cambios para sus estudiantes y da lugar al saber aprendido.

La competencia didáctica, se expresa así por la realización de clases de diferentes tipos, la utilidad de la disertación estudiantil, el apoyo audiovisual, el uso de trabajo grupal con apoyo de guías, las clases en terreno, el análisis de casos, la dramatización, el juego de roles.

Es decir que el docente planifica la interacción en la clase a través de diferentes acciones como esquematizar, ejemplificar, problematizar y de esta forma promueve la construcción

cognitiva utilizando todos los medios y materiales para provocar los cambios en los estudiantes.

II Competencia evaluativa: se entiende por ello a la habilidad del docente para verificar el progreso del estudiante, su buen uso del saber y del saber hacer en determinadas situaciones, y poder buscar los indicadores de que ha logrado múltiples objetivos educacionales.

Un elemento constitutivo de esta competencia es la capacidad de generar situaciones evaluativas acordes al nivel de los estudiantes, que incluya una visión amplia de los objetivos y pueda mostrar los logros a lo largo de una evaluación formativa. También constituye un indicador de esta habilidad del docente, el momento seleccionado para la evaluación y el propósito que lleva implícito.

Los procedimientos para que el docente pueda verificar los logros alcanzados por los estudiantes pueden ser desde las pruebas tradicionales, oral o escrita, la prueba gráfica, la lista de cotejo, la escala de clasificación y justamente la elección del instrumento de evaluación también forma parte de otro aspecto de la competencia evaluativa del docente, debiendo ser capaz de seleccionarlo y elaborarlo.

III-Competencia metacognitiva: es aquella que le permite al docente crecer, continuar aprendiendo y le otorga los medios para hacerlo a través de su capacidad para preguntarse acerca de sus propios procesos cognitivos, para planificarlos y evaluarlos antes, durante y después de una tarea y así poder reajustar sus acciones en tanto sea necesario.

De esta forma esta competencia se pone en práctica cuando el docente tiene la habilidad de imaginar previamente las acciones que pondrá en marcha durante la clase, cómo elaborará la solución a los problemas que se presenten, planificará estrategias de acción, previniendo el resultado de una actividad cognitiva determinada. Se manifiesta también, cuando el docente evalúa los productos de sus acciones, cuando estimula al estudiante a su autonomía, al desarrollo de estrategias metacognitivas y a desarrollar un sentimiento de autoeficacia sobre los resultados.

Cabe destacar como es sabido, que el proceso de aprendizaje no va a depender exclusivamente de la aptitud intelectual del estudiante (Toledo, 2006), por ello es importante considerar la afectividad y la metacognición como factores que determinan la adquisición del

conocimiento como así también el uso de las diferentes estrategias de aprendizaje, y su utilidad para enfrentar los diferentes tipos de tareas: saber cómo, dónde , cuándo y por qué usarlas forma parte de uno de los elementos que conforman esta habilidad.

Zabalza (2005) en su conferencia acerca de las competencias centrales que debe definir a un profesor universitario enumera la planificación del proceso de enseñanza y de aprendizaje; la selección y presentación de contenidos disciplinares; el ofrecimiento de información e de explicaciones comprensibles; el manejo didáctico de las TICS; la gestión de las metodologías de trabajo didáctico y de las tareas de aprendizaje; la relación constructiva con los alumnos; la tutoría a los alumnos y en su caso de colegas; la evaluación de los aprendizajes y los procesos para adquirirlos ; la reflexión e investigación sobre la enseñanza y la implicancia con la Institución.

De esta forma, los diferentes autores que abordan esta temática como Zabalza (2005),Toledo (2006), Scallon (2004) convergen en el planteo y desarrollo de ideas sobre la en enseñanza y el aprendizaje que contribuyan a mejorar la educación superior a través de nuevas y mejores teorías , pero al mismo tiempo se necesitan perfeccionar las prácticas sociales, el curriculum, la investigación y la evaluación educativa para acompañar este cambio desde todas las raíces que lo alimentan (García Labandal, 2014) .

En el caso de nuestro proyecto de intervención una perspectiva docente multidimensional, en la que se destaque el valor de la vivencia de experiencias sociales e intelectuales, individuales y colectivas resulta fundamental para colaborar en la formación de **profesionales de la salud y** aquellos que se encuentran en capacitación permanente en ejercicio profesional.

La participación, a través de este seminario, en la construcción de un perfil de los **médicos profesionales de la salud** con atributos flexibles, adaptados a la resolución de problemas situados, no sólo basados en conocimientos sino también en su aplicación y actitudes, requiere docentes con capacidad de responder a las demandas de dar respuesta a escenarios imprevisibles en los que la relación entre la formación y la práctica profesional, no sea de aplicación sino de transferencia (García Labandal, 2014).

3-La Educación de Adultos

3.1- Algunos conceptos:

"Por tanto, surge gradualmente una concepción de la educación como un proceso vital que empieza con el nacimiento y sólo termina con la muerte, un proceso relacionado con las experiencias cotidianas del individuo, un proceso lleno de significado y realidad para el aprendiz, un proceso en el que el aprendiz es un participante y no un receptor pasivo" (Journal of Adult Education, II,2 de abril 1930 citado por Knowles, 2001).

La corriente artística de investigación educativa originada a principio del siglo XX, centró su atención en cómo aprendían los adultos así Lindeman, influido por la teoría educativa de John Dewey, otorgó las bases de una teoría sistemática sobre el aprendizaje para adultos a través de las siguientes afirmaciones (Knowles, 2001):

- ✓ El enfoque de la educación para adultos constará de situaciones, no de temas.
- ✓ En la educación convencional, al aprendiz se le pide que se ajuste a un currículo establecido, en la educación para adultos el currículo se elabora según las necesidades y los intereses de los aprendices.
- ✓ Cada adulto se encuentra en situaciones peculiares respecto de su trabajo, recreación, vida familiar, vida en comunidad, situaciones que debe adaptar. Es ese punto donde comienza la acción, a funcionar cuando se requiere.
- ✓ Los textos y los profesores desempeñan un papel secundario en este tipo de educación, se les debe dar mayor importancia a los aprendices.
- ✓ La fuente más valiosa de la educación para adultos es la experiencia del alumno.

A través de la teoría del aprendizaje de adultos, los conceptos estáticos de la inteligencia, las limitaciones estandarizadas a la clase intelectual y los defensores del *status quo* de la educación fueron desafiados por estudiantes adultos ávidos de continuar su aprendizaje enfrentado situaciones pertinentes, alejándose de los textos y hechos secundarios.

En un intento de descubrir un nuevo método y crear un incentivo para el aprendizaje con implicaciones más cualitativas que cuantitativas, los aprendices adultos persiguen el objetivo de que sus aspiraciones intelectuales no sean manipuladas por los requisitos inflexibles e intransigente se instituciones de aprendizaje autoritarias y convencionales-

Así entonces, podemos definir que la **educación de adultos** (Knowles, 2001) es un proceso por el cual los estudiantes cobren conciencia de sus experiencias más importantes. En el que el reconocimiento de la importancia lleva a la evaluación y los significados acompañan a la experiencia cuando se sabe lo que sucede y qué importancia tiene ese suceso en nuestra personalidad.

Por todo lo expuesto, el autor concibe la educación de adultos como una nueva técnica de aprendizaje, esencial tanto para los graduados universitarios como para los trabajadores manuales no letrados, en el que los adultos toman conciencia de sus experiencias y las evalúan.

Este proceso se caracteriza porque los estudiantes adultos toman hechos e información desde las diferentes esferas del conocimiento con el fin de resolver problemas y no de acumularlos, el docente actúa como guía y apuntador participando del aprendizaje de acuerdo con la vitalidad y pertinencia de sus propios hechos y experiencias y donde la humildad del docente resulta fundamental, así como la valoración de la experiencia del estudiante a la par del profesor.

Al considerar al aprendizaje como el proceso por el que jóvenes y adultos obtienen conocimientos, podemos inferir en que la estructura del proceso de planeación va a consolidarse bajo cuatro fases:

Necesitar: Determinar qué aprendizaje se necesita para alcanzar las metas

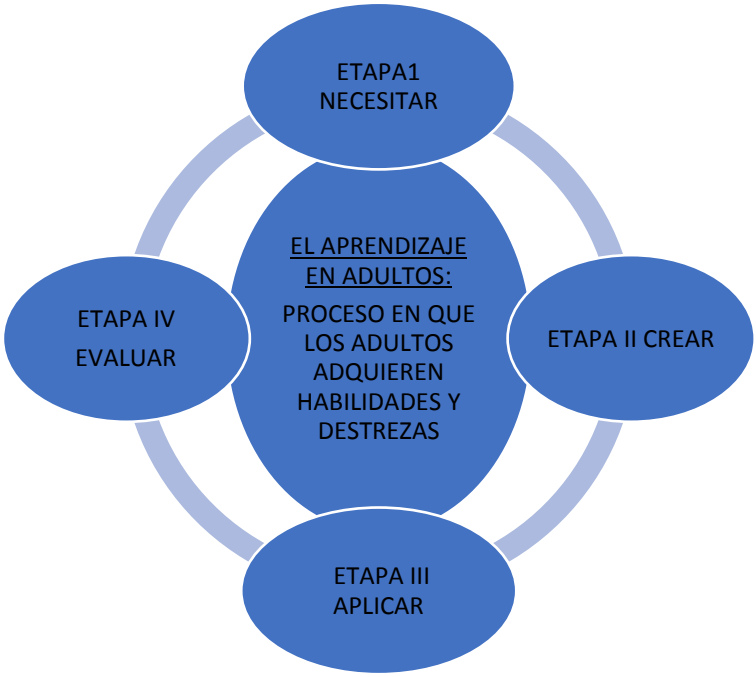
Crear: Crear una estrategia y recursos para alcanzar las metas de aprendizaje

Implantar: Implantar la estrategia del aprendizaje y utilizar los recursos del aprendizaje

Evaluar: Evaluar la consecución de la meta de aprendizaje y el proceso seguido para alcanzarla.

Estas fases sirven como categorías y objetivos para los destinatarios de los proyectos dirigidos a estudiantes que controlan su proceso de aprendizajes (Figura 16)

Figura 16- **Planificación del Proceso de aprendizaje** (Knowles, 2001)



En definitiva, la concepción de la educación de adultos puede visualizarse como una empresa de cooperación, aprendizaje mutuo, autoridad compartida, en donde los estudiantes ayudan a formar el currículum, en condiciones democráticas en las que la autoridad es del grupo.

3.2-El Modelo Andragógico

Al considerar la población hacia la que se dirige nuestro proyecto de intervención, no podemos dejar de tener en cuenta las características que sobresalen de este modelo en particular. La bibliografía holandesa actual (Knowles, 2001) diferencia entre *andragogía, andragógico* y *andragología*, así entonces podemos definir:

ANDRAGOGÍA	ANDRAGÓGICAS	ANDRAGOLOGÍA
cualquier actividad guiada intencional y profesionalmente destinada a un cambio en las personas adultas	Bases de los sistemas ideológicos y metodológicos que gobiernan el proceso de la andragogía	Estudio científico tanto de la andragogía como de lo andragógico

La teoría andragógica implica la puesta en práctica de una serie de recursos en los que se destacan una DIFERENCIAS en:

El modo de organizar y operar los programas
El modo de capacitación de los profesores de adultos
El modo en que los estudiantes reciben ayuda para aprender.

Las concepciones sobre la teoría andragógica y sus implicancias en la práctica dieron lugar a la aplicación del modelo andragógico en la educación del trabajo social, en la educación religiosa, en los estudios de licenciatura y posgrado y muchas esferas del mundo laboral.

El modelo andragógico se basa en premisas que lo diferencian en forma marcada del tradicional modelo pedagógico (Knowles, 2001):

I-La necesidad del saber:

- Los adultos necesitan saber por qué deben aprender algo antes de aprenderlo, para ello utilizan una considerable energía en evaluar los beneficios que obtendrán y los costos de no aprenderlo. De esta manera, una de las premisas para el facilitador del aprendizaje es ayudar a los aprendices a darse cuenta de la "necesidad de aprender".
- Para ello, los facilitadores, deberán ofrecer razones de valor relacionadas con mejorar la calidad de vida y el desempeño, y de mayor utilidad son las experiencias reales o simuladas en las que los aprendices descubre solo la brecha entre dónde están ahora y dónde desean estar.

