



Universidad Nacional del Litoral.

Facultad de Humanidades y Ciencias.

Tesis de Maestría en Docencia Universitaria.

Habilidades sociocognitivas en estudiantes de medicina: reflexiones a partir
de una práctica de educación experiencial.

Maestrando: Carina Andrea Croissant.

Directora: Dra. Liliana Ortigoza.

Codirectora: Mg. Yelena Kuttel.

Santa Fe, 14 de diciembre de 2023

Agradecimientos:

A mi familia, a mis hijos amados, a mis padres por haber iluminado el camino. A mis abuelos siempre presentes en mi corazón.

En especial un agradecimiento sincero y afectuoso a mi directora de tesis Dra. Liliana Ortigoza por su acompañamiento, disposición y estímulo afectuoso. A la Mg. Yelena Kuttel por comprender y acompañar.

INDICE GENERAL:

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.

1-1 Las competencias y su legado.....	1
1-2 El avance de la Educación Emocional.....	2
1-3 La explosión de las Habilidades.....	3
1-4 Aproximación a la Complejidad en Salud.....	5
1-5 Justificación.....	6

CAPÍTULO 2: OBJETIVOS.....10

CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO..... 11

3-1 Sobre las Habilidades sociocognitivas.....	11
3-1-1 Sobre las teorías y enfoques que permitieron el estudio y aprendizaje de las habilidades sociocognitivas en educación.....	11
3-1-2 Iniciándonos en habilidades.....	12
3-1-3 Habilidades cognitivas y habilidades no cognitivas.....	14
3-1-4 Habilidades en competencias profesionales médicas.....	18
3-1-5 Las habilidades sociocognitivas en Medicina en contexto.....	20
3-1-6 Las habilidades de comunicación.....	23
3-1-7 Empatía.....	25
3-1-8 El Trabajo en equipo.....	26
3-2- La Educación situada.....	28
3-2-1 Sobre el constructo de la educación situada.....	28
3-2-2 Sobre la teoría histórico cultural.....	30
3-2-3 Práctica situada con aprendizaje en ciclos: el aprendizaje expansivo.....	31
3-3 Sobre la Extensión.....	34
3-3-1 El extensionismo en la UNL.....	34
3-3-2 Sobre la Educación Experiencial.....	37
3-3-3 Sobre las Prácticas de extensión de educación experiencial.....	38

3-4 Salud Pública.....	39
3-4-1 La Salud pública tradicional en crisis.....	39
3-4-2 La disciplina Salud Pública en la FCM.....	40
3-4-3 Un salto y una ruptura en una PEEE. Aportes de la Salud Colectiva.....	41
CAPÍTULO 4: MARCO METODOLÓGICO.....	46
4-1 Tipo de investigación.....	46
4-2 Contexto de investigación.....	46
4-2-1 Población, Grupos de estudio, muestra.....	47
4-3 Proceso de investigación, instrumentos.....	47
CAPÍTULO 5: ANÁLISIS Y RESULTADOS.	
5-1 Objetivo 1.....	51
5-1-1 Sobre la PEEE “Conocer para cuidar” en la curricula de medicina.....	51
5-2 Objetivo 2.....	58
5-2-1 Habilidades de aprendizaje en contexto.....	67
5-2-2 Habilidades de comunicación.....	71
5-2-3 Habilidades de trabajo en equipo.....	79
5-2-4 Habilidades cognitivas básicas.....	84
5-2-5 Habilidades interpersonales o de relación.....	88
5-2-6 Habilidades sociales personales.....	91
5-2-7 Habilidades empáticas.....	93
5-2-8 Habilidades educativas.....	100
5-3 Objetivo 3.....	104
5-3-1 Propuestas en relación con el Primer ciclo de promoción de la Salud.....	105
5-3-2 Propuestas para el segundo ciclo de Prevención de la enfermedad.....	106
5-3-3 Propuestas para el tercer ciclo de Diagnóstico, tratamiento y Rehabilitación.....	106
5-3-4 Propuestas para el Ciclo de la Práctica Final Obligatoria.....	107
CAPITULO 6: CONCLUSIONES.....	108
6-1 Acerca del 1er objetivo.....	108
6-2 Acerca del 1er objetivo.....	108

6-3 Acerca del 1er objetivo.....109

BIBLIOGRAFIA.....111

ANEXOS:

