

Currículos ABP en medicina. Reflexiones perdurables para un debate en curso.

ALBERTO ENRIQUE D'OTTAVIO C.*a, MARÍA EUGENIA D'OTTAVIO C.**b

RESUMEN

Estas debatibles y perdurables reflexiones pretenden poner el acento en puntuales aspectos de potencial utilidad para diseñadores e implementadores curriculares. En ese sentido, formulan inicialmente consideraciones necesarias sobre facetas a tener en cuenta durante el diseño (entre ellas, sus bases teórico-pedagógicas y su aplicación práctica) y la implementación (se destaca el valor de la integración y la erradicación de conductas que pueden conspirar contra su desarrollo satisfactorio). Asimismo, son listados un conjunto de sugerencias complementarias en el que se amplían, en virtud de su relevancia e inevitabilidad, algunos aspectos ya subrayados en publicaciones previas, y se hace referencia a autores clave vinculados con este formato constructivista, persiguiendo una correcta traslación al quehacer académico. Por último, son efectuadas otras apreciaciones que perfilan un final abierto en lo que atañe al futuro de estos modelos curriculares.

Palabras clave: Currículo, Aprendizaje Basado en Problemas, Medicina.

SUMMARY

PBL curricula in medicine. Lasting reflections for a current debate.

These debatable and lasting reflections intend to emphasize in specific features of potential usefulness for curricular designers and implementers. In this regard, it initially establishes necessary considerations about aspects to take into account during the design (among them, its theoretical and pedagogical basis and its practical application) and implementation (the value of integration and the avoidance of behaviors apt to conspire against its satisfactory development are rescued). Likewise, a set of complementary suggestions are listed extending outlined facets in former publications because of its relevance and inevitability. Furthermore, references to key authors linked to this constructivist format are made pursuing a right translation to the academic practice. At last, other appreciations are made defining an open-ended situation with regards to the future of these curricular models.

Key words: Curriculum, Problem Based Learning, Medicine.

CONSIDERACIONES NECESARIAS

Excediendo las reservas publicadas durante el diseño del currículo con Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) puro en nuestra escuela médica, así como los señalamientos preventivos socializados desde su implementación en 2002 hasta la fecha, resulta pertinente sumar nuevas consideraciones sobre uno y otra dada la actual existencia, en Argentina y otros países, de distintos tipos curriculares ABP en curso (Puros e Híbridos

d'emblée o Hibridizados *a posteriori* –innovados conteniendo facetas tradicionales–), enmarcadas sus características salientes en el acrónimo SPICES (Student-centered; Problem-based; Integrated; Community-based; Electives; Systematic)¹⁻³.

En ese contexto, estas debatibles y perdurables reflexiones pretenden poner el acento en puntuales aspectos de potencial utilidad para diseñadores e implementadores curriculares.

Así, durante la etapa de diseño resultaría conve-

Recibido: el 02-02-16, Aceptado: el 03-03-16.

* Facultad de Ciencias Médicas y Consejo de Investigadores. Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.

** Instituto Universitario del Gran Rosario. Rosario, Argentina.

a. Médico.

b. Licenciada en Psicopedagogía.

niente confrontar, previa y críticamente, la traslación a la práctica de sus bases teórico-pedagógicas sustentadas en el constructivismo y en el aprendizaje adulto, vista la presencia de percibidas simplificaciones y de aplicaciones mecánicas a este respecto⁴.

Por su parte, la planificación debería ajustarse de la manera más estricta posible a condiciones básicas ya detalladas¹, ya que una de ellas está relacionada con la calidad de formación de profesional y la calidad en el perfil de egreso, considerando el acceso masivo que existe en las escuelas médicas. Además, habría que obviar la extrapolación acrítica de formatos demostrados eficaces en países desarrollados así como su instrumentación directa y facilista, más de cuño populista-demagógico que democrático-académico. Ambos no sólo generan riesgo de innecesarios desvíos, sino que pueden reducir a mera atención primitiva para personas de bajos recursos económicos a la Atención Primaria en Salud (APS), en la que se realiza particular énfasis. En tal sentido, recuérdese que dicha APS demanda graduados competentes para su cumplimiento, así como para la educación continua y que, a la fecha, esta condición necesaria y suficiente no pareciera estar siendo satisfecha a pleno, al margen de buenas intenciones y plausibles esfuerzos.

En lo que atañe a su implementación, sería atendible, además del aprovechamiento enriquecedor de las variadas situaciones de enseñanza-aprendizaje habidas (tutorías, seminarios, talleres, clases, consultas con expertos, laboratorios disciplinares y de habilidades –cognoscitivas, comunicacionales y destrezas–, materias electivas y áreas instrumentales) prestar especial atención a la integración, clave en este modelo, desde que, a pesar de hallarse resaltada en los programas, luce en la realidad más declarada que operativa en el alumnado. Es así, como la variedad de experiencias durante el aprendizaje es valorada clave por el educador estadounidense Wilbert McKeachie dentro de cualquier iniciativa curricular⁵. Más aún, se la suele instrumentalizar como ha ocurrido en pasadas experiencias; esto es, por ensayo-error hacia el final de la carrera y sin el aconsejable entrenamiento específico en espiral creciente de complejidad^{5,6}. Por ende, la integración, que en estos formatos curriculares debiera ser más abarcadora y no agotarse exclusivamente en los contenidos, acostumbra a terminar siendo –cuando acontece y como acaecía otrora– sólo de éstos, lo que a su vez, dificulta otra meta a lograr: la interdisciplinariedad.