II-El autoconcepto de los alumnos:

- Los adultos poseen un autoconcepto de seres responsables y como tales sienten necesidad de ser tratado como capaces de autodirigirse, resistiendo a la imposición de voluntades. Sin embargo, según relata el autor, cuando el adulto se enfrenta a la situación de educación o de capacitación se coloca en posición de dependencia recordando su etapa escolar.
- Por ello, los educadores de adultos crean experiencias de aprendizajes en las que ayudan a transitar de *aprendices dependientes* a *aprendices autodirigidos*.

III-El papel de la experiencia de los alumnos:

- Los adultos llegan a la actividad educativa con mayor volumen y distinta calidad de experiencia que los jóvenes, simplemente por haber vivido más que ellos, lo que implica una gama mayor de diferencias entre adultos que lo que ocurre entre jóvenes.
- Entonces, el énfasis de la educación radica en la individualización de la enseñanza y las estrategias de aprendizaje y en la puesta en práctica de las técnicas experimentales que recurren a las experiencias de los alumnos. Algunas de ellas se basan en grupos de discusión, ejercicios de simulación, actividades de solución de problemas, estudios de casos, en reemplazo a la técnica tradicional de transmisión.

IV-Disposición para aprender:

- Los estudiantes adultos están dispuestos a aprender o que necesitan saber y sean capaces de hacer, para poder afrontar las situaciones de la vida real.
- Por ello, los facilitadores de la educación intentarán situar las experiencias de aprendizaje de modo que coincidan con dichas tareas. Esta disposición de los estudiantes adultos muchas veces necesita también de estimulación a través de la inducción mediante la exposición a modelos de un desempeño superior o ejercicios de estimulación.

V-Orientación del aprendizaje:

- A diferencia de los niños y jóvenes que se centran en temas, los adultos se centran en la vida en su orientación del aprendizaje.
- Los adultos se motivan a aprender en la medida en que perciban que a través del aprendizaje tendrán ayuda en su desempeño y el trato con los problemas de la vida. Por ello, obtienen conocimientos, destrezas, valores y actitudes de una manera más eficaz cuando se les presentan en un contexto de aplicación a las situaciones de la vida real.

VI-Motivación:

- Si bien los adultos responden generalmente a motivadores externos (mejoras salariales, ascensos, mejores empleos), los motivadores más potentes son las

presiones internas como el deseo de incrementar la satisfacción laboral, la autoestima, la calidad de vida.

- Aunque con frecuencia, el estudiante adulto, topa con obstáculos, como la inaccesibilidad de oportunidades o recursos, limitaciones de tiempo o programas que infringen los principios de aprendizaje del adulto, todos los adultos normales tienen la motivación de seguir creciendo y desarrollándose (Tough, 1979).

3.3-Marco Conceptual que sustenta el Enfoque Docente

Los profesionales de la salud que se encuentran transitando su etapa de formación, como así también aquellos ya formados pero que recorren el camino de la capacitación continua, necesitan confrontar las conceptualizaciones arraigadas en su formación tradicional. Este proceso no sólo implica una puesta al día de las actualizaciones científicas, sino más bien una adquisición de habilidades, atributos en cuanto la implementación de esos conocimientos ante los problemas reales. El seleccionar las conductas adecuadas en su proceder, poner en juego los diferentes actitudes y destrezas, hacerse cargo de las responsabilidades de los resultados ante las situaciones que se presentan en el día a día, forman parte de los objetivos que se pretende alcanzar en la construcción del perfil profesional del estudiante adulto.

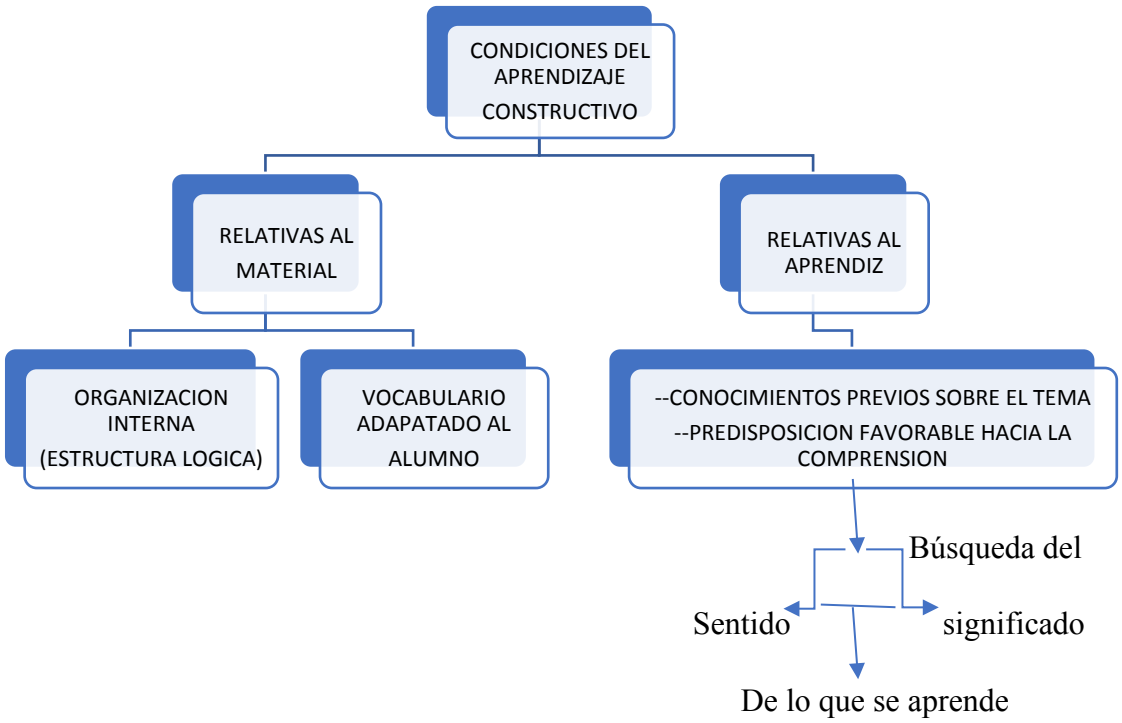
En cuanto al marco teórico del cual se nutre la formulación de este proyecto, se pueden citar los aportes constructivistas, sociohistóricos, cognitivistas y contextualistas.

Desde un enfoque constructivista durante el proceso, se intentará que los estudiantes comprendan y puedan extraer el significado del material ofrecido orientando hacia el abordaje que propone el **aprendizaje significativo** (Ausubel, Novak y Hanesian ,1978) en el que el aprendiz relaciona de manera sustancial la nueva información con sus conocimientos y experiencias previas (Ausubel, 1976 citado por Díaz Barriga, 2003). De esta forma, se aspira a que el alumno pueda armar su propia idea general sobre los contenidos, la que deberá ser extraída de su propio bagaje de conocimientos previos (Pozo, 1996).

Se pondrá énfasis en la idea principal del **constructivismo** que se trata de un proceso en el que lo que aprendemos es el producto de la información nueva interpretada a la luz o a través

de lo que ya sabemos. Integrando la nueva información a los conocimientos anteriores, bajo el ideal de que comprender, implica poder traducir con nuestras propias palabras y aprender significados, es cambiar las ideas previas como consecuencia de la interacción con la nueva información (Figura 17).

Figura 17-**Condiciones para que se produzca un aprendizaje constructivo** (Ausubel, Novak y Hanessian, 1978)



Por otra parte, este **aprendizaje significativo** al que se hace referencia, requiere además de la disposición del estudiante y el docente para que el proceso transcurra en esa dirección, que los materiales y las experiencias significativas se planteen de una determinada manera, y de esta forma trascender la repetición memorística de contenidos inconexos, al construir el significado de lo aprendido, dándole un sentido y entendiendo su ámbito de aplicación y relevancia social (Díaz Barriga, 2003). Se seguirá la línea coincidente con lo planteado por los teóricos de la cognición situada (Ausubel, 1976) que parte de la premisa que el *conocimiento situado es parte y producto de la actividad, el contexto y la cultura en que se*

desarrolla y utiliza. Siguiendo esta dirección, se comparte la idea de que *aprender y hacer* son acciones inseparables por lo que debe suceder en el *contexto pertinente*.

Se buscará, entonces recuperar el aprendizaje previo de los estudiantes, abarcando los aspectos académicos, extracurriculares, teóricos y vivenciales, se revisarán y resignificarán los conocimientos ya adquiridos, recontextualizando y reorganizándolos críticamente en un nuevo sistema, a través de la interacción con los docentes, sus pares y de la apropiación de nuevas herramientas de análisis y abordaje.

Es oportuno entonces, recordar a Cazden (1991), que entiende la re- conceptualización vinculada al proceso de aprendizaje, como una expansión, un desarrollo que involucra cambios, pero no sólo en el sistema de conceptos, sino también en la experiencia y en las creencias. Según el autor, "reconceptualización alude al surgimiento en el aprendiz de un nuevo modo de contemplar, categorizar, reconceptualizar e incluso re-contextualizar los fenómenos sometidos a discusión" (Cazden,1991 citado por García Labandal, 2017). De esta forma, se construyen nuevos conceptos compartidos de comprensión de un hecho o situación, y el docente-tutor asiste en el andamiaje del proceso a través del curriculum y de intercambios con el estudiante, dando lugar a nuevas representaciones potentes que llevan al enriquecimiento de sus conocimientos y experiencias previas.

Desde una visión vigotskiana (Díaz Barriga, 2003), el aprendizaje implica el entendimiento e internalización de los símbolos y signos de la cultura y grupo social al que se pertenece y los aprendices se apropian de las prácticas y herramientas culturales a través de la interacción con miembros más experimentados. Desde esa perspectiva entonces, vuelve a adquirir importancia el proceso de andamiaje del estudiante con el docente y sus pares en el que la negociación mutua y la construcción conjunta de saberes dan lugar a un modelo de enseñanza situada, ajustada a las necesidades del alumno y del contexto, en el que se promueve un aprendizaje colaborativo y reciproco.

En contraposición al individualismo metodológico que aparece como eje en la mayoría de las teorías del aprendizaje, el método constructivista, basado en el andamiaje y el aprendizaje situado, toma como unidad básica de análisis la acción recíproca, es decir la actividad de las personas que actúan en contextos determinados. Así, a manera de síntesis, considerando la perspectiva de la cognición situada, el aprendizaje se entiende como los cambios en las

formas de comprensión y participación de los sujetos en una actividad conjunta, un proceso multidimensional de apropiación cultural, ya que involucra el pensamiento, la afectividad y la acción (Baquero, 2002).

Los **enfoques socioculturales** representados por Vigotsky y sus colaboradores más cercanos (Luria y Leontiev), propusieron una nueva forma de concebir los procesos psicológicos, proponiéndolos como el resultado de la interacción del individuo con su medio social y cultural en un momento histórico determinado, dando una importancia fundamental a la actividad humana, que trasciende el medio social (García Labandal, 2017; Salas, 2001). Se interpreta así al aprendizaje, como una actividad social, que posee una producción y reproducción del conocimiento a través de la cual los sujetos asimilan los modos sociales de acción y de interacción.

Como señala Moll (1993), para Vigotsky la educación implica el desarrollo potencial del sujeto y la expresión y el crecimiento de la cultura humana, de esta forma al articular los procesos psicológicos y los socioculturales, aseverando que el plano social se encuentra por delante del psicológico, es decir que, según el autor citado, las fuentes del desarrollo psíquico de la persona no están en el sujeto mismo sino en el sistema de sus relaciones sociales, de su comunicación con los otros. Esta arista innovadora generó un cambio conceptual en educación.

El concepto vigotskyano de mayor aplicabilidad en el campo educativo, es la zona de desarrollo próximo (ZDP) (Salas, 2001). Este concepto "designa las acciones del individuo que al inicio él puede realizar exitosamente sólo en interrelación con otras personas, en comunicación con éstas y con su ayuda pero que luego puede cumplir en forma totalmente autónoma y voluntaria". De esta manera, toma en cuenta los dos niveles de desarrollo del estudiante en cuanto a los procesos de enseñanza y desarrollo, el real y el potencial para promover el avance y autorregulación mediante las actividades de colaboración (Salas, 2001).

Durante la intervención en la formación de los **profesionales de la salud**, se pone en práctica el concepto mencionado, al generar las características para crear zonas de desarrollo próximo-ZDP, estableciendo situaciones problemáticas con un nivel de dificultad, proporcionando el desempeño con ayuda guiada y por sus pares y obteniendo luego un

desempeño independiente. Se promueven así, los niveles de avance y autorregulación contribuyendo a crear zonas de desarrollo próximo, generando una especie de diálogo entre lo que se puede hacer hoy y lo que se es capaz de hacer mañana y haciendo cuestionar a los estudiantes los significados que poseen para que los modifiquen y se desarrollen plenamente a través de la crítica, la reflexión, la cooperación, en el que el ambiente y las interrelaciones juegan un papel fundamental.