ANEXO I: Taller de reflexión.....127

ANEXO II: Modelo de entrevista.....130

ANEXO III: Entrevista desgravada N° 1.....133

ANEXO IV: Encuesta.....141

ANEXO V: Informe final alumno.....146

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Dimensiones de las competencias profesionales.....	21
Tabla2 Categorías de habilidades sociocognitivas en una PEEE de los estudiantes de medicina 2023.....	60
Tabla 3 Dimensión realidad en frases significativas de las habilidades sociocognitivas por categoría emergente en una PEEE de los estudiantes de medicina. 2023.....	63
Tabla 4 Habilidades de aprendizaje en contexto en estudiantes de medicina en una PEEE.2023.....	67
Tabla 5 Habilidades de comunicación en estudiantes de medicina en una PEEE. 2023.....	72
Tabla 6 Habilidades de trabajo en equipo en estudiantes de medicina en una PEEE. 2023.....	80
Tabla 7 Habilidades cognitivas básicas en una PEEE de estudiantes de Medicina.2023.....	84
Tabla 8 Habilidades interpersonales o de relación en una PEEE de estudiantes de Medicina.2023.....	88
Tabla 9 Habilidades sociales personales en una PEEE de estudiantes de Medicina. 2023.....	91

Tabla 10 Habilidades empáticas en una PEEE en estudiantes de medicina 202393

Tabla 11 Habilidades docentes en una PEEE en estudiantes de medicina 2023.....100

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1: Interpretación metodología cualitativa (Sirvent).....51

Gráfico N° 2: Autoevaluación de desempeño en relación con tu desarrollo personal
(compromiso y actitud). Adaptación al territorio. IFA.....70

Gráfico N° 3: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades para iniciar, mantener o
terminar conversaciones con otras personas. Pregunta N°2.....76

Gráfico N° 4: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades para iniciar, mantener o
terminar conversaciones con otras personas. Pregunta N° 3.....77

Gráfico N° 5: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades para iniciar, mantener o
terminar conversaciones con otras personas. Pregunta N° 4.....78

Gráfico N° 6: Autoevaluación de desempeño en relación con tu desarrollo personal
(compromiso ay actitud) Capacidad de escucha frente a las inquietudes expresadas por los
participantes. IFA.....79

Gráfico N° 7: Autoevaluación de desempeño en relación con el trabajo técnico. Posibilidad
de seguir construyendo. IFA.....86

Gráfico N° 8: Autoevaluación de desempeño en relación con el trabajo técnico-académico.
Capacidad de gestión de información. IFA.....87

Gráfico N° 9 Autoevaluación de desempeño en relación con el trabajo técnico-académico. Capacidad de registro de datos. IFA.....	87
Gráfico N° 10: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades de exposición a extraños y nuevas situaciones. Pregunta N° 5.....	90
Gráfico N°11: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades de exposición a extraños y nuevas situaciones. Pregunta N° 1.....	91
Gráfico N°12: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades para hacer frente al riesgo. Capacidad para oponerse o rechazar comportamiento. Pregunta N° 12.....	92
Gráfico N°13: Autoevaluación de desempeño en relación con el trabajo técnico. Capacidad de organización del trabajo. IFA.....	93
Gráfico N° 14: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades empáticas o de expresión de sentimientos positivos. Pregunta N° 6.....	98
Gráfico N° 15: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades empáticas o de expresión de sentimientos positivos. Pregunta N° 7.....	99
Gráfico N°16: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades empáticas o de expresión de sentimientos positivos. Pregunta N° 8.....	99
Gráfico N°17: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades académicas o laborales. Pregunta N° 9.....	101
Gráfico N°18: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades académicas o laborales. Pregunta N° 10.....	102

Gráfico N° 19: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades académicas o laborales.

Pregunta N° 11..... 102

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1-1 Las competencias y su legado

La propuesta educativa de enfoque por competencias aparece en la década del 90, como dominante en la educación, y pregonó por el cambio de estructuras y curricula a fin de mejorar la calidad de la formación y la internalización de los profesionales y estudiantes. Su origen está ligado a la necesidad de proporcionar educación técnica y capacitación a trabajadores, preparándolos para el mundo laboral capitalista. Como enfoque se consolidó luego del Tuning Europa (2003). Dicho proyecto describió y delimitó las competencias específicas y las genéricas o transversales, las formas de enseñanza aprendizaje y evaluación de las mismas en distintas profesiones. En aras de innovar en educación, se instó a modificar los perfiles profesionales, los programas de formación y los procesos evaluativos olvidándose de los marcos conceptuales educativos idóneos, del acompañamiento institucional y la formación docente (Díaz Barriga, 2019).