Corresponde igualmente subrayar que el ABP, que acompaña a la designación de estos currículos, es sólo una estrategia de aprendizaje que, partiendo de situaciones o casos con connotación médica, produce en el alumnado, según Piaget, conflictos cognitivos a resolver de manera activa por éste⁷. Dicho de otra forma, tales puntos de partida constituyen disparadores para la solución del problema generado en los estudiantes; vale

decir, el problema no se halla en el enunciado sino en el interior de cada cursante. Las precitadas simulaciones médicas no necesariamente deben existir en todos los años de la carrera, ya que su manejo demanda un progresivo dominio de las mismas y anclajes previos facilitadores para un significativo aprendizaje⁸. Asimismo, y en el decurso de aquella, estas simulaciones se hallarán acompañadas por procedimientos promocionales de la salud y preventivos de la enfermedad hacia la población, a los que se agregarán oportunamente los de diagnóstico y tratamiento. Por consiguiente, ellas serán reemplazadas de manera predominante (aunque no forzosa-mente excluyente) por los verdaderos destinatarios del quehacer profesional.

Otro aspecto a tomar también en cuenta es la frecuente predominancia de profesionales tradicionales que cumplen el rol de docente, adaptados para perdurar por sobre los docentes profesionales, formados esencialmente para desempeñarse con eficacia en estos currículos y que en su mayoría o en su totalidad, cabría que fueran médicos (biólogos, psiquiatras y vinculados con las áreas sociales) por ser conocedores del recorrido que concluye en ese título.

Por último, pero no por ello menos importante, dos tareas de especial relevancia a llevar a cabo serían:

- La erradicación en sus cursantes de una instalada disyuntiva ahistórica y acientífica entre el *modelo tradicional* (desconocido para ellos y planteado como un cúmulo de defectos y desventuras conductistas y positivistas) y el denominado *alternativo* (transitado por ellos y descrito como idílico y depositario de todas las virtudes). Tal contraposición binaria confunde crítica con descalificación, soslaya la inteligente conducta de rescatar lo mejor del pasado con lo más válido y fiable del presente y prometedor del porvenir⁴, no profundiza debidamente en las teorías del aprendizaje, y lo que es más, conduce hacia un dogmatismo improcedente que aleja del pensamiento crítico, al que declara enfáticamente desarrollar y reforzar.
- La supresión, por parte de las autoridades abocadas a estos emprendimientos pioneros, de toda espuria conveniencia a cuyo amparo pueden hallar refugio algunos docentes, alumnos y parte de aquellas. Entre otras ventajas apreciadas han resultado perceptibles: mengua laboral, acceso a funciones invariables en otro contexto y/o ansias de protagonismo en docentes de determinadas cátedras, promociones facilitadas y aceleración inconveniente del tránsito curricular en el alumnado, unidades académico-administrativas devenidas poderosas como consecuencia de la concentración en ellas de pretéritas especialidades e intercambios académicos nacionales e internacionales de autoridades, personalmente beneficiosos aunque

institucionalmente estériles. Lo antedicho, nada ficcional y derivado por lo común de diseños erróneos, implementaciones incorrectas y/o desbordes injustificados, lejos están lamentablemente de redundar en el mejor profesional que se pretende y se necesita lograr.

SUGERENCIAS COMPLEMENTARIAS

A partir de estas reflexiones, y de las antes efectuadas¹⁻⁴, surge que los emprendimientos de marras requieren un conjunto de prevenciones, así como una prudente, minuciosa y ética andadura a fin de que la consecución del objetivo final sea el expresado taxativamente, y no otro.

Se debiera poner el acento en que el verdadero objetivo para los futuros médicos, cualquiera sea el perfil perseguido al efecto, es: APRENDER MEDICINA, más allá de lo tautológico de esta aserción.

De allí que en tal camino convendría no soslayar los siguientes hechos:

1. La Medicina es ciencia, arte y tecnología⁹ de raigambre esencialmente biológica, equilibrada con determinados componentes psicológicos, socio-antropológicos y culturales, puesto que se centra en el ser humano, social por antonomasia¹⁰. Ergo, nada relativo a éste debiera serle ajeno al graduado. Recuérdese, evocando el añejo aforismo del anatomopatólogo catalán decimonónico Don José de Letamendi, que «*El médico que de Medicina sólo sabe, ni de Medicina sabe*».
2. El aprendizaje médico exige cimientos sólidos iniciales conformados por conocimientos básicos o fundamentales que permitan asimilar y acomodar de correcto modo las nuevas adquisiciones y enlazarlas en inclusive preexistentes a fin de progresar en aquel de manera fructuosa y, a la par, incrementar la motivación de los discentes⁷⁻⁸. Durante el mismo resulta aconsejable, además, promover debidamente: la retroalimentación y la autocorrección, la instrucción directa que provee claridad a la información transmitida, aquellas preguntas que requieran respuestas colectivas, el diseño de tareas estructuradas, la colaboración y la cooperación entre estudiantes y razonamientos explicados por ellos mismos desde que estas actividades han sido planteadas, entre varias, como coadyuvantes para la zona de desarrollo próximo¹¹⁻¹³. La manifestación de esta última en la implementación de los modelos ABP, da cuenta de lo que aún se adeuda sobre el particular.
3. La necesidad de un cultivo progresivo del pensamiento científico a lo largo de todo el grado con for-