En cuanto al **enfoque cognitivo**, el aprendizaje es concebido como un proceso de adquisición, reestructuración o cambio de las estructuras cognitivas, en el que los fenómenos cognitivos juegan un papel preponderante: la percepción, la atención y la memoria, a partir de una interpretación dinámica de estos fenómenos y no estática como venía apareciendo a través de la psicología educacional tradicional.

La educación, como menciona Herrera Clavero (2001) se enfrenta al gran reto de transmitir los conocimientos, relacionando lo teórico con la vida real, escapando del modelo conductivista interesado en el almacenamiento de la información, la perspectiva cognitiva busca el procesamiento de esta, involucrando no sólo el modo en que el profesor presenta la información sino también el modo en que el estudiante la procesa, la interioriza y la guarda.

Surgen así, varias clasificaciones de habilidades cognitivas, pero el autor mencionado las define como:

Habilidades cognitivas: son las facilitadoras del conocimiento, que operan directamente sobre la información. Recogiendo, analizando, comprendiendo, procesando y guardando la información en la memoria para, luego poder recuperarla y utilizarla dónde, cuándo y cómo convenga. Se agrupan en:

Atención: exploración, fragmentación, selección y contra distractoras.
Comprensión: captación de ideas, subrayado, traducción del leguaje, gráficos.
Elaboración: preguntas, metáforas, analogías, organizadores, apuntes y mnemotecnias.
Memorización y recuperación: codificación y generación de respuestas.

Habilidades metacognitivas: son las facilitadoras de la calidad y la cantidad del conocimiento que se tiene (productos), su control, su dirección y su aplicación a la resolución de problemas, tareas, dificultades (proceso) para lograr sus metas. Se agrupan en:

*Conocimiento del conocimiento***:** de la persona, la estrategia y la tarea

*Control de los procesos cognitivos***:** planificación, autorregulación, evaluación, reorganización y anticipación.

Los estudiantes, van desarrollando las estrategias de aprendizaje al llevar a cabo una serie de operaciones cognitivas para organizar, integrar y elaborar la información en su estructura cognoscitiva de la manera más efectiva posible. Estas secuencias de actividades serán la base para la realización de tareas intelectuales que faciliten la adquisición, almacenamiento y aplicación de la información.

Se pone en juego, entonces, el otro concepto propuesto por los cognitivistas que son **las estrategias metacognitivas**, que hacen referencia a la conciencia y el conocimiento del estudiante de sus propios procesos cognitivos (saber qué) y por otra parte a su capacidad de control de esos procesos en cuanto a su persona, la tarea y las estrategias (saber cómo).

Las habilidades y estrategias metacognitivas deben enseñarse simultáneamente a la enseñanza de los contenidos de las diferentes materias (Hartman y Stenberg, 1993 citado por Herrera Clavero, 2001), integradas en los métodos de interacción didáctica, una parte de ellas se centran en los docentes y otras corresponde su desarrollo a los propios estudiantes.

El valor teórico y práctico de este concepto es más que evidente, ya que la metacognición da lugar al protagonismo del estudiante y su posibilidad de aplicar diferentes estrategias metacognitivas útiles para la adquisición, empleo y control del conocimiento. Ser tan conscientes de sus estrategias de pensamiento como lo son de sus intentos de mantener la información en la memoria a través de planificar, predecir, comprender, comprobar, verificar (como mencionamos en párrafos anteriores).

Así entonces, desde un enfoque cognitivo, en esta intervención resulta importante el desarrollo de los **profesionales de la salud** en formación cuando se sienten agentes de su propio comportamiento, estando automotivados, usando estrategias de aprendizaje para lograr resultados académicos deseados, autodirigiendo la efectividad de su aprendizaje,

evaluándolo y retroalimentándolo, es decir, poniendo en marcha un nuevo constructo conocido como *aprendizaje autorregulado* (Herrera Clavero, 2001).

4-Dispositivos de Formación

4.1 Introducción:

La problemática relacionada con el desarrollo profesional y la socialización del mismo en la actualidad, su inserción y capacidad para cumplir con los objetivos esenciales de contribuir en la mejoría de los factores que intervienen para generar un bienestar social, llevan al replanteo del saber acerca del enseñar. El pasaje inicial del conocimiento a la acción, a la reflexión en la acción, para acceder finalmente a la reflexión sobre la acción (García Labandal, Meschman, Garau, 2015) se complejiza en un espacio de múltiples negociaciones que forman parte del desarrollo profesional de los que enseñan.

Foucault (1977 citado por García Labandal, González y Meschman, 2017) entiende al **dispositivo** como una red que vincula un conjunto de elementos heterogéneos en un juego de las relaciones de poder y de saber, sosteniendo un carácter estratégico. En otras palabras, el **dispositivo** no sólo se define por los elementos (discursos, instituciones, decisiones reglamentarias, enunciados científicos o proposiciones filosóficas), sino también por la propia red que se establece entre ellos.

Cuando este dispositivo hace referencia al campo de la formación, se da a llamar **dispositivo pedagógico**, por el propio autor mencionado, que lo define como un conjunto de reglas creadas para la apropiación de otros discursos, para distribuirlos, recontextualizarlos y evaluarlos.

Por su parte Souto (1999) refiere al **dispositivo pedagógico** como un instrumento complejo, constituido por una combinación de componentes heterogéneos que tiene disponibilidad para generar desarrollos previstos e imprevistos y para poder ser proyectado, instalado, realizado y analizado. Plantea un predominio técnico, considerando también otras dimensiones y dispone de componentes variados y diversos en función de una intencionalidad pedagógica: facilitar el aprendizaje.

De esta forma el dispositivo pedagógico se convierte en un organizador técnico, que interviene en las condiciones para su puesta en práctica y realización: espacios, tiempos, recursos materiales y humanos, ambientes propicios para su desarrollo. Puede operar con lo incierto y aleatorio y está preparado para la versatilidad continua, por lo que el docente está preparado para que, ante lo inesperado, tener la habilidad de integrarlo para modificar o enriquecer la acción.

En definitiva, este instrumento organiza la experiencia formativa para que las personas que participan puedan generar un cambio a través de la interacción consigo mismo y con los otros, adaptándose a situaciones cambiantes, apropiándose de saberes nuevos, desarrollando disposiciones y construyendo capacidades para la acción.

Los dispositivos pueden ser pensados desde dos aristas diferentes:

-*Dispositivos basados en narraciones*: consisten en la producción de relatos escritos como medio para acceder a la experiencia subjetiva de los estudiantes, para que puedan tomar como objeto de reflexión, su propia historia de formación, creencias, prejuicios, conocimientos previos y esquemas de acción adquiridos de forma consciente o no, posibilitando una toma de conciencia que permitirá mejorar las prácticas, decisiones y acciones. Se incluyen dentro de estos dispositivos el diario de formación y la autobiografía.

-*Dispositivos basados en interacciones*: son aquellos que privilegian el intercambio y la confrontación entre pares. Incluyen talleres de integración, microclases, grupos de reflexión y tutorías individuales. Como forman parte nodal de la modalidad del desarrollo de la intervención planificada, su descripción en mayor detalle merece un apartado.

4.2-Dispositivos de interacción:

Formar parte de una comunidad, compartir significados y reflexiones con otros pares y prácticos más experimentados, nos aleja de la práctica lineal y unidireccional del saber cerrado y racional (García Labandal, Meschman y Garau, 2015).

Los dispositivos de interacción son propuestas que favorecen el ejercicio de la observación, el desarrollo de competencias comunicativas, la oferta y recepción de retroalimentaciones, la integración de conocimientos de diferentes disciplinas y la articulación entre la teoría y la práctica (García Labandal, 2017). El objetivo de ese intercambio se basa en hacer

perceptibles aquellos movimientos que surgen tras reconstruir los procesos de apropiación, reproducción, negociación, resistencia, intercambio, creación, emancipación, que se producen en y entre los sujetos y las situaciones en las prácticas formativas.

Davini, (2009) señala el valor educativo de las prácticas docentes a través de dispositivos de interacción, resaltando la valorización de la práctica como fuente de experiencia y desarrollo, la importancia de los intercambios situados entre los sujetos, el papel docente como constructor de la experiencia, la diversidad de situaciones en las aulas y su complejidad, el papel de la reflexión sobre las prácticas, la dimensión artística de la docencia por sobre la técnica.

Con el fin de sostener esta modalidad de colaboración, intercambio, flexibilidad y reflexión, la metodología de enseñanza se orienta con intencionalidad hacia la selección de estrategias que preserven no sólo la llegada a nuestro objetivo sino también al modelo de profesional que estamos contribuyendo a formar.

Concibiendo a las estrategias en su esencia más pura como el conjunto de acciones identificables orientadas a fines amplios y generales, que actúan como puente para alcanzar nuestras metas.

4.2.1- ***Las estrategias de enseñanza*** *pueden pensarse* como el conjunto de decisiones que toma el docente para orientar la enseñanza con el fin de promover el aprendizaje de sus alumnos. Se trata de orientaciones generales acerca de cómo enseñar un contenido disciplinar considerando qué queremos que nuestros alumnos comprendan, por qué y para qué (Anijovich, 2009).

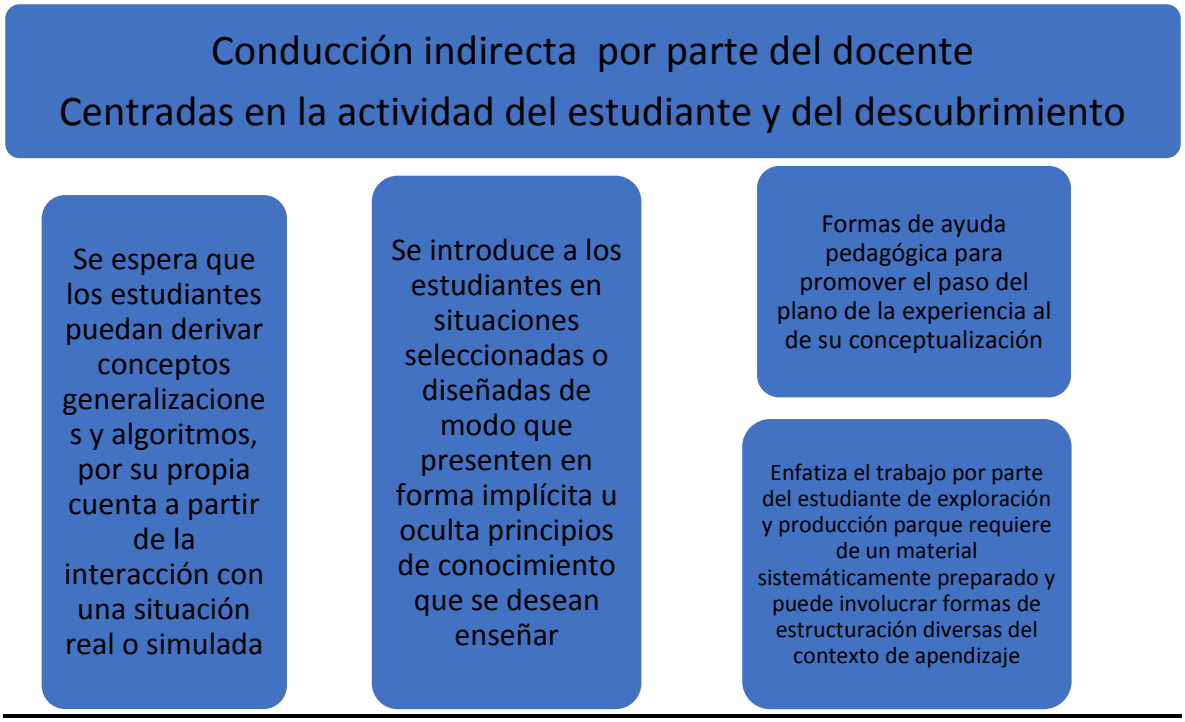
Los componentes de las estrategias se basan en algunas características fundamentales como lo son:

- La consideración teórica o perspectiva del conjunto del proceso con un enfoque que le da direccionalidad al conjunto de acciones.
- La finalidad o meta por perseguir como objetivo deseado.
- La secuencia planificada de acciones, adaptativa, capaz de sufrir modificaciones en cuanto a los sujetos, los contenidos, las condiciones espacio temporales.
- La realidad contextual donde se sitúa y se articula la meta con la acción.