El proyecto Tuning América latina del área de medicina (2011-2014), tuvo algunos desarrollos. Convocó a representantes de 14 facultades públicas y privadas, quienes acordaron un perfil de médico orientado hacia la APS, un meta perfil, 8 competencias e identificaron una competencia tanto específica como transversal sobre la cual trabajaron unificando criterios: la “capacidad de comunicarse” (Hanne, 2013). Sabemos que la educación médica se basa en dos modelos tipos: el modelo biomédico histórico dominante y el centrado en el aprendiz, este último con el enfoque de abordaje basado en problemas o el enfoque por competencias que incursionó en la formación de los médicos luego del proceso de Bologna. En la educación médica de pregrado en Argentina, no hay documentos unificadores o de consenso sobre los enfoques de competencias

a desarrollar en las carreras de formación, y no existe acuerdo sobre el significado o el tipo y cantidad de competencias a enseñar ni a evaluar. Demuestran lo anterior Ladenheim y Hernández (2020), en un estudio realizado a planificadores curriculares en ciencias médicas. En cambio, dirigida al posgrado (residencias médicas) el Ministerio de Salud (2022) publica un documento llamado “Guía para la elaboración de un marco de referencia para la realización de prácticas profesionales confiables”, donde además de orientar sobre cómo elaborar un programa de formación de especialidad, desarrolla las actividades profesionales confiables, dominios de competencias, habilidades, comportamientos, actitudes, etc. El gran avance de las disciplinas en medicina (especialidades y subespecialidades) hizo que el tema de las competencias se haya magnificado debido a las clasificaciones a las cuales se las sometió. Sobre las competencias específicas las especialidades médicas se encargaron de aplicar divisiones y subdivisiones taxonómicas agrupándolas en dominios, familias, clases, subclases, tipos, subtipos, etc. Hay competencias específicas o técnicas en medicina como especialidades, subespecialidades, asociaciones nacionales o internacionales de médicos y de las más de 25 especialidades médicas. Como se ve el desconcierto es grande y se agiganta cuando muchos autores utilizan como sinónimos de las competencias a las habilidades. El legado de las competencias en Medicina agrega más confusión al tema que me convoca de “las habilidades”.

1-2 El avance de la Educación Emocional

La Educación Emocional avanza en educación en América Latina como algo nuevo. Se presenta como una propuesta de formación de habilidades socioemocionales que incidirían en los beneficios laborales de las personas, en el autocontrol y la adaptación al entorno. Surgen así

cambios de políticas educativas en la región, inspirados por organismos internacionales (OCDE, BID) orientando enfoques de educación emocional y entrenamiento de habilidades no cognitivas. El enfoque deriva conceptualmente de la Inteligencia Emocional (Garner,1996) y la psicología positiva. “Las emociones tienen aquí un lugar central, pero no para ser exploradas o amplificadas sino para para ser sometidas al control y, en el mejor de los casos, convertidas en habilidades útiles para el mercado laboral” (Abramosky, 2018, p.12). En Argentina, la incorporación de contenidos emocionales en el sistema educativo es un hecho. El proceso en nuestro país pone en evidencia el avance desigual de los cambios a nivel jurisdiccional ya que sólo se implementó en algunas provincias. El Plan Estratégico Nacional “Argentina Enseña y Aprende”, donde se presentan los ejes prioritarios en materia de política educativa para el período 2016-2021, da cuenta del cómo y el para qué las habilidades emocionales se permearon en educación. Dicho plan fomenta desde una concepción integral del aprendizaje, “el desarrollo cognitivo, socioemocional, estético, físico y cívico-social de los estudiantes” (p.3). Así como resulta imperioso fortalecer la enseñanza y el aprendizaje, “junto con el desarrollo de capacidades y habilidades cognitivas, interpersonales e intrapersonales de manera transversal” (p. 10).