mación complementaria en inglés e informática, lo que demandaría el grado de Doctor en muchos docentes y su intervención en proyectos de investigación, con el objeto de dar respuesta a tal requerimiento.

Puede que algo o mucho de lo aquí referido, además de no agotar las posibilidades, luzca utópico.

Si así fuere, sea ello el punto de llegada al que arribar más temprano que tarde y, mientras tanto, atenerse a lo que oportunamente denomináramos *factable*, neologismo que sintetiza lo factible en el camino de lo deseable.

APRECIACIÓN FINAL

Un buen currículo médico podría caracterizarse como aquel que más y mejor se adecua a la óptima adquisición de las competencias específicas establecidas por parte de sus destinatarios, así como a la heterogeneidad de éstos, producto de sus distintas historias de vida, y que coincide, además, con lo reclamado por el sistema de atención médica vigente y la sociedad para cubrir las necesidades de salud poblacional.

En ese marco, surgen dos interrogantes clave:

- a. *¿Fue cada uno de los currículos cursados por los estudiantes desde la creación de la carrera médica el más adecuado para su tiempo, el más aconsejable para la retención de ingresantes y cursantes ante los riesgos de desgranamiento y deserción, y el que demostró haberse ajustado mejor al resto de lo precitado?*
- b. *¿Responden los currículos ABP a este desafío?*

El tiempo dirá si los formatos curriculares aquí analizados significaron un verdadero cambio curricular (esto es, un cambio de paradigma como aseveran sus sostenedores), si fueron desvirtuados por una incorrecta aplicación de rescatables teorías de aprendizaje o si todo, lamentablemente, no fue más que una desafortunada aventura *a la page*. Una transformación de esta naturaleza no cabe circunscribirla al diagnóstico crítico (cotejo de pros y contras) sino complementarla con propuestas viables y éstas, a su vez, con implementaciones efectivas en las que las bases teórico-pedagógicas son debidamente trasladadas al campo operativo. Y ello exige la participación activa de planificadores prudentes e idóneos que, además de evaluar objetiva y fundadamente los diseños, ponderan objetiva y periódicamente su puesta en práctica.

Mientras tanto, éste y otros escritos ya socializados apuntan a diagnosticar, sentar dudas y proponer soluciones que contribuyan a la solución de los inconvenientes relacionados con las dos primeras opciones puesto que la tercera, por aciaga, no corresponde considerarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrera LI, Tellez TE, D'Ottavio AE. Implementing a Problem-Based learning curriculum in an Argentinean medical school: implications for developing countries. *Acad Med* 2003; 78(8): 798-801.
2. D'Ottavio AE. May a Problem-Based learning curriculum entail problems? *Electronic J Biomed* 2009; 1: 56-58.
3. D'Ottavio AE, Bassan ND. Reflections on remaining obstacles in a primary-care oriented pure PBL curriculum after twelve years of implementation. *JPBLHE* 2014; 2(1): 1-3.
4. D'Ottavio AE. Currículos ABP: apreciaciones sobre sus bases teóricas. *Acta Med Per* 2015; 32(2): 129-130.
5. McKeachie WJ. Research on teaching at the college and university level. En: Gage NL (ed.): *Handbook of research on teaching*. Rand McNally Eds.; (Chicago, USA), 1963.
6. Bruner JS. *El proceso mental en el aprendizaje*. Editorial Narcea; Madrid (España), 2001.
7. Piaget J. *La formación de la inteligencia*. Editorial Trillas; México, 2001.
8. Ausubel D, Novak J, Hanesian H. *Educational Psychology: A Cognitive View*. Holt, Rinehart and Winston Eds.; (EEUU), 1978.
9. Bunge M. *Filosofía para médicos*. Editorial Gedisa; Barcelona (España), 2012.
10. Bassan ND, D'Ottavio AE. Reflexiones sobre cambios curriculares médicos. *Rev Educ Cienc Salud* 2010; 7(1): 7-11.
11. Vygotsky LS. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Editorial Crítica; Barcelona (España), 1979.
12. Green MG, Piel JA. *Theories of human development: A comparative approach*. Ally and Bacon Eds. Boston (USA), 2002.
13. González AD, Rodríguez AA, Hernández D. El concepto zona de desarrollo próximo y su manifestación en la educación médica superior cubana. *Educ Med Super* 2011; 25(4): 531-539.

Correspondencia:

Alberto Enrique D'Ottavio C.
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario
Rosario, Argentina.
e-mail: aedottavio@hotmail.com