- Los agentes y personas implicadas que tienen un papel determinante, ya que no se trata sólo de acciones sino de acciones llevadas a cabo por y para personas, en la que la actitud de las personas implicadas juega un rol fundamental en el logro de la meta
- La funcionalidad y la eficacia, la coherencia y pertinencia le dará la validez que se pretende.

Siguiendo el análisis que fundamenta la metodología empleada, si bien existen diversas clasificaciones, las estrategias de modo general según el actuar del docente y el alumno se pueden diferenciar entre aquellas basadas en la **enseñanza directa** y aquellas **centradas en el descubrimiento o indirectas,** es sobre estas últimas que orientaremos nuestra planificación.

Estrategias indirectas: Características



- **El estudio de casos**
- **El aprendizaje basado en problemas**
- **La indagación**

Al considerar los componentes antes mencionados, las características de los alumnos en formación, el contexto espaciotemporal y en coherencia con los ideales y metas a los que intentamos arribar, la estrategia de estudio de casos presenta una opción que permite acercarnos a los diferentes aspectos y abordajes que se perfilan en nuestros propósitos.

4.2.2 Estudio de casos

- ***El método de casos enseña basado en casos, instala al participante dentro de una situación real y le da la oportunidad de dramatizar sus propios enfoques y sus decisiones, lo cual lo prepara para la acción.***

- **Características generales:**

  - Supone el empleo de una herramienta denominada caso.

  -Un caso es un instrumento educativo complejo que reviste la forma de narrativa.

  -Los casos tienden a ser interdisciplinarios.

  Un caso es la escenificación de una determinada situación, que se interrumpe deliberadamente en el momento en que es preciso arbitrar una solución o asumir un rol protagónico (Wasserman, 1994)

  -Los casos pueden considerarse tipos especiales de problemas. Interpretando que un

  problema es una situación que requiere una solución y no se posee un camino rápido y directo para solucionarlo.

  -Presentan una serie de datos a analizar, tienen incógnitas y requieren llegar a alguna solución sorteando algún obstáculo.

◉ **Componentes del Estudio de casos**



◉ **Propósito:**

Dar a los estudiantes la oportunidad de adquirir un entendimiento generalizado de los problemas que pueden encontrar, y de ayudarles a desarrollar habilidades y destrezas para su solución, de una forma sistemática, que conduzca a soluciones viables.

◉ **Características del caso:** el caso es la presentación de una situación problemática que requiere tratamiento y solución, a través de una construcción didáctica con una metodología, un "trozo de realidad en el aula" que permite ver la brecha entre la situación de formación, la realidad y los dispositivos que se necesitan para sortearla.



◉ **Momentos de desarrollo:**

-Relato: se construye en torno de grandes ideas, o puntos importantes que merecen un estudio a fondo, alrededor de eventos que tienen consecuencias, eleva las tensiones entre puntos de vista en conflicto, los personajes que intervienen no son estereotipos, generan preocupación, generan dilemas éticos.

El caso lleva a los alumnos a analizar en el aula un "trozo de realidad", que debe ser desmontada, montada, armada y desarmada de modo que los estudiantes comprendan la situación analizada. *Un caso es el punto de partida para la indagación.*

-Preguntas críticas/Consignas críticas

Al final de cada caso se presenta una lista de preguntas que obliga a los alumnos a revisar y analizar ideas importantes y problemas relacionados con el caso.

-Deben posibilitar: la reflexión de los alumnos, buenas comprensiones y deben alejarse de aquellas preguntas formuladas para obligar a los alumnos a recordar una información y que brinden una respuesta específica.

-Trabajo en pequeños grupos: los alumnos deben tener la oportunidad de discutir en pequeños grupos las respuestas que darán a las preguntas críticas.

-Trabajo en el grupo amplio: es fundamental considerar la puesta en común en la clase en general (de las respuestas elaboradas por los alumnos y los grupos de alumnos a las preguntas del caso). Se buscan respuestas elaboradas, las caracteriza su calidad y riqueza en el contenido de las respuestas: no se trata de respuestas breves, formuladas en términos de una oración.

◉ **Rol del alumno**: se desarrolla como personaje real, ya sea actor o afectado en el caso. Es tomador de decisiones con la sobrecarga y presiones que ello conlleva y evaluadores de las decisiones y soluciones que proponen los demás. Los alumnos deben "estar" en la situación, dominar las relaciones complejas y obtener la información pertinente, relacionada con su campo profesional.

- **Modalidades de enseñanza**

-El estudio de casos permite la puesta en marcha de un método de formación basado en la **simulación,** la cual también se pone en funcionamiento en otros momentos del seminario a través del **role playing** como estrategia para desarrollar los contenidos procedimentales.

Simular se define como "analogía o representación desarrollada y precisa de una realidad particular". Apunta centralmente a hacer posible la adquisición y desarrollo de operaciones intelectuales superiores en un ámbito protegido en el que lo incorrecto, incompleto, inoportuno, inconsistente, se incluyen como elementos aptos para reconstruir aprendizajes.

De eta formas, a través de esta modalidad, el estudiante toma los saberes disponibles y se dispone a posibilitar su transferencia a la acción, al saber-hacer, y al saber-ser.

-El **trabajo en grupo**, es una de las modalidades organizativas que se desarrolla durante el proyecto, en varios momentos de este, con especial énfasis durante el estudio de casos. A través del aprendizaje cooperativo que se genera en estas instancias, el éxito de cada alumno depende de que el conjunto de sus compañeros alcance las metas fijadas, con incentivos grupales, la consecución de estas metas requiere desarrollo y despliegue de competencias claves para el desempeño profesional (De Diaz Miguel, 2005). En este espacio, los alumnos son responsables de su aprendizaje y el de sus compañeros, en una estrategia de corresponsabilidad para alcanzar sus objetivos y que es apropiada para adquirir competencias respecto a la interacción entre pares, la resolución de problemas y la adquisición de actitudes y valores.

-<u>Ventajas de la anidación de ambos métodos</u>:

La puesta en marcha de ambas modalidades permite la potencialización de adquisición de Habilidades analíticas, una preparación consciente y fundamentada, el entrenamiento en roles grupales, refuerzo de las argumentaciones, fundamentación de los juicios, expresión clara, precisa y convincente de las ideas, tendencia a un punto de equilibrio entre hacer valer una posición adoptada "a ultranza" y una "buena escucha" a las propuestas de los colegas, aprender a escuchar.

-Fundamentación de la eficacia del método sobre el estudiante:

Desarrolla mejor sus capacidades mentales evaluando situaciones reales y aplicando conceptos que si lo hiciera, aprendiendo estos mismos conceptos simplemente a partir de ejemplos teóricos que están con frecuencia alejados de la vida real.

Aprende a desarrollar nuevos conceptos, habilidades y competencias y a aplicar aquellos ya establecidos a situaciones novedosas. Por tanto, estará mejor preparado que los que sólo hayan aprendido de memoria los conceptos existentes.

Asimila mejor las ideas, conceptos, habilidades y competencias que utiliza en el transcurso de la resolución de los problemas surgidos de la realidad documentada en los casos.

El análisis profundo de la teoría y la práctica lleva a convertirlo desde un proceso reflexivo, a un aprendizaje significativo al tener que analizar y demostrar la resolución de casos, las decisiones tomadas, las técnicas y recursos implementados.

La búsqueda de la interpretación completa comprensión del caso lleva a un aprendizaje activo que trasciende los límites del propio espacio de enseñanza. Aprendizaje.

Por otra parte, la interacción generada a través del trabajo grupal otorga fundamentación propia que merece ser resaltada en varios aspectos como:

Prioriza la cooperación y colaboración frente a la competición.

Es apropiada para la adquisición de competencias respecto a la interacción entre iguales, la resolución de problemas y la adquisición de actitudes.

Desde el enfoque cognitivo, se enfatiza la propia interacción entre iguales para aprender mejor unos de otros, por justamente, poseer niveles similares de competencia-"zona de desarrollo próximo"-.

Los componentes que se destacan tienen que ver con:

- el desarrollo de una interdependencia positiva en la que cada miembro es responsable del éxito del grupo.
- la interacción cara a cara entre pares, compartiendo, se ayudan, se refuerzan.
- La responsabilidad individual, ya que cada uno es responsable de los logros, asumiendo como propias las resoluciones consensuadas.

- Habilidades inherentes al trabajo en grupo que el alumno debe adquirir, desarrollar y emplear habilidades al respecto
- Evaluación de resultados y del proceso, puesto que el grupo debe reflexionar acerca de las actividades y los resultados obtenidos.

En definitiva, el valor de estas estrategias radica principalmente no sólo en el tipo de habilidades cognitivas que se promueven en los alumnos como fue ampliamente detallado, sino también en su adaptabilidad para el uso en distintas áreas del conocimiento.

Por otra parte, la posibilidad de vincular distintas áreas y distintos temas curriculares, guardando las características del aprendizaje situado y el tipo de vínculo que genera entre profesor y alumnos, alumnos entre sí, y con el conocimiento, convirtieron a estas estrategias en los ejes de acción durante el desarrollo de nuestra intervención.

Después de todo como mencionan Stigliano y Gentile (2006) "*EI mundo imaginario es el espacio o el escenario donde se gestan otras conductas humanas, pero también es el lugar donde se transforman y cambian de signo los acontecimientos del mundo real"*.

Parte B

2-Reflexión sobre la praxis

Pensar y reflexionar…en algunos contextos ambas palabras parecen intercambiables. Pero si queremos diferenciarlas diremos que la reflexión indica cierto distanciamiento (Perrenoud, 2001). En las ciencias humanas, muchas veces esta distinción no es tan sencilla, sin embargo, la corriente desarrollada por Schôn (1998 citado por Perrenoud, 2001), distingue entre la reflexión *en la acción* y la reflexión *sobre la acción.*

La reflexión *en la acción* consiste en preguntarse lo que pasa o va a pasar, lo que podemos hacer, reflexionar sobre la situación, los objetivos, los medios, los recursos, la mejor táctica, los riesgos, las precauciones. En cambio, según el autor mencionado, reflexionar *sobre la acción* es tomar la propia acción como objeto de reflexión, con el fin de comprender, aprender e integrar "lo sucedido". Así entonces, reflexionar no se limita a una evocación, sino que pasa por una crítica, un análisis que permite anticipar y preparar ante lo imprevisible.

Al aplicar estas ideas sobre la construcción y la génesis de este proyecto de intervención, resulta imposible separarlo del inmenso caudal recibido durante la formación en la especialidad en docencia universitaria, durante esta etapa de "profesionalización" del oficio de enseñar.

La idea nodal de este proyecto de intervención se gestó desde lo más íntimo de una trayectoria en el ejercicio profesional de más de 18 años centrada en la práctica de la especialidad de gastroenterología infantil en forma ininterrumpida, en centros de alta complejidad.

Ver crecer a los pacientes con patologías crónicas, complicadas, a la par de la evolución de la tecnología y los conocimientos, verlos llegar a las edades de adolescencia caminando hacia la atención del especialista de adultos. Observar entonces, a especialistas Gastroenterólogos de adultos científicamente calificados, pero con dificultades en el manejo y seguimiento de estos pacientes, dejó a la luz un espacio por llenar.

La profesión sirve para dar respuesta de las necesidades de los sujetos, estas respuestas-ejercicio profesional, no se conciben sin la responsabilidad a la que éstas obligan. (Webber,1944).

Así entonces, esta idea, esta sensación de brecha hubiera continuado siendo una incógnita, una pregunta más con pobres respuestas, si la carrera de formación docente no hubiera otorgado el molde de base, las columnas, los cimientos para generarle a este problema un posible puente hacia una solución.

Se potencia de esta forma, una arista diferente de abordaje, a través de la intervención en la formación de los profesionales médicos de la carrera de Especialistas en Gastroenterología, otorgándoles habilidades de nuevos conocimientos, actitudes y procedimientos, de las que pueda disponer ante los pacientes con patología crónica, derivados del especialista infantil.

Una de las columnas que sostiene las redes en las que se entreteje este proyecto de intervención, asienta en los principios de la cognición situada, en la que aprender y hacer son acciones inseparables (Diaz Barriga, 2003) y cuyo principio nodal se enfoca en que los estudiantes deben aprender en el contexto pertinente.

Otro de los pilares de soporte, se involucra con la visión vigotskiana y pretende generar un espacio en que los aprendices se apropien de las prácticas y herramientas culturales en una interacción permanente con el docente y sus pares promoviendo un aprendizaje colaborativo y recíproco. De esta forma, en este proyecto, se persigue resaltar la importancia que la aproximación tiene, en cuanto al proceso de andamiaje, la negociación mutua de los significados y la construcción conjunta.