1-3 La explosión de las habilidades

Existe un fenómeno de crecimiento exponencial de publicaciones de trabajos de investigación, documentos, informes de consensos, entre otros sobre habilidades blandas. El término habilidades blandas surgió en 1972 en un listado de tareas del ejército de los EE. UU. Desde allí hasta la fecha no han parado de expandirse sus denominaciones, sus interpretaciones, sus categorías, ni la relación jerárquica entre ellas. Hoy las habilidades llamadas blandas pueden

responder a: cualidades, voliciones, resoluciones de problemas o toma de decisiones, capacidades cognitivas, habilidades interpersonales, habilidades de liderazgo, habilidades de comunicación, trabajo emocional, estética, apariencia personal o lookismo, capacidad para la toma de decisiones y/o alcanzar metas, etc. El avance desenfundado de las habilidades blandas con sus listas y categorías parecen desprenderse de un paper sobre el enlistamiento de cualidades para el trabajo. A veces se asumen erróneamente como propiedades de las personas y que éstas podrían transferirlas fácilmente de un contexto al otro sin complicaciones (Touloumakos, 2020). Parece haber una brecha entre las exigencias de competencias blandas desde el sector laboral versus las competencias en habilidades blandas de los nuevos profesionales. El sistema educativo comenzó a sentir las demandas incorporando tíbiamente el tema de las habilidades en las propuestas de formación de profesionales.

Durán Pérez, (2021) desarrolla en una investigación las habilidades cognitivas y las relaciona con el aprendizaje activo.

Erausquin y Capelari, (2017) publican un trabajo donde recuperan los aportes de la teoría sociocultural como enfoque al impacto de políticas educativas de tutorías (aprendizaje situado) en un estudio de 6 universidades públicas de Argentina y México, desde 2002 a 2012. El avance del modelo educativo de trabajo en tutorías en la educación superior mediante un trabajo cualitativo comparado es utilizado por la autora para describir beneficios mediante dicho enfoque.

Con relación a la educación situada y el aprendizaje expandido en proyectos de extensión universitaria, se encontró un trabajo publicado por Erausquin, Fernández y Yain Mazú (2021) en

donde se destacan los hallazgos y puesta en valor del aprendizaje expansivo en y entre agentes profesionales educativos y en formación, antes y después de un proyecto de extensión.

Ladenheim y Hernández (2020) realizan un estudio de investigación cualitativo, donde indagan a planificadores en educación médica en Argentina, sobre el significado de las competencias genéricas. Demuestran que dichos actores claves tienen distintas interpretaciones y utilizan un lenguaje no compartido sobre las mismas.

Es de sumo interés un trabajo sobre la comunicación donde se detallan las perspectivas, concepciones y preguntas en relación con ellas, en una instancia de aprendizaje situado político en la extensión universitaria (Hidalgo y Galende,2022).

1-4 Aproximación a la complejidad en Salud

En los últimos 50 años la región de América Latina ha tenido profundos y marcados cambios sociales, económicos, políticos, etc. Los cambios demográficos como el envejecimiento poblacional, el aumento de la esperanza de vida y la caída de la fecundidad están produciendo nuevas demandas a los estados en términos de protección social y sanitaria. La transición demográfica no cesa en la región y está ocurriendo con tasas de desarrollo más bajas que en Europa y con desigualdad persistentemente más altas. Paralelamente los cambios climáticos como el sobrecalentamiento y sus consecuencias en el medio ambiente impactan negativamente sobre la salud humana. La desigualdad educativa y económica, las malas condiciones de trabajo, la falta de acceso a alimentos seguros, variados y de calidad, los inadecuados modos y estilos de vida, la inequidad de género, la falta de acceso equitativo a la salud, el uso no adecuado de la tecnología,

entre otros motivos están deteriorando el estado de salud de las poblaciones. La globalización con sus lógicas de producción y reproducción también opera en la determinación del proceso salud enfermedad y cuidado. Argentina no escapa hoy a esta realidad, inclusive mostrando un deterioro progresivo y mayor en indicadores económicos, e injustos aplanamientos de indicadores sanitarios, en relación a los países de la región, viejos y nuevos problemas impactan en la salud de las y los argentinos. La complejidad se presenta en el cotidiano, en todos los espacios como una cantidad de fenómenos y problemas diversos de múltiples elementos con dinámicas y velocidad de cambio inusitadas y de final incierto. Epidemias reemergentes, pandemias de nuevos microorganismos, violencia, adicciones, obesidad y enfermedades cardiovasculares, enfermedades de salud mental, problemas respiratorios y neoplasias, irrumpen en medio de un sistema sanitario que además de fragmentado e inequitativo se muestra con poca respuesta, débil, y desfinanciado. Los trabajadores de la salud se muestran desmotivados y cansados. La educación médica y sus transformaciones se muestra desacompañada y atrasada frente a los cambios sociales y la crisis sanitaria.

