

EL TALLER DOCENTE, ¿CÓMO HACERLO MÁS EFICAZ?

Wilfredo Guibert Reyes¹ y Marianela de la C. Prendes Labrada²

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo mediante la observación de 60 talleres docentes realizados por profesores de MGI en los policlínicos docentes Reina y Santos Suárez de Ciudad de La Habana, en el período noviembre/1994-mayo/1996, con el propósito de determinar normas de utilidad práctica en su empleo que aumenten la eficiencia en su utilización. Se empleó una guía de observaciones y se realizó un taller con los profesores de más experiencia sobre el taller docente. En la mayoría de los talleres eficientes los residentes y profesores se preparaban previamente y estos últimos realizaban una motivación inicial buena; en los aspectos organizativos hubo diferencias entre los talleres eficientes y los ineficientes, y la evaluación por el profesor fue lo predominante. Se concluyó con un conjunto de normas prácticas que contribuyen de forma importante a que el taller docente sea más eficaz.

DeCS: EDUCACION DE POSTGRADO EN MEDICINA; MEDICOS DE FAMILIA.

La transmisión de la experiencia social acumulada por la ciencia se produce a través de la enseñanza, proceso que tiene sus leyes y principios y marcha al ritmo del desarrollo del hombre, siendo una de sus formas más comunes la clase docente.

En las ciencias médicas la formación postgraduada se basa en el aprendizaje en servicio, y en el estudio y trabajo independiente del educando orientado por el profesor, responsable de organizar las condiciones para un mejor aprendizaje y de utilizar las diferentes formas de organización docente desde una perspectiva más interactiva.

El proceso educativo de formación del especialista en Medicina General Integral en su aspecto metodológico comprende la

utilización de formas de organización de la docencia como son, la discusión de un problema de salud, conferencias, clínicas radiológicas, estudio independiente, estancias hospitalarias, intercambio semanal, taller, etc. De todas estas, los expertos opinan que son vitales para el Médico de Familia, la discusión de un problema de salud, el intercambio semanal sobre la atención médica y el taller. (Cuba. MINSAP. Programas de especialización en medicina general integral. Sistema docente. La Habana; 1989:3-15).

Escogimos el taller docente para nuestro estudio por ser la forma de organización docente más utilizada en nuestro medio con los residentes de Medicina General Integral,

¹ Especialista de I Grado en Psicología de la Salud. Profesor Instructor de Medicina General Integral. Policlínico Docente Reina.

² Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Profesora Instructora de Medicina General Integral. Policlínico Docente Santos Suárez.

y por ser la que posibilita mayormente que "el residente bajo la dirección u orientación del profesor sea capaz de desarrollar capacidades y habilidades para la independencia cognoscitiva y la toma de decisiones" (ISCMH. Vicerrectoría de posgrado. Formación de especialistas en Ciencias Médicas. Orientaciones generales I. La Habana; 1990:20.).

El taller contiene elementos esenciales de otras formas de actividades académicas e imita las condiciones en que tiene que actuar el especialista en el desempeño profesional; es decir, enfocando integralmente los problemas sanitarios, con un abordaje multidisciplinario e intersectorial de ellos y además en este los profesores tienen un papel principal, sobre ellos recae la responsabilidad de dirección, organización y evaluación del taller, elementos vitales para su calidad y eficacia.

Este trabajo se realiza con el objetivo de analizar aspectos esenciales del taller docente, y determinar normas de utilidad práctica en su empleo que aumenten la eficacia en su utilización.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo que comprendió 60 observaciones de talleres docentes realizados por profesores de MGI en los policlínicos docentes Reina y Santos Suárez de los municipios Centro Habana y 10 de Octubre respectivamente, en el período comprendido entre noviembre de 1994 y mayo de 1996.

Las observaciones se realizaron teniendo en cuenta una guía de observación que confeccionaron los autores, y cada observación de un taller fue discutida con los profesores que lo dirigieron con vistas a ganar en precisión en algunos aspectos.

Para el análisis se tuvieron en cuenta 3 categorías importantes. Posteriormente se realizó con los docentes observados de más experiencia un taller sobre cómo hacer más

eficaz esta forma de organización docente. En el análisis de los resultados se utilizó el cálculo porcentual.