Es decir, aspira a que el aprendizaje sea comprendido como un proceso multidimensional de apropiación cultural, en una experiencia que involucra el pensamiento, la afectividad y la acción (Baquero, 2002).

El método inductivo, a través de estrategias indirectas, que se centraron en la resolución de casos, preparación de talleres, actividades y la simulación, resultaron otro cimiento de este proyecto de intervención en el que se aspira la formación de un estudiante que pueda analizar, las situaciones, elegir conductas, construir alternativas viables, aplicar e integrar los conocimientos, motivar la búsqueda de soluciones y poder desarrollar actividades.

La red, el entretejido en cuya construcción, todos participan activamente se convierte así, en un espacio de reflexión, de fomento del pensamiento crítico y la toma de conciencia. En un lugar en el que el diálogo, la discusión grupal, y la cooperación resultan centrales y

terminan haciendo de esta red una especie de puente en la solución de este problema que afecta el desarrollo del actuar profesional.

Por último, resulta imposible sentir completo este espacio de reflexión sin apelar a la memoria, *"la memoria es selectiva, omite ciertas informaciones, agrega otras, archiva versiones de hechos que valoramos como positivas y rechaza otras versiones sin tener necesariamente conciencia de este proceso" (Anijovich, 2009).*

Esta poderosa herramienta que da lugar al análisis de lo sucedido, me lleva a recorrer un camino que me animó a analizar y discutir las Ley Universitaria, a descubrir que se puede abrir una clase con un juego, dividirnos en grupos y comprender que el mismo objeto tiene varias lecturas, a entender que "el pulgar" de los jóvenes es una herramienta que debe integrarse a las prácticas, a concebir la necesidad de dar vuelta la clase durante la marcha en escucha de las necesidades, a descubrir la importancia de la planificación, la observación, la elección de la estrategia, la evaluación formativa, abrazados todos por la contextualización y la presencia de un curriculum que pugna por ser flexible.

Apelando a la memoria, queda en claro que este recorrido que me dio incontables regalos, que me permitió conocer los modelos, armar microclases, sentirme docente a través de las prácticas, que me animó a entender de investigación y me motivó a generar un proyecto donde situar todos esos regalos recibidos durante la especialización. Este trayecto de dos años en el que me sentí tan acompañada no fue sólo una experiencia formativa en su máxima expresión, fue gratificante, tan gratificante como esta profesión de dar, dar de la mejor manera, dar para que construyan, para que investiguen, para que sean libres o simplemente…dar.

Parte C

ANEXOS

Índice de ANEXOS:

ANEXO 1: Programa de la Carrera de Médico Especialista en Gastroenterología Programa de Residencia, Concurrencia y Becario de Gastroenterología Hospital de Agudos Carlos Durand. Ciudad Autónoma de Buenos Aires Asociado a la Universidad de Buenos Aires (UBA).2019.

ANEXO 2: Programa de la Carrera de Médico Especialista en Gastroenterología Sociedad Argentina de Gastroenterología. Escuela de graduados.2018.

ANEXO 3: Caso Clínico N°1- Encuentro N|°1

ANEXO 4: Caso Clínico N°2- Encuentro N°1

ANEXO 5: Caso Clínico N°3- Encuentro N°2

ANEXO 6: Caso Clínico N°4- Encuentro N°2

ANEXO 7: Caso Clínico N°5- Encuentro N°3

ANEXO 8: Caso Clínico N°6- Encuentro N°3

ANEXO 9: Caso Clínico N°7- Encuentro N°4

ANEXO 10: Caso Clínico N°8- Encuentro N°4

ANEXO 11: Caso Clínico N°9- Encuentro N°5

ANEXO 12: Caso Clínico N°10- Encuentro N°5

ANEXO 1 Programa de la Carrera de Especialista en Gastroenterología -Síntesis.

HOSPITAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND

CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

PROGRAMA DE

Residencia en Gastroenterología

Concurrencia en Gastroenterología

Becario en Gastroenterología

Actualización: AÑO 2019

1 DATOS GENERALES

2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROGRAMA

3 OBJETIVOS GENERALES DE LA RESIDENCIA

4 DESARROLLO DEL PROGRAMA POR AÑO DE FORMACIÓN

5 MODALIDAD DE EVALUACIÓN

4. DESARROLLO DEL PROGRAMA POR AÑO DE FORMACIÓN

Este programa de formación prevé instancias de supervisión

Permanentes.

Actividad Formativa Asistencial
Actividad Formativa Teórica
Actividad Formativa en Investigación

RESIDENTE 1º AÑO

4.1.1.2 CONTENIDOS: Criterios de internación y confección de historia clínica. Clínica del paciente. Signos vitales. Semiología. Seguimiento.

Solicitud de estudios complementarios, su indicación oportuna e Interpretación de resultados. Recolección de muestras biológicas. Normas de bio seguridad en la Recolección y transporte de muestras. Procedimientos manuales básicos: accesos venosos, punción arterial, Punción lumbar, colocación de sonda naso gástrica, colocación de sonda Vesical, ventilación con ambú, reanimación cardiopulmonar. Relación médico-paciente (incluvendo a su familia).

RESIDENTE 2º AÑO

4.2.1.2 CONTENIDOS Confeccionar la historia clínica. Estado clínico del paciente. Estudios complementarios e interpretar los resultados. Síndromes clínicos más frecuentes en Gastroenterología y Hepatología. Algoritmos diagnósticos/terapéuticos. Intubación naso enteral para soporte nutricional. Asistir a los ateneos (Gastroenterología, Anatomía Patológica y Clínica). Presentación de casos en Ateneos del Servicio u Hospitalario. "Clases Programadas" del año dictadas por médicos de planta ó residentes. De 2º, 3º y 4º año, que incluyen los aspectos relacionados con Grandes Síndromes y Urgencias (fisiología, diagnóstico y tratamiento). Clases de Endoscopía: clases de Técnica con videos, a cargo del Jefe de Residentes, uso y manejo del instrumental; y nomenclatura a cargo de médicos del Staff. Evaluar en forma global al paciente. Evaluar y seguir desde el punto de vista clínico-gastroenterológico al Paciente internado**.** Diagnóstico y tratamiento de las hepatopatias crónicas más prevalentes. Cirrosis no complicada Síndrome ascítico edematoso. Encefalopatía hepática. Hipertensión portal y sus complicaciones Falla hepática aguda. Colestasis Indicación y momento del trasplante.

RESIDENTE 3º AÑO

Realizar e interpretar estudios endoscópicos diagnósticos y terapéuticos, Programados y de urgencias Estarán a cargo de la realización de las Video colonoscopias diagnósticas y de enseñar a los residentes menores, las técnicas de endoscopia digestiva alta. Iniciaran la realización de terapéuticas altas simples, principalmente el tratamiento de HDA. Primer año del curso bianual de la Carrera de Especialista Universitario de la Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE)-**RESIDENTE 4º AÑO**

Capacitarse en los estudios del hígado, vía biliar y páncreas. Realizar e interpretar estudios endoscópicos diagnósticos y terapéuticos Programados y de urgencias. Reconocer litos en vía biliar, estenosis, fístulas, patología neoplásica. Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada diagnóstica y terapéutica. Canulación de la vía biliar y papilotomía. Extracción de litos

ROTACIONES COMPLEMENTARIAS Obligatorias: **- DIAGNOSTICO POR IMÁGENES -HEPATOLOGIA - PROCTOLOGIA-MOTILIDAD** Opcionales: **CIRUGIA - NUTRICION- ONCOGASTROENTEROLOGIA**

ANATOMIA PATOLOGICA-ENFERMEDADES

INFLAMATORIAS-INTESTINO DELGADO-VIA BILIAR Y PANCREAS

ANEXO 2: Programa de la Carrera de Especialista en Gastroenterología SAGE

Escuela de Graduados- Período 2018-2020

Directores .

Dra. Beatriz Ameigeiras

Dr Alfredo Curras

CARRERA DE MEDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA

PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL 1º AÑO

PERIODO 2018 – 2019 PROGRAMA 1º AÑO

Modulo Esófago-Coordinador: Dr Jorge Olmos

6/6/18- Apertura. Abordaje del síndrome disfágico. Dr Juan Pablo Stefanol. Estudios por imágenes en patología esofágica. (SEGD, videodeglucion, tránsito Esofágico minutado, TC, RNM y neumo TC). Dr Mariano Loureiro.13/6/18-Estudios funcionales esofágicos. Manometria convencional y de alta resolución, Monitoreo ambulatorio de reflujo. Dr Jorge OlmosTrastornos motores esofágicos primarios y secundarios. Dr Mauricio Guzmán27/6/18-Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Dra Marta Piskor ERGE refractario a inhibidores de la bomba de protones. Dra Marta Piskorz4/7/18- ERGE con manifestaciones supra esofágicas. Diagnóstico y manejo. Dr Rodolfo Cort Esófago de Barrett. La anatomía patológica y los cambios histológicos en la ERGE y Barrett. Correcta interpretación de la displasia. Dr Cecilio Cerisoli/ Dra Miriam Galich

Modulo Estómago-Coordinador: Dr Rodolfo Corti22/8/18- Fisiologia gástrica. Secreción ácido péptica. Barrera mucosa gástrica. Funcion motoraGástrica. Dra Florencia Dulc Cancer gástrico. Detección precoz de lesiones preneoplásicas. Dr Guillermo Mendez29/8/18- Lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal. Enfermedad de Menetrier. CompromisoGástrico en pacientes con HIV+. Dra Judith D Ulcera péptica. Fisiopatologia clínica y complicaciones. Tratamiento medico Inhibidores de la bomba de protones. Efectos adversos con uso prolongado.

MODULO INTESTINO DELGADOCoordinadora: Dra Silvia Pedreira 10/10/18- Diarrea Crónica. Etiología y Fisiopatología.17/10/18- Microbiota - Disbiosis intestinal. Tratamiento ATBs - Pre y Probióticos. 24/10/18 - Insuficiencia intestinal: fisiopatología, manejo clínico y nutricional.Métodos Diagnósticos: Tránsito de ID, Entero RNM y Entero TAC. Dr. Alberto Seehaus

MODULO VIA BILIAR Y PANCREAS - Coordinador: Dr. Alfredo Curras

3/4/19 – Embriología y anatomía biliopancreática. Variantes anatómicas.CPRE: técnica e indicaciones.10/4/19 Diagnóstico por imágenes: RN Ecoendoscopía: indicaciones y resultados17/4/19 Litiasis biliar: historia natural.ComplicacionesLitiasis biliar: rol del tratamiento quirúrgico y endoscópico. 24/4/19 Estenosis de la vía biliar: presentación clínica y diagnóstica diferencial. Tumores de vesícula y vía biliar principal: tratamiento endoscópico. 8/5/19- Pancreatitis aguda. Manejo clínico. Complicaciones Rol de las imágenes TAC- Tratamiento endoscópico- Dra Elsa Bae15/5/19-Pancreatitis crónica. Pancreatitis recurrente. Panceatitis autoinmunInsuficiencia pancreáti Tumores quísticos – 22/5/19 Cancer de páncreas. Diagnóstico Utilidad de la ecoendoscopía PET Director: Julio Bai

CARRERA DE MEDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA

PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL 2do AÑO

PERIODO 2019 – 2020 PROGRAMA 2º AÑO

MODULO COLON Y RECTO Coordinador: Dr. Alfredo Currás

01/06/2019 Anatomía, Histología y Fisiología Flora habitual y sobrecrecimiento bacterian8/06/2019 Limpieza del Colon. Anatomía aplicada a la VCC.Colonoscopía VirtualIndicaciones y Resultados.15/06/2019 Trastornos motores del piso pelviano. Constipación. 29/06/2019 Diarrea Agud Colitis Pseudomembranosa06/07/2019 Enfermedad Diverticular. Colitis Isquémica. Lesiones Vasculares. 13/07/2019 Pólipos Colónico. Cáncer Colorrectal. Epidemiología, Clasificación y Estadificación. 22/06/20179 Megacolon Congénito y Adquirido.Pseudoobstruccion Intestinal. 03/08/2017 Endoscopía Terapéutica :(EMR), (ESD), Sindromes Hereditarios10/08/2019 Screening de Cáncer Colorrectal. Tratamiento de Cáncer Colorrectal17/08/2019 Hemorragia Digestiva Baja.Sindrome de Intestino Irritable. MODULO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS (EII) 12/10/20179JORNADAS DE ENDOSCOPIA TERAPEUTICA Coordinadora: Dra. Alicia Sambuelli 12/10/2019 JORNADAS DE ENDOSCOPIA TERAPEUTICA Coordinador: Dr. Salvador Aschkenazy MODULO PSICOSOMATICAS Y MOTILIDADCoordinadora: Dra Andrea Ventura MODULO NUTRICION Coordinador: Dr. Adrián GoldMODULO HIGADO Coordinadoras Dras. Diana Daciuk , Ines Alonso8/3/20 – 22/3/20 HBV, diagnóstico, clínica y tratamiento HCV, diagnóstico, clínica y tratamiento - 5/4/20HAI - CBP/CEP iEnfermedad hepática por alcohol - 12/4/20-NASH-19/4/20 Tumores Benignos – 26/4/20 Fisiopatología , cirrosisHDA Hipertension portal – 24/5/20 – Examen Módulo Hígado

Director: Julio Bai

ANEXO 3: Caso Clínico N°1 -Encuentro N°1

Agustina P. (Este caso es real, la historia clínica está a disposición en Sanatorio Franchín -UOCRA).