1-5 Justificación:

La formación de recursos humanos en salud tiene que estar planificada atenta a las necesidades sanitarias cambiantes de la población y de los requerimientos del sistema sanitario. Desde el informe Flexner (1910) a nuestros días, son numerosas las recomendaciones internacionales para la mejora de la formación en ciencias médicas. La educación médica ha tenido algunos avances en los últimos años. El enfoque tradicional biólogo hegemónico que ha predominado en las facultades de medicina durante el último siglo ya demostró ser

ineficiente. En virtud de ésto, estratégicamente se orientaron cambios hacia la misión y el perfil, ambos elementos complementarios. Con relación al perfil en Argentina “El Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas” (FAFEMP) ha definido que el país necesita médicos con orientación hacia la Atención Primaria de la Salud, y que las facultades deben esforzarse más en la “misión social”, entendida como el compromiso de la universidad con la sociedad y el espacio geográfico donde está inserta (Borrell Ventz, 2012).

La Universidad Nacional del Litoral nace en 1919 como una institución extensionista desde su primer estatuto fundante. Dentro de su misión institucional la extensión apunta a democratizar el conocimiento. La extensión, integrada con la docencia y la investigación, contribuyen a construir procesos de enseñanza y de aprendizaje pertinentes y relevantes en situaciones complejas, generar nuevos conocimientos que respondan a la problemática social regional, vincular el ámbito académico con el Estado, la sociedad civil y el tejido productivo garantizando apropiación social que genere mayor inclusión y cohesión social.

En 2010 la UNL decide recuperar su perdida formación en Ciencias de la Salud, creando la Facultad de Ciencias Médicas. El plan de estudios y la currícula innovadora estructurada en ciclos y con metodología de aprendizaje basado en problemas (ABP), se tomaron como modelo de la Universidad Nacional de Rosario, con modificaciones locales. Se propone la formación de un médico con perfil orientado hacia la Atención Primaria de la Salud (APS). La propuesta pedagógica se realiza a través de trabajo en tutorías con aprendizaje basado en problemas, seminarios disciplinares, talleres, trabajos prácticos, talleres de reflexión y prácticas de extensión de educación experiencial (PEEE) curricularizadas. La disciplina Salud Pública se incorpora al currículo desde

el primer año de la carrera, con una fuerte impronta durante el Ciclo de Promoción de la Salud, con contenidos disciplinares de complejidad creciente, incluidas salidas a la comunidad y a los Centros de Atención Primaria de la Salud. Acompañando los principios curriculares de una educación problematizadora, se vuelve imprescindible el encuentro de los estudiantes con la comunidad y el territorio. El estudiante en este ciclo debe adquirir una competencia irrenunciable, debe “aprender a aprender” en contexto:

Hoy sabemos que aprender a aprender es una expresión que incluye la enseñanza de una serie de habilidades estratégicas, metacognitivas, autorreguladoras y motivacionales para seleccionar, organizar e integrar de forma activa la información al conocimiento previo y asumir una actitud pensante y crítica sobre lo que se tiene que aprender (Hernández y Díaz Barriga, 2013, p.12).

Por otra parte, Camilloni (2017) detalla: “En las experiencias de participación en proyectos de extensión, por el contrario, las habilidades no cognitivas, siempre articuladas con las cognitivas, tienen una posición muy relevante” (p. 66-67). Dichas habilidades surgen en la interacción teoría práctica y son las menos conocidas por los docentes. Forman parte de todos los enunciados de los perfiles profesionales o académicos. Se han enseñado siempre implícitamente sin habersele dedicado tiempo ni explicación, sin sistematicidad, y por lo general no suelen evaluarse (Camilloni 2017).

Dentro de este marco, en consonancia con los lineamientos institucionales de la UNL, acompañando la propuesta pedagógica docente de nuestra curricula, haciendo foco en la

formación de un médico con orientación hacia la APS, con formación y competencias sociales es que se piensa la presente investigación. La disciplina Salud Pública tiene el enorme compromiso de contribuir en la formación de médicos que puedan elevar al máximo posible la salud de las poblaciones.

En esta dirección, se plantean los objetivos de esta tesis a continuación.

CAPÍTULO 2: OBJETIVOS.

Objetivo general:

- ✓ Analizar las habilidades sociocognitivas de los estudiantes de Medicina, en una instancia de aprendizaje situado dentro de una Práctica de Educación Experiencial de la disciplina Salud Pública en la comunidad.