Control semántico

1. Motivación inicial: Comprende formulación de los objetivos de la actividad docente, estimulación de interés hacia el tema de clase mediante su importancia, su actualización científica y su comportamiento en el área de salud.
2. Discusión desarrolladora: Todas las partes plantean sus puntos de vistas y soluciones con argumentación científica, y se valoran los aspectos positivos y negativos de cada una de ellas y grupalmente se llega a acuerdos que desarrollan los criterios de los participantes, además pautan su actuación acorde con el desarrollo científico y adaptada a nuestras condiciones nacionales.
3. Eficiencia: Evaluación positiva de 5 aspectos del taller docente que son la preparación previa de profesores y residentes, la organización del taller por etapas de acuerdo con la metodología para MGI, la discusión desarrolladora entre los participantes acerca del tema, la actualización científica de los profesores en el tratamiento del tema y el cumplimiento de los objetivos del taller por los residentes.

Resultados

En la tabla 1 observamos que la mayoría de los profesores y residentes se preparaban previamente para realizar el taller docente 71,6 % y 58,3 % respectivamente, pero en los talleres que resultaron ineficientes es mayor la falta de preparación previa de ambos, más del 85 %.

En la mayoría de los talleres observados el 61,6 % la motivación inicial que dieron los profesores sobre el tema fue buena, predominando este nivel de calidad en los talleres eficientes en un 85 %, a diferencia

de los ineficientes donde mayormente la motivación dada fue mala (tabla 2).

La tabla 3 nos muestra que predominan los talleres en los que participan de 6 a 10 residentes (53,3 %), y que en estos grupos se encontraba la mayoría de los talleres eficientes (70 %), no ocurriendo así con los ineficientes entre los cuales más del 50 % se realizaban con 11 residentes o más.

En relación a los otros aspectos organizativos observados vemos que en la mayoría de ellos (95 %) los profesores forman entre 2 y 4 subgrupos para trabajar, siendo general esta forma de agruparse en los talleres eficientes (100 %), mientras que un 10 % de los ineficientes agruparon a sus residentes en 5 ó 6 subgrupos. El número predominante de residentes por subgrupos fue de 3 a 4 en el 85 % de los talleres observados, y en cuanto al número de tareas a solucionar en el taller la mayoría de los profesores ponene de 2 a 4 (78,3 %).

También observamos que la mayoría de los talleres (tabla 3) se realizaron con una duración entre 60 y 120 min, y que después

TABLA 1. Preparación previa al taller docente de profesores y residentes vs eficiencia del taller

Preparación previa	Talleres docentes		
	Eficientes n = 40 %	Ineficientes n = 20 %	Total n = 60 %
Profesores			
Sí	100	15	71,6
No	-	85	28,6
Residentes			
Sí	85	10	58,3
No	15	90	40

Fuente: Planilla de observación.

TABLA 2. Motivación inicial por los profesores vs eficiencia del taller

Motivación inicial	Talleres docentes		
	Eficientes n = 40 %	Ineficientes n = 20 %	Total n = 60 %
Buena	85	15	61,6
Regular	15	25	18,3
Mala	-	60	20

Fuente: Planilla de observación.

TABLA 3. Aspectos organizativos del taller docente vs eficiencia del taller

Aspectos organizativos	Talleres Docentes		
	Eficientes n = 40 %	Ineficientes n = 20 %	Total n = 60 %
Residentes en clases			
6 - 10	70	40	53,3
11 - 15	30	50	36,6
+ de 15	-	10	10,0
Número de subgrupos			
* 2 - 4	97,5	90	95,0
5 - 6	2,5	10	5,0
Residentes x subgrupos			
3 - 4		75	85,0
5 - 6	10,0	25	15,0
Tareas a solucionar			
2 - 4	75,0	85	78,3
5 - 6	25,0	15	21,6
Tiempo de duración			
60 - 120 min	62,5	60	61,7
121 - 180 min	37,5	15	30,0
181 min y más	-	25	8,3

Fuente: Planilla de observación

* Se consideró el número de residentes que tenían la mayoría de los subgrupos del taller.

de 180 min de trabajo empezaban a manifestarse de forma evidente en residentes y profesores indicadores de cansancio psíquico y ansiedad por terminar.