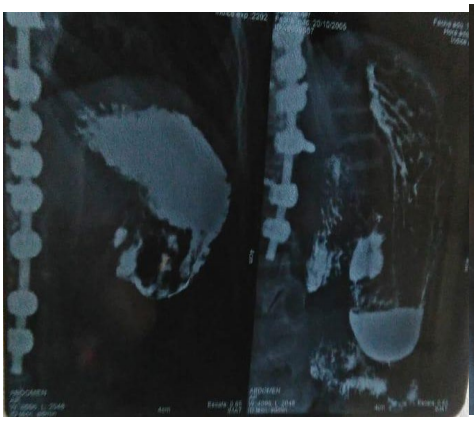
Motivo de Consulta: Es una paciente de 16 años, que presenta pirosis, dolor retroesternal de dos meses de evolución, que iniciaron esporádicos, pero evolucionaron a diarios, se intensificaron por la noche. Dificultad para la ingesta de semisólidos con sensación de atascamiento que progresó a líquidos. Pérdida de peso en los últimos 4 meses. Tos nocturna. No presenta vómitos, pero sí náuseas. Está acompañada por su madre, ambas angustiadas por la situación actual. Derivada por Gastroenterología Infantil hace 9 meses, pero no conseguían el turno, no pudo continuar su medicación de base.

Antecedentes Patológicos: -Atresia Esofágica Tipo III diagnosticada y operada en periodo perinatológica -Re- operada al mes de vida por dehiscencia de fístula

-Laringitis y broncoespasmos recurrentes

-Enfermedad por reflujo diagnosticada a los 7 años, en tratamiento médico desde entonces ciclado, pero con recurrencia de síntomas al intento de retiro del tratamiento. -Escoliosis operada a los 11 años de vida.

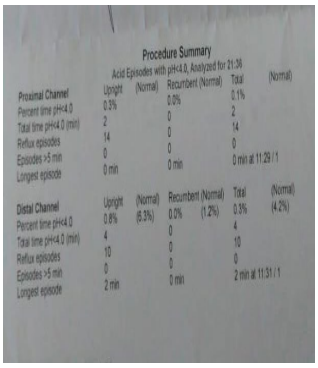
Datos Positivos al Examen Físico: Bajo peso, disfonía, TCS disminuido. Abdomen blando depresible con dolor en epigastrio a la palpación profunda y superficial, RHA+, sin visceromegalia, levemente distendido. Resto en límites normales. Trae estudios. **Ante el requerimiento de más información o preguntas pueden consultar al docente.**



S:E.G.D.



S.E.G.D.



PHmetría

Tras evaluar los antecedentes, datos, los síntomas y signos y los resultados de estudios entre los miembros del grupo, propongan: -opciones diagnósticas, -plan de estudios, -conducta terapéutica – interconsultas y -plan de seguimiento.

ANEXO 4: Caso Clínico N ° 2-Encuentro N°1

Thiago A. (Este caso es real, la historia clínica se encuentra en Sanatorio Trinidad Mitre).

Motivo de Consulta: Paciente de 17 años, discapacitado crónico severo traído por su madre en la silla de ruedas, porque presenta episodios de vómitos de 2 por día, hace 15 días, precedidos de náuseas, algunos post ingesta y otros no, de contenido alimentario y hace diez días tuvo uno con estrías de sangre que no repitió. Refiere que está más molesto que de costumbre, quejido nocturno, descansa mal, aumentó el babeo y se queja al pasaje de la leche. Es la primera vez que consulta a Gastroenterología de Adultos, seguido anteriormente por Infantil.

Antecedentes Patológicos: -Encefalopatía Crónica No Evolutiva (ECNE).

-Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) desde los 2 años de vida. En tratamiento crónico

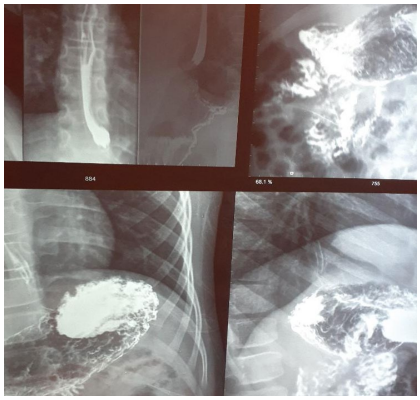
-Gastrostomía con Cirugía de Nissen (cirugía antirreflujo en período neonatal. -Broncopatías crónicas a repetición

- 6 Internaciones previas por neumopatías, deshidratación

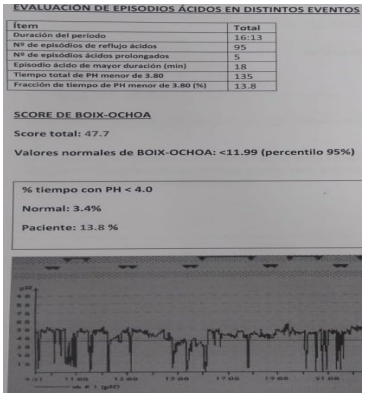
Datos Positivos al Examen Físico: Paciente con bajo peso y talla para edad, signos de desnutrición crónica, alimentado por gastrostomía, hipertonía, sólo responde a estímulos auditivos y visuales. Abdomen excavado, blando, depresible con RHA+, sin visceromegalia, impresiona doloroso en marco gástrico y se palpa cuerda cólica. Trae estudios. **Ante el requerimiento de más información o preguntas pueden consultar al docente.**



SEGD



S E G D



PH metría

Tras evaluar los antecedentes, datos, los síntomas y signos y los resultados de estudios entre los miembros del grupo, propongan: -opciones diagnósticas, -plan de estudios, -conducta terapéutica – interconsultas y -plan de seguimiento

ANEXO 5: Caso Clínico N ° 3 -Encuentro N°2

Dylan P. (Este caso es real, la historia clínica se encuentra en Sanatorio Franchín)

Motivo de consulta: Paciente de 16 años que concurre por dolor abdominal de dos meses de evolución que inició con episodio de vómitos tras ingesta de dieta hipergrasa y de alcohol, que desde entonces no mejora a pesar de los medicamentos. Pirosis durante las mañanas, ardor retroesternal y dispepsia luego de cada ingesta. Perdió peso en los últimos dos meses. Acompañado por su madre, quien refiere que el paciente fue seguido por el Servicio de Gastroenterología Infantil durante varios años, que desde los 14 no concurre y cuando quiso volver, ya no podía debido a la edad del paciente.

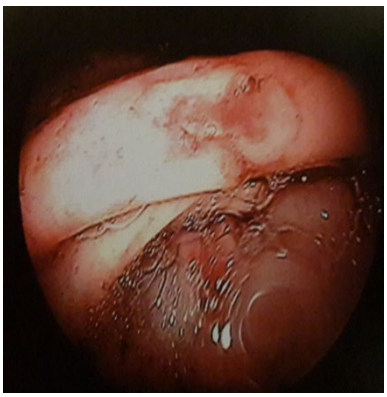
Antecedentes Patológicos: -Antecedente de una internación a los 10 años por una Úlcera duodenal que requirió resolución endoscópica

-Antecedente de una internación a los 14 años por una hemorragia digestiva secundaria a gastritis erosiva, con antecedente de ingesta de antiinflamatorios. -Antecedente de broncoespasmos a repetición de pequeño y alergias alimentarias. -Antecedente de episodios de anemias refractarias

-Abandono de la medicación y el control por gastroenterología infantil desde los 14 años.

Datos Positivos al Examen Físico: Paciente compensado, peso y talla acordes para la edad, presenta leve palidez cutáneo mucosa generalizada, con abdomen blando depresible con RHA+ sin visceromegalias, dolor a la palpación profunda en epigastrio y marco gástrico, que irradia hasta periumbilical. Sin visceromegalia. Relleno capilar normal, con frecuencia cardíaca y respiratoria conservadas, Resto del examen sin particularidades. Traen estudios.

Ante el requerimiento de más información o preguntas pueden consultar al docente.



Endoscopía a los 10 años



Endoscopía a los 14 años



Endoscopía a los 14 años

Tras evaluar los antecedentes, datos, los síntomas y signos y los resultados de estudios entre los miembros del grupo, propongan: -opciones diagnósticas, -plan de estudios, -conducta terapéutica – interconsultas y -plan de seguimiento

ANEXO 6: Caso Clínico N ° 4-Encuentro N°2

Astiz E. (Este caso es real y la historia clínica se encuentra en Sanatorio Franchin)

Motivo de Consulta: Paciente de 16 años y seis meses, traído por su mamá porque el niño posee discapacidad por Autismo. Refiere que Enzo presenta episodios de rumiación, a los que le continúan vómitos en algunas ocasiones, esto no es relacionado con las comidas ni la medicación de base, como no se expresa, ella lo nota más irritable y selectivo en el momento de comer. De noche lo escucha toser al acostarse. Tiene miedo porque de pequeño presentó estos síntomas y hubo que hacerle endoscopias de control tras lo cual recibió tratamiento prolongado con omeprazoles durante varios meses, por este motivo era seguido por Gastroenterología Infantil, pero hace un año que no lo lleva.

Antecedentes Patológicos: - Diagnóstico de Autismo desde los 3 años de edad, medicado por Psiquiatría por crisis de agresión reiteradas con varias diazepinas

-Endoscopia digestiva alta a los 11 años, con diagnóstico de gastritis severa por H.Pylori y esofagitis grado III, cumplió tratamiento de erradicación

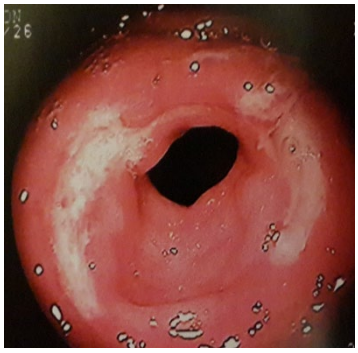
-Endoscopia a los 15 años con diagnóstico de esofagitis grado I y gastritis crónica en actividad con presencia de Helicobacter Pylori.

Datos Positivos al Examen Físico: Difícil realización del examen físico dado el rechazo a acostarse y responder. El abdomen impresiona blando, depresible con RHA+ sin visceromegalia, se logra palpar epigastrio que impresiona doloroso al igual que el marco gástrico, hiperflexión a la maniobra y rechazo de mano. Resto del examen físico en parámetros de normalidad. Buena progresión de peso y talla.

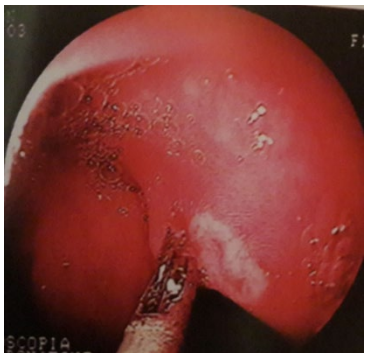
Ante el requerimiento de más información o preguntas pueden consultar al docente.



Endoscopía a los 11 años



Endoscopía a los 15 años



Endoscopía a los 15 años

Tras evaluar los antecedentes, datos, los síntomas y signos y los resultados de estudios entre los miembros del grupo, propongan: -opciones diagnósticas, -plan de estudios, -conducta terapéutica – interconsultas y -plan de seguimiento

ANEXO 7: Caso clínico N° 5 -Encuentro N° 3

Milagros S. (Este caso es real y la historia clínica se halla en el Hospital de Clínicas José de San Martín)

Motivo de consulta: Milagros tiene 18 años posee Sme de Down con retraso madurativo y es acompañada por su padre. Refiere el papá que tiene diagnóstico de Enfermedad celíaca desde los diez años de vida. Que presenta episodios de deposiciones diarreicas, 3 a 4 por día, mucosas, malolientes, que duran 7 a 10 días. Afebril, sin rescate de germen. La nota decaída, con abdomen distendido. Nota cabellos sueltos en la almohada.