Objetivos específicos:

- ✓ Describir la Práctica de Educación Experiencial propuesta para el estudio, con énfasis en las habilidades sociocognitivas a estudiar.
- ✓ Identificar las habilidades sociocognitivas de los estudiantes con relación al aprendizaje situado en pequeños grupos, y en relación con la comunidad de aplicación de la práctica.
- ✓ Proponer, a partir de los resultados obtenidos, instancias formativas de dichas habilidades en diversas áreas de la carrera de Medicina

CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO.

3-1 Sobre las habilidades sociocognitivas en educación

3-1-1 Sobre las teorías y enfoques que permitieron el estudio y aprendizaje de las habilidades sociocognitivas en educación.

Desde el campo de la educación, autores como Dewey y Montessori plasmaron en sus obras la centralidad de la dimensión afectiva en los procesos de aprendizaje. Sin embargo, desde el campo de la Psicología surgieron nuevas teorías y aportes que van a irrumpir en la Educación actual. Una de ellas es la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977). Dicha teoría pone énfasis en los orígenes sociales de la conducta, en el aprendizaje por observación de las conductas de otros y sus consecuencias, en el aprendizaje de patrones complejos de conductas incluso en ausencia de recompensa, y en la capacidad autorregulatoria del individuo. “La teoría del aprendizaje social explica la conducta humana en términos de una interacción recíproca entre los determinantes cognoscitivos, los comportamentales y los ambientales” (Bandura, 1976, p. 10).

Garner (psicólogo) publicó la teoría de las inteligencias múltiples en 1982. Los aportes de Gardner, desafiaron la visión del momento sobre la inteligencia humana resultante sólo de capacidades cognitivas. Las personas tienen múltiples inteligencias(espacial, lingüística, lógico matemática, musical, corporal, etc), pudiendo desarrollar mejor algunas inteligencias por sobre otras. Su teoría tuvo mucho impacto en la Educación. Posteriormente investigó y publicó sobre las inteligencias personales e interpersonales (Goleman, 1995).

Goleman estudió la importancia de las emociones y los sentimientos en la inteligencia,

publicando su libro *La inteligencia emocional*. En él escribe: “ los modelos predominantes entre los científicos cognitivos respecto a cómo la mente procesa información no han reconocido que la racionalidad está guiada y a veces inundada por el sentimiento” (Goleman , 1995, p. 61). Nuevas investigaciones sobre el estudio de la personalidad y el comportamiento, junto al avance desenfrenado de las neurociencias dominan la escena científica de las últimas décadas de fines del siglo pasado. Con la llegada de la globalización y las nuevas tecnologías, el mundo laboral exige profesionales aptos para el Siglo XXI. Resumidamente, éstos hechos van a originar la irrupción de lo que se llama la educación emocional y la expansión de las habilidades en la educación. Estos cambios se vienen observando en las últimas cuatro décadas. En Argentina la educación emocional es un hecho. Este enfoque educativo, no exento de críticas, permitió la profundización sobre la afectividad y las habilidades socioemocionales en la Educación.

3-1-2 Iniciándonos en habilidades

La palabra habilidad proviene del latín *habilitas* (Real Academia Española, 2022), y significa aptitud, ~~habilidad~~ gracia y destreza en ejecutar algo. Green (2011) define a la habilidad como una cualidad personal. Es un constructo confuso, con diferentes conceptualizaciones según sea el campo disciplinar desde donde se origine. Las habilidades tienen significados, enfoques y desarrollos diversos según la economía, la administración, las ciencias políticas, la psicología, la sociología y la educación. Según el autor, las habilidades tienen tres características: son socialmente determinadas, producen valor y se mejoran con la formación y desarrollo, es decir son expandibles (Green, 2011).

En sus orígenes el término habilidad era entendido como destreza o coordinación en la

ejecución de tareas; es decir de naturaleza física, de aplicación práctica y lo que el conocimiento pone en acción. El término habilidades y su interpretación se encuentra en expansión desenfrenada, debiéndose a factores que operan en tres niveles distintos. El primero por la retórica, se dejaron de usar denominaciones más abstractas como “trabajador calificado o “trabajador experto” comenzándose a reemplazar por el sustantivo concreto: habilidad. El segundo es a nivel de la definición, es decir el término habilidad se amplió conceptualmente con nuevas interpretaciones, lo que lo hace cada vez más dificultoso. Por último, se explica por el gran desarrollo de los campos disciplinares (Touloumakos, 2020).