Los profesores en los talleres eficientes planificaban el tiempo de duración aproximado de las etapas de trabajo, a diferencia de los ineficientes en los cuales no se planificaba; la distribución del tiempo era como sigue: introducción el 13,3 %, análisis y solución de las tareas el 33,3 %, exposición y discusión el 40 % y para las conclusiones y evaluación el 13,3 %.

En la mayoría de los talleres (85 %) vimos que quienes realizaban la evaluación eran los profesores, y que solo en un 22,5 % de los talleres eficientes los equipos de profesores iniciaban el proceso de evaluación final con las autoevaluaciones de los residentes (tabla 4).

TABLA 4. Modo de evaluar a los residentes vs eficiencia del taller docente

Modo de evaluar	Talleres docentes		
	Eficientes	Ineficientes	Total
	n = 40 %	n = 20 %	n = 60 %
Profesores solos	77,5	100	85
Combinada profesores y autoevaluación de los residentes	22,5	-	15

Fuente: Planilla de observación.

Los resultados principales del taller sobre esta forma de organización docente realizado con los profesores considerados expertos aparecen en la tabla 5.

TABLA 5. Porcentaje de aprobación de los principales aspectos discutidos en el taller docente de profesores expertos

Aspectos analizados en el taller docente	Profesores que estuvieron de acuerdo n = 20 %
Preparación previa profesores y residentes	95
Motivación inicial	100
Organización	
Que la cantidad óptima de residentes este entre 6 y 18	85
Los subgrupos óptimos deben estar formados por 3 a 5 residentes	95
El número de tareas debe ser 3 ó 4	95
La duración óptima estará entre 60 -150 min	75
La distribución de las etapas de acuerdo con el tiempo total	
· Introducción 13 %	
· Análisis 33 %	
· Discusión 40 %	85
· Conclusiones y evaluación 14 %	
Uso de técnicas afectivo-participativas	65
El profesor como facilitador en la dinámica grupal	85
La evaluación del profesor antecedida por la autoevaluación del residente	65

Fuente: Taller docente profesores.

Discusión

El taller docente necesita para ser eficiente que sus participantes se preparen y lo hagan de acuerdo con rol que jugarán en él, y según su motivación por el tema, para que así utilicen mejor todas sus experiencias y conocimientos sobre lo que se va a tratar, además esta preparación previa es necesaria pues el médico en la educación de postgrado tiene que tener un papel más activo en la asimilación de conocimientos y en el aprendizaje de modos de actuación para su práctica profesional; mientras que el profesor, regulador de la estrategia y el ritmo de este aprendizaje, debe saber planificarlo y dirigir al grupo hacia un mejor rendimiento docente.

El inicio de esta actividad debe ser, en opinión de todos, con buena motivación, que implica sobre todo claridad en los objetivos y estimulación del interés cognoscitivo en los participantes. Dicha motivación creaba un ambiente grupal fraterno para trabajar, y el clima sociopsicológico resultante era propicio para el intercambio y el aprendizaje, "una buena motivación crea un excelente ambiente y predispone a los participantes a un rendimiento intelectual mayor."¹

Las actividades docentes que implican aprendizaje de modos de actuación necesitan ser bien organizadas, valorando las exigencias de la realidad.

En los policlínicos observados el promedio aproximado de residentes por año era de 10, pocos grupos rebasaban esta cifra, condición ventajosa para la dinámica del trabajo en grupos, pues conocemos que para el logro de una buena comunicación es vital considerar su tamaño; este criterio fue similar al de los profesores expertos y por ello adoptamos que el taller se debe realizar con un número de residentes que oscilen entre 6 y 15.

La práctica docente ha demostrado que los grupos con estas cantidades de personas facilitan el desarrollo de una cohesión grupal,² necesaria a los médicos para entre-

narse en el trabajo en equipos multidisciplinarios donde la experiencia o conocimiento útil y el liderazgo basado en la autoridad del conocimiento, puede venir incluso de otros profesional no médico y no depende de la jerarquía impuesta por el proceso de trabajo.³

En cuanto a otros aspectos organizativos del taller debemos resaltar que la eficacia mejora cuando se trabaja con pocos subgrupos de 3 ó 4 residentes para buscar mayor dinámica y evitar la distracción de sus integrantes; la práctica demuestra que en este tipo de subgrupo es donde más se produce la discusión desarrolladora en la solución de las tareas. En los talleres eficientes los profesores generalmente hacen coincidir el número de tareas a desarrollar, con el de subgrupos, para responsabilizar a cada subgrupo con la solución de una tarea independientemente de que deben resolverlas todas.