Antecedentes patológicos: -Enfermedad celíaca diagnosticada a los 10 años de vida en Hospital Garrahan, en seguimiento hasta los 15 años, cumplía dieta libre de gluten hasta que los padres se separaron hace dos años. Posee un laboratorio de hace de hace dos años.

-Hipotiroidea diagnosticada hace 5 años en seguimiento por Endocrinología recibe medicación.

-Retraso madurativo, responde órdenes simples, pero no lee ni comprende el logo de los alimentos libres de gluten.

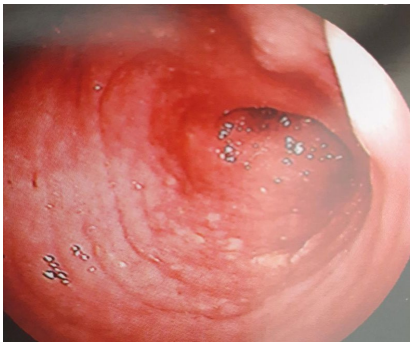
-Internada en dos oportunidades por episodios de diarrea que la llevaron a deshidratación.

Datos positivos al Examen Físico: Paciente con poco progreso de peso y talla con respecto al control hace dos años. Presenta piel seca, uñas descamadas. Abdomen blando depresible globuloso con leve distensión con RHA+, no se palpa visceromegalia, leve timpanismo, dolor a nivel periumbilical que irradia a flancos. Cabellos secos que quedan en la camilla.

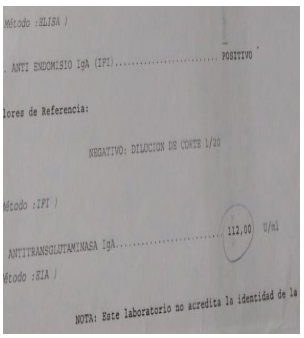
Ante el requerimiento de más información o preguntas pueden consultar al docente



Endoscopía diagnóstica



Endoscopia en crisis aguda



Laboratorio en crisis

Tras evaluar los antecedentes, datos, los síntomas y signos y los resultados de estudios entre los miembros del grupo, propongan: -opciones diagnósticas, -plan de estudios, -conducta terapéutica – interconsultas y -plan de seguimiento

ANEXO 8: Caso Clínico N ° 6 -Encuentro N°3

Diego S. (Este caso es real, su historia clínica se halla en el Sanatorio Trinidad Mitre)

Motivo de consulta: Diego tiene 17 años de edad y consulta por episodios de deposiciones líquidas 4 a 5 por día, de 48 horas de duración que presenta luego de la ingesta de leche, yogurt o crema. Estas deposiciones son explosivas, malolientes, y requieren urgencia para defecar, incluso mancha la ropa interior. Le dan puntadas tipo cólico, cuando termina de comer. Desde hace varios meses tiene lesiones en la piel, pruriginosas, en zonas de pliegues.

Antecedentes patológicos: -Antecedente de pequeño, presentó alergia a la proteína de la leche de vaca, que fue diagnosticada luego de una endoscopia por enterorragia, con resultado de enteropatía eosinofílica. Seguido por Gastroenterología infantil con dieta de exclusión.

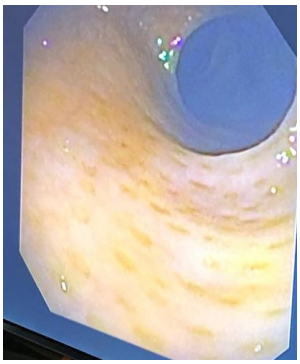
-A los 13 años, al entrar al secundario, tuvo un episodio de enterorragia, por endoscopia se diagnosticó Hiperplasia Nodular Linfoidea. Cumplió con las indicaciones por un año, pero luego se cansó.

-Dermatitis atópica desde los 8 años de edad, tratada por dermatólogo con evolución tórpida.

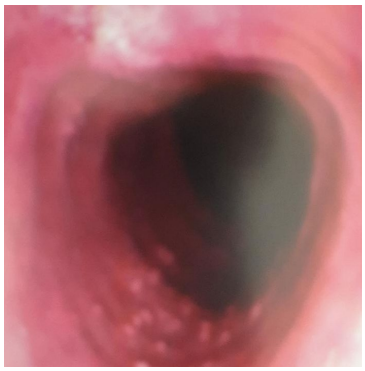
- Broncoespasmos a repetición que se exacerbaron este último año en que se mudó cerca de una agroquímica.

Datos Positivos al Examen Físico: Diego presenta peso en percentilo por debajo con respecto a la talla. Eutrófico. Abdomen blando, depresible sin visceromegalias, doloroso a la palpación profunda desde periumbilical irradia a flancos, con RHA+, algo aumentados y levemente distendido, sin signos de peritonismo. Es de destacar la presencia de lesiones en piel, descamadas, con zonas de rascado sobre todo en brazos y torso.

Ante el requerimiento de más información o preguntas pueden consultar al docente



Endoscopia diagnóstica



Endoscopia diagnóstica



Endoscopia en agudo

Tras evaluar los antecedentes, datos, los síntomas y signos y los resultados de estudios entre los miembros del grupo, propongan: -opciones diagnósticas, -plan de estudios, -conducta terapéutica – interconsultas y -plan de seguimiento

ANEXO 9: Caso Clínico N° 7 -Encuentro N°4

María Laura, R. (Este caso clínico es real y su historia clínica se encuentra en Sanatorio Franchín)

Motivo de Consulta: Paciente de 18 años que consulta por dolor abdominal periumbilical que irradia a hipogastrio, intermitente de más de dos meses de evolución, que se exacerba con los picantes y fritos. Las deposiciones son fétidas, con moco y a veces estrías de sangre. Tiene pujos, sensación de evacuación incompleta. Perdió tres kilos en los últimos meses, está inapetente. Por momentos subfebril. Desde que terminó el secundario, ya no toma la medicación como antes y le da vergüenza ir con el médico Gastroenterólogo de adultos que le asignó la obra social, por lo que no regresó a control el último año.

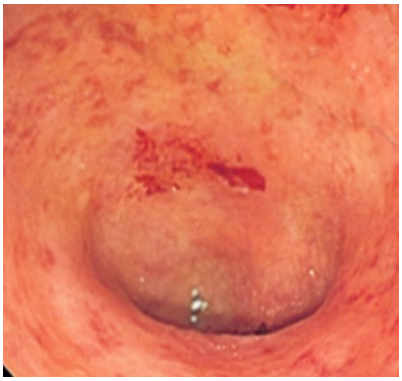
Antecedentes Patológicos: -Diagnóstico de Colitis Ulcerosa a los 10 años de vida, que debutó con enterorragia y anemia, que requirió internación y transfusión de sangre. Requirió tratamiento con corticoides y mesalazina. En principio refractaria, necesito inmunoterapia. Seguida por el Hospital Pediátrico luego continuó con gastroenterología en seguimiento estricto y supervisado, a partir de los 14 años, se logró disminuir la actividad de la enfermedad.

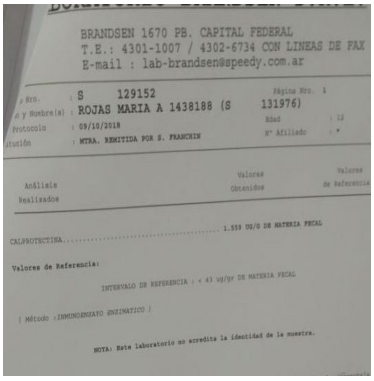
-A los 12 años requirió nueva endoscopía por reagudización de la enfermedad, pérdida de peso y hemorragia digestiva

-A los 17 años, inicia transgresión con la medicación, la obra social ya no le cubre la medicación y concurre al control con Adultos que la revisa junto a otros médicos estudiantes. Decide no volver al especialista, y por falta de receta no toma bien la medicación.

Datos Positivos al Examen Físico: Paciente con signos de pérdida de masa muscular, pálida no descompensada. Abdomen blando, depresible, algo distendido, levemente doloroso a la palpación profunda a predominio periumbilical que irradia a todo el abdomen, sin visceromegalias, con RHA aumentados. Sin signos peritoneales. Pérdida de peso de 3 kilos con respecto al último control hace 6 meses. **Ante el requerimiento de más información o preguntas pueden consultar al docente**







Endoscopia diagnóstica **Endoscopia reagudizada** **Laboratorio reagudizado**

Tras evaluar los antecedentes, datos, los síntomas y signos y los resultados de estudios entre los miembros del grupo, propongan: -opciones diagnósticas, -plan de estudios, -conducta terapéutica – interconsultas y -plan de seguimiento

ANEXO 10: Caso Clínico N° 8 -Encuentro N° 4

Agustín, R. (Este es un caso real y la historia clínica se encuentra en el Sanatorio Franchín)

Motivo de consulta: Paciente de 19 años que consulta por encopresis y escurrimiento de materia fecal, persistente. Angustiado, consultó con sobre turno porque debió ser internado hace 15 días por bolo fecal impactado que requirió enemas evacuantes durante tres días. Refiere que no tiene sensación evacuante efectiva y que no puede llevar una vida normal, no quiere seguir con su novia ni trabajar, volvió a ver a la gastroenteróloga infantil que lo trató siempre que le indicó un tratamiento y lo derivó a adultos para seguimiento en conjunto.

Antecedentes Patológicos: -Constipación crónica severa desde los dos años de vida, con evolución tórpida, encopresis persistente. Escurrimiento. Colon por enema patológico con signos de atonía y megacolon.

-Requirió cirugía de resección colon distal, pieza con anatomía patológica sugerente de Neuromiopatía. Pseudoobstrucción crónica intestinal.

-Seguido por gastroenterología infantil, con tratamiento médico en integración con psicología, durante 15 años aproximadamente, que es derivado al servicio de Gastroenterología de Adultos. Rotan el tratamiento con evolución tórpida.

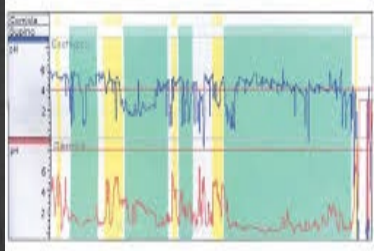
Datos Positivos al Examen Físico: Agustín presentó descenso de peso con respecto a lo que refiere el año anterior, algo pálido, refiere inapetencia. Presenta abdomen algo globuloso y distendido, dolor en región del hipogastrio a la palpación profunda, zonas de timpanismo, no se palpa visceromegalias, y tiene RHA+. Escurrimiento de materia fecal presente. **Ante el requerimiento de más información o preguntas pueden consultar al docente**



Colon por Enema



Rx de Abdomen



Manometría

Tras evaluar los antecedentes, datos, los síntomas y signos y los resultados de estudios entre los miembros del grupo, propongan: -opciones diagnósticas, -plan de estudios, -conducta terapéutica – interconsultas y -plan de seguimiento

ANEXO 11: Caso Clínico N ° 9 -Encuentro N ° 5

Melody, A. (Este caso es real, su historia clínica se encuentra en el Sanatorio Franchin)

Motivo de consulta: Paciente de 16 años y 8 meses que consulta por dolor abdominal a predominio de epigastrio, náuseas, vómitos cada dos a tres días, no relacionados con la ingesta. Uno de ellos evidenció estrías sanguinolientas. Refiere astenia, hiporexia. Deposiciones de características normales. Seguida por Gastroenterología y Hepatología infantil por diagnóstico de Hepatitis Autoinmune, en el último control le dieron turno con servicio de adultos hace dos meses, pero se suspendió y otorgaron para esta fecha.

Antecedentes Patológicos: -Diagnóstico de Hepatitis Autoinmune hace 3 años, tratada con corticoideoterapia desde entonces.

-Abandonó la protección gástrica desde que no concurre al servicio de Infantil y espació los corticoides porque al atrasar el turno, no tenía recetas

-Requirió endoscopía digestiva de urgencia a los 12 años, por hemorragia digestiva con signos de Hipertensión Portal. Se realizaron Ligaduras de várices esofágicas. No volvió a requerir el procedimiento por el momento.

Datos Positivos al Examen Físico: Melody se encuentra estable, compensada, con cierta palidez cutáneomucosa. Con abdomen levemente distendido, dolor en epigastrio, circulación colateral, hígado a 2 centímetros del reborde costal, bazo palpable por debajo del reborde costal. Peso estable disminuido con respecto a la talla. Trae estudios previos.