Desde el campo económico surgieron estudios muy reveladores como el de las habilidades en relación con el capital humano. Según Heckman, Carneiro y Cuhna (2004): “Partimos de la premisa de que la formación de habilidades es un proceso de ciclo de vida. Comienza en el útero y continúa durante la mayor parte de la vida adulta” (p.18). Son incentivadas por la familia, la educación o la empresa. Si bien los niños demuestran mayor plasticidad ante el entrenamiento de las habilidades cognitivas y no cognitivas; el comportamiento es mucho más maleable que los recursos cognitivos a medida que los individuos envejecen (Heckman, Carneiro y Cuhna, 2004).

En la publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), habilidades para la vida, los autores señalan: “Un aspecto clave del desarrollo humano tan importante para la supervivencia básica como el intelecto es la adquisición de habilidades sociocognitivas y emocionales para enfrentar problemas” (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001, p. 6). Para ellos -y otros organismos internacionales- el enfoque de desarrollo de habilidades para la vida a niños

y adolescentes permite un comportamiento adaptativo y positivo frente a los desafíos. Además, promueve su salud, la aleja de los riesgos, mejora su rendimiento educativo, promueve capacitación y empleo, resuelve conflictos previniendo la violencia, mejora la autoestima y el autocontrol y soluciona problemas. Para la OPS y otros organismos internacionales estos enfoques junto a la práctica educativa en habilidades podrían mejorar las oportunidades de acceso al empleo de los jóvenes.

3-1-3-Habilidades cognitivas y habilidades no cognitivas.

Las habilidades cognitivas son viejas conocidas para los docentes y tradicionalmente consideradas las más importantes en Educación. El trabajo educativo se orienta tradicionalmente a potenciar los recursos y habilidades cognitivas en los estudiantes. Cumplir con los desafíos cognitivos propuestos por los docentes son garantía de buen rendimiento académico. También son llamadas habilidades duras, técnicas o específicas. Existe acuerdo que las habilidades cognitivas se ponen en juego al leer, escribir, resolver problemas matemáticos, etc. Las siguientes se consideran habilidades cognitivas: interpretar y discriminar entre objetos, actos o estímulos, identificar conceptos, reflexionar, razonar, formular y resolver problemas, generalizar, pensar en abstracto, sintetizar, atender y concentrarse, planear, organizar y ejecutar, entre otras acciones.

De acuerdo con Gatti, (2005), “Las habilidades cognitivas son capacidades que hacen al individuo competente y le permiten interactuar de manera simbólica con su medio ambiente” (p. 123). Durante mucho tiempo, las investigaciones bajo el dominio científico del cognitivismo se centraron en deconstruir el proceso de información, por supuestos mecanismos que ocurrían en el

cerebro; se creía el gran protagonista de los procesos de aprendizaje. Esto fue un gran equívoco, ya que los recursos cognitivos ponen en juego estrategias adaptativas según la situación y el contexto. Las motivaciones que ponen en acción las habilidades están determinadas por valores, creencias, e interpretaciones que se construyen sobre el propio rol, el de los otros, las relaciones sociales y políticas, las relaciones escolares, y la de las organizaciones. Menciona el autor: “Desde nuestra óptica, carece de sentido intentar aproximarse a las habilidades cognitivas y/o sociales independientemente de las valoraciones idiosincrásicas, las representaciones, las percepciones y las expectativas de las personas” (Gatti, 2005, p.128).

Queda entonces preguntarse: ¿A qué se llama habilidades no cognitivas? A todas las habilidades que quedan por fuera de las cognitivas. Interesa conceptualizarlas, caracterizarlas y clasificarlas. Nos encontramos con diversos conceptos para denominar lo mismo: habilidades blandas, sociales, socioemocionales, sociocognitivas, competencias genéricas o transversales, competencias sociales o socioemocionales, competencias para el siglo XXI, habilidades laborales, meta competencias, etc. Como se ve la ambigüedad es grande y en crecimiento. Parecería ser que comparten características como involucrar a las emociones y afectos, incluir aspectos de relación con los otros incluido el comportamiento, garantizar la comunicación ya sea con lenguaje verbal y no verbal, adaptarse al entorno, tomar decisiones, etc.

En un mundo globalizado, con escenarios sociales y laborales vertiginosamente dinámicos, se proponen la adquisición en habilidades blandas las cuales parecen otorgar mayor empleabilidad y éxito laboral y personal. Son las más demandadas desde el mundo del trabajo. Existe mucha evidencia sobre los beneficios de tenerlas o adquirirlas.