Nuestras observaciones coinciden con los criterios de los profesores de que el tiempo recomendable para un taller eficiente debe situarse entre 60 y 150 min y adoptarse la distribución de tiempo por etapas que ellos recomendaron. Este aspecto facilita la productividad del taller y el rendimiento intelectual mantenido de los participantes.

En esta forma de organización docente la utilización de las técnicas grupales afectivo-participativas parece ser importante para aumentar su eficacia, por eso el profesor debe tenerlas a su alcance. Promover la participación significa estimular el desarrollo en los médicos de la competencia decisoria en el trabajo profesional,³ y permite que el profesor marque el ritmo del aprendizaje con una pedagogía que promueva el diálogo, desate la palabra, anime la reflexión, libere el pensamiento y desarrolle capacidades y modos de intervención.⁴

En relación con la evaluación, los conocimientos y experiencias obtenidas nos hacen creer que la combinada residente-profesor es la más eficaz para estimular la productividad del residente, su seguridad para

autovalorar su actuación profesional e identificar sus necesidades de desarrollo y para el profesor; es un modo efectivo de objetivar su valoración e integrarla a la dinámica de trabajo del grupo en la actividad docente.

La evaluación siempre debe realizarse porque contribuye a que el residente se plantee mayores exigencias, desarrolle un trabajo fructífero, defienda y argumente sus explicaciones y desarrolle el sentido de responsabilidad (ISCMH. El sistema de la evaluación del aprendizaje de los estudiantes en la educación superior. La Habana;1986:2-6.).

Conclusiones

La preparación previa de los residentes y profesores y la buena motivación ini-

cial del taller son directamente proporcionales con su eficacia.

El taller para tener mayor eficiencia debe cumplir los siguientes requisitos organizativos: realizarse en un intervalo entre 60 y 150 min, con un número de residentes entre 6 y 15, agrupados en 2 a 4 subgrupos de 3 ó 4 residentes, resolviendo igual número de tareas y distribuyendo el tiempo por etapas de manera que le toque a la introducción el 13 %, el análisis y la solución tendrán un 33 %, la exposición y la discusión contarán con 40 % y las conclusiones y la evaluación con un 14 %.

El profesor para hacer más eficiente el taller debe ser un facilitador de la dinámica de grupos, mediante técnicas grupales afectivo-participativas y utilizar la evaluación combinada.

SUMMARY: A descriptive study was carried out by observing 60 workshops conducted by professors of General Comprehensive Medicine in "Reina" and "Santos Suárez" Teaching Polyclinics of Havana City from November, 1994, to May, 1996, in order to determine norms of practical usefulness that increase the efficiency of their use. A guide of observations was utilized and a workshop was held with these professors having more experience on this topic. In most of the efficient workshops the residents and professors prepared themselves previously and the initial motivation was good. As regards the organizational aspects, there were differences between the efficient and the inefficient workshops and the evaluation made by the professor prevailed. It was concluded with a series of practical norms that contribute in an important way to make the teaching workshop more efficient.

Subject headings: EDUCATION, MEDICAL, GRADUATE; PHYSICIANS, FAMILY.

Referencias bibliográficas

1. Galli A. Programa de formación docente pedagógica. Curso de conducción del aprendizaje. Estrategias de enseñanza. Washington DC: OPS, 1992:58.
2. Fuentes M. El grupo y su estudio en la psicología social. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1985:42-52.
3. Morales A. La formación del médico para acciones en los SILOS. Educ Med Salud 1990;24:363-78.
4. Davidov VV, Slobodchikov VI. La enseñanza que desarrolla en la escuela del desarrollo. En: Mudrik AV. La educación y la enseñanza: una mirada al futuro. Moscú: Progreso, 1991:118-45.

Recibido: 9 de febrero de 1998. Aprobado: 9 de mayo del 2000.

Lic. Wilfredo Guibert Reyes. Calle Serrano # 561 (altos) entre Santa Irene y San Bernardino, Santos Suárez, municipio 10 de octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.