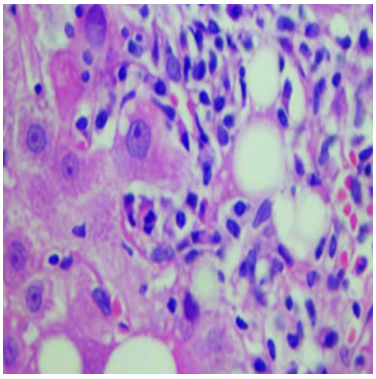
Ante el requerimiento de más información o preguntas pueden consultar al docente



Endoscopia a los 12 años



Ligadura de várices



Anatomía Patológica

Tras evaluar los antecedentes, datos, los síntomas y signos y los resultados de estudios entre los miembros del grupo, propongan: -opciones diagnósticas, -plan de estudios, -conducta terapéutica – interconsultas y -plan de seguimiento

ANEXO 12: Caso clínico N°10 -Encuentro N°5

Gastón, S. (Este caso es real y su historia clínica se encuentra en el Hospital de Clínicas José de San Martín)

Motivo de consulta: Paciente de 18 años que consulta por dolor abdominal, epigastralgia, pirosis, en los últimos 4 meses, síntomas que aumentaron hace 15 días y agregó vómitos a diario. Refiere que está preocupado porque no tiene apetito y que desde que la novia lo dejó, concurre a muchas fiestas pero que no puede tener relaciones sexuales. El sábado pasado, lo sacaron del boliche porque se desmayó tras la ingesta de alcohol, apareció en una guardia y no recuerda el motivo. Le aconsejaron que concurra a un Gastroenterólogo, el tenía un gastroenterólogo infantil pero su madre no recuerda el nombre.

Antecedentes Patológicos: - Gastón comenzó a beber en las previas de las fiestas de 15años de sus amigas, cuando tenía 14 años, y refiere haber estado en la guardia por cuadros de intoxicación en tres oportunidades.

-Antecedente de gastritis erosiva a los 10 años de edad, controlada por Gastroenterología Infantil hasta los 14/15 años.

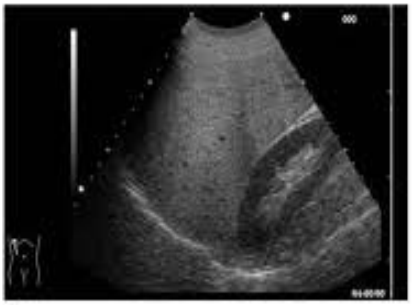
-Hizo un control con Hepatología a los 16 por un informe de una Ecografía con patología hepática que no repitió. En ese momento repitieron la endoscopia y tomografía abdominal. -Estuvo con tratamiento con Psicología Infantil, pero desde que pasó a Adultos, le cambió la cobertura y no va a Terapia desde entonces.

-Refiere que le cuesta concentrarse en el estudio y que sólo espera el fin de semana para reunirse con sus amigos a tomar antes de ir a bailar.

Datos Positivos al Examen Físico: Paciente orientado en tiempo y espacio, lúcido, compensado. Presenta un abdomen levemente distendido, blando, depresible, con RHA+. Se palpa Hígado a 2 centímetros del reborde costal y el bazo a reborde costal. Presenta dolor en epigastrio, que irradia a marco gástrico a la palpación superficial y profunda. El peso y la talla son armónicos, aunque tiene descenso con respecto a su peso de referencia. Resto del examen en parámetros normales. **Ante el requerimiento de más información o preguntas pueden consultar al docente**



Endoscopia a los 16 años



Ecografía hepática



Tomografía abdominal

Tras evaluar los antecedentes, datos, los síntomas y signos y los resultados de estudios entre los miembros del grupo, propongan: -opciones diagnósticas, -plan de estudios, -conducta terapéutica – interconsultas y -plan de seguimiento

Parte C

Bibliografía:

Anijovich, R., Camilloni, A., Cappelletti, G., Hoffmann, J., Katzowicz, R., Mottier Lopez, L. (2006). *La Evaluación significativa*. Argentina: Voces de la Educación. Paidós.

Anijovich, R. y Mora, S. (2009). Estrategias de enseñanza. Otra mirada al quehacer en el aula. Argentina: Aiqué. Grupo Editor. 1° edición.

Ausubel, D. (1976). *Psicología educativa*. México: Trillas.

Ausubel,D., Novack, P., Hanesian, J.H. (1978). *Educational Psychology: A Cognitive View (2ª ed.)*. New York: Holt, Rinehart and Winston. Reimpreso, New York: Werbel & Peck, 1986. Edición en español: *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. (1983) México: Trillas.

Batalla Flores, L. (2014). Transición a la medicina de adultos: un proceso a acompañar. En *Rev. De Biomedicina.* Vol 8 (2), p 30-36. Uruguay.

Baquero, R. (1996). *Vigotsky y el aprendizaje escolar.* Buenos Aires: Paidós.

Baquero, R. (2002). Del experimento escolar a la experiencia educativa, La transmisión educativa desde una perspectiva psicológica situacional.Vol.24 N 98 (pp57-75) México: *Perfiles Educativos.*

Blum RW, Garell D, Hodgman CH, (1993) Transition from child -centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health* 1993; 14:570-576.

Bowes G., Sinnema G., Suris JC., Buhlmann U., (1995). Transition Health Services for Youth with Disabilitis: A global Perspective. En *J. Adolesc. Health* V 17, p 23-31.

Brodersen, C. (2013). *Programa de Residencias en Gastroenterología, Concurrencias en Gastroenterología, Becario en Gastroenterología*. Reglamento Interno. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Unidad de Gastroenterología del Hospital de agudos Carlos Durand.

Camilloni, A. (2009). Estándares, evaluación y curriculum. En *Archivos de Ciencia de la Educación*. Vol 3 N°3 (pp 55-68). Buenos Aires: Universidad de la Plata.

Carli, S. (2012*). El estudiante universitario. Hacia una historia del presente de la educación pública*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Cazden, C. (1991). *El discurso en el aula. El lenguaje de la enseñanza y el aprendizaje.* Ministerio de Educación y Ciencia. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Chavez Salas, L. (2001) Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de Vigotsky. En *Revista Educación* Vol 25 (2), p 59.65.

Davini, C. (2009). *Métodos de Enseñanza: Didáctica general para maestros y profesores.* Buenos Aires: Santillana. 1 edición.

De Miguel Díaz, M. (2005). Cambio en el paradigma metodológico en la Educación Superior. Exigencias que conlleva. En *Cuadernos de Integración Europea#2.* Septiembre, pp 16-27. Universidad de Oviedo. España.

De Miguel Díaz, M. (2005). Modalidades de Enseñanza centradas en el desarrollo de competencias. Orientaciones para promover el cambio metodológico en el Espacio Europeo de Educación Superior. En *Programa de Estudios y Análisis destinado a la mejora de la calidad de la Enseñanza Superior y de la Actividad del Profesorado Universitario. Proyecto EA2005-0118.* Universidad de Oviedo. España.

De Vincenzi, A. (2009). Concepciones de enseñanza y su relación con las prácticas docentes: un estudio con profesores universitarios. En *Educación y Educadores*. Vol 12. N° 2, pp88-100. Universidad de la Sabana. Colombia.

Díaz Barriga, A. (1991). El campo del Curriculum. En *Antología.* Vol I. Universidad de México. México.

Díaz Barriga, A. (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. En *Revista electrónica de investigación educativa.* Vol. 5 N°2. Ensenada. México.

Díaz Barriga, A. (2005) El profesor de educación superior frente a las demandas de los nuevos debates educativos. En *Perfiles educativos*. Vol. 27. N° 108. México. México

Eandi, M. L. y Mazza, C. (2003). Transición del sistema de salud de atención pediátrica al de adultos. *En Rev. de Medicina Infantil*. Vol X N°3 (septiembre, 2003). Argentina.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). *La adolescencia, una época de oportunidades*. *Estado Mundial de la Infancia 2011*.E.E.U.U.: UNICEF

García Labandal, L., Garau, A. y Meschman, C. (2010). El desarrollo de competencias en el nivel superior: un desafío para los dispositivos de formación docente. En *Congreso Iberoamericano de Educación Metas 2021*. Argentina.

García Labandal, L., Meschman, C. y Garau, A. (2015). Tutores de Prácticas y Profesores en Psicología Noveles: Dispositivos para la formación. VIII Jornadas Nacionales y 1° Congreso Internacional sobre la Formación del Profesorado. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires.

García Labandal L., González D. y Meschman C. (2017). *Praxis y formación docente: aportes de la Psicología Educacional para entramar trayectorias.* Buenos Aires: Facultad de Psicología. Publicación UBA CEP. Buenos Aires. Argentina.

Gutiérrez, S. (2014). *Residencia en Gastroenterología*. Argentina: Programa. Hospital Nacional Posadas.

Herrera Clavero, F. (2001). *Habilidades cognitivas. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.* España: Universidad de Granada.

Hidalgo Vicario, M. I. (2013). La transición del pediatra al médico de adultos en el adolescente con enfermedad crónica. En *Rev. de Pediatría Integral –Programa de Formación Continuada en Pediatría extrahospitalaria.* Vol. XVII, N°03.Curso V. Abril, 2013. España.

Knowles, M., (2001). *Andragogía: el aprendizaje de los adultos.* México: Oxford University Press.

Ludvigsson, Jonas, Agreus, L., Ciacci ,C., Sheila,C., Geller,M., Green, P., Hill, I., Hungin, P., Koletzko, S., Koltai , T., Lundin, K., Mearin, L., Murray, J., Reilly, N., Walker, M., Sanders, D., Shamir, R., Troncone, R., Husby, S., . (2016). Transition from childhood in coeliac disease: the Prague consensus report. *En Gut.* Vol 65. p. 1242-1251. 2016.

Meerof, M. (1993). Historia de la Sociedad Argentina de Gastroenterología. Discurso inicial. En *Congreso Panamericano de Enfermedades Digestivas.* Argentina.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). Los jóvenes y los riesgos sanitarios. En *64°Asamblea Mundial de la Salud.* Ginebra. Suiza.

Moll, L. (1993). *Vigotsky y la educación*. Buenos Aires: Paidós. 2°ed.

Papolla, R. (2015). Transición. Mesa Redonda de Enfermedades crónicas, desafíos y oportunidades. En *37° CONARPE*. Argentina.

Perez Gomez,A.,Gimeno Sacristan,J.(1996)*Comprender y transformar la enseñanza.* España: Morata.5° Edicón.

Perrenoud, P. (2001) *Developper la practique réflexive dans le métier d' enseignant. Pofessionnalisation et raison pëdagogique.* Paris: ESF. Edición en Español: *Desarrollar la Práctica Reflexiva en el oficio de enseñar* (2007). México: Colofón.

Perrenoud, P. (2004). L´Université entre transission de savoirs et développment de compétences. *Actas del 3er Congrés Internacional: Docencia Universitária i Innovació*. Girona. España.

Pozo, J. I. (1999). *Aprendices y maestros.* La nueva cultura del aprendizaje. Madrid: Alianza

Reiss, J., Gibson, R., (2002). Transition: Destination Unknown. En *Pediatrics*.Dec. Vol. 110, p 1307-14. Estados Unidos.

Rezzónico, C. (1998). Pasado, presente y futuro de la gastroenterología pediátrica. En *Rev. Archivos Argentinos de Pediatría.* Vol. 96, p 126-130.Argentina.

Stigliano, D. y Gentile, D. (2006). *Enseñar y aprender en grupos cooperativos: comunidades de diálogo y encuentros.* Argentina: Novedades Educativas. Noveduc.1|° edición.

Toledo Pereira, M. (2006). Competencias didácticas, evaluativas y metacognitivas. En *Revista de orientación vocacional*. Vol. 20 N°38, pp 105-116.Valparaíso. Chile.

UNESCO (1998). La educación superior en el siglo XXI. Visión y acción. Recuperado de: http://www.educarion.unesco.org/educprog/wche/declaration_spa.htm. Consultado 19/10/19.

Souto, M. y otros (1999) Grupos y dispositivos de formación. En *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. Vol. 7 N° 2. Buenos Aires. Argentina.

Wasserman, S. (1994). *El estudio de casos como modelo de enseñanza.* Buenos Aires: Amorrortu. 1°edición.

Webber, M. (1944). *Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.

Yániz, C. (2008). Las competencias en el currículo universitario: implicaciones para diseñar el aprendizaje y para la formación del profesorado. En *Revista de Docencia Universitaria*. *Número Monográfico 1°*. Universidad de Deusto. Bilbao. España.

Zabalza, M. (2005). Competencias Docentes. En la *Conferencia pronunciada en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.* Santiago de Compostela. España.