Entre las múltiples clasificaciones de habilidades no cognitivas que existen en la literatura, en esta investigación se propone la de Zhou (2016) por su simplicidad, quien las clasifica en tres: perseverancia y/o determinación, autocontrol y habilidades sociales. Para Zhou (2016), “la medición global de las habilidades no cognitivas debe diseñarse e implementarse para diferentes etapas, para reflejar las tendencias. Sin embargo, no existe un estándar establecido para rastrear el desarrollo de habilidades no cognitivas en diferentes etapas” (Zhou, 2016, p. 10).

Para Del Prette y Del Prette (2017):

Las habilidades sociales se refieren a un constructo descriptivo de comportamientos sociales valorados en una cultura determinada con una alta probabilidad de resultados favorables para el individuo, su grupo y comunidad que pueden contribuir a un desempeño socialmente competente en tareas interpersonales (p. 24).

En nuestro país, Coronado (2008) expresa:

Tanto las habilidades como las competencias sociales son el resultado de aprendizajes. Son capacidades de actuación aprendidas, no un rasgo de personalidad; tienen un carácter específico respecto a las situaciones, ya que un sujeto hábil socialmente es capaz de mostrarse flexible y estratégico en la elección de comportamientos (p.123).

Las familias funcionales son el ámbito adecuado para el desarrollo de habilidades que generen comunicación, afecto, empatía, confianza, seguridad. Dichas habilidades son comportamientos concretos que se dan en un contexto interpersonal y tienen como propósito interpretar y orientar la relación a fin de que la interacción sea provechosa para todos. Los grupos

de pares y las instituciones educativas son otros agentes socializadores de habilidades y competencia social (Coronado, 2008).

El campo teórico práctico y de investigación de las habilidades sociales comienza a desarrollarse desde mediados del siglo pasado. Los enfoques en su origen son de índole cognitivo, conductual y sociocognitivo. Al parecer las habilidades sociales permitirían

leer el ambiente social, adoptar la perspectiva del otro, parafrasear o demostrar comprensión respecto de los pensamientos y sentimientos del interlocutor, ofrecer una retroalimentación positiva, elaborar y responder preguntas, hablar en público, ofrecer apoyo verbal y no verbal, abordar personas desconocidas y que representen autoridad, controlar la propia ansiedad, observar la propia actuación interpersonal, tratar con el silencio del interlocutor (Del Prette, 1999, p. 32).

En estudios realizados en adolescentes los déficits en las habilidades sociales estarían relacionado con déficits del rendimiento académico, con dificultades para relacionarse con jóvenes de otras etnias, y patologías como ansiedad, depresión, etc. A su vez poseer habilidades sociales actúan como factor protector en este grupo etáreo (Olaz 2009). Sin embargo, Del Prette y Del Prette (2003) señalan que, en general, la importancia de las habilidades sociales para un desempeño profesional adecuado se ha subestimado en comparación con el conocimiento técnico (Olaz 2009, p.757).

Interesa particularmente recordar que se las fraccionó y dividió al término de olvidar que son constitutivas unas con otras. Es imposible separar las habilidades cognitivas de las sociales, a sabiendas que las primeras se ponen en acción en relación **con** las últimas.

3-1-4 Habilidades en competencias profesionales médicas

Hoy existe falta de consenso y acuerdo sobre el significado de las habilidades y competencias, lo cual es un obstáculo para el desarrollo y el progreso científico. Diversos autores utilizan indistintamente el concepto competencia como sinónimo de habilidad. El concepto de competencias se originó en el mundo laboral y se interpreta muchas veces cómo los estándares necesarios para acceder a un tipo de trabajo. En educación puede ser entendido como el conjunto de tareas a realizar para aprobar una evaluación. La competencia es un concepto funcional en la gestión, la educación y también en las Ciencias de la Salud. Frank et al. (2010) entiende por competencia a “la capacidad observable de un profesional de la salud relacionada con una actividad específica que integra conocimiento, habilidades, valores y actitudes. Dado que las competencias son observables, pueden medirse y evaluarse para garantizar su adquisición.” (Etglander, 2017, p. 584).

En Argentina, el Ministerio de Salud (2022) en su Guía para la elaboración de marcos de referencia basados en prácticas profesionales confiables precisa:

La competencia implica la movilización de conocimientos, habilidades, prácticas y valores, recursos cognitivos y afectivos que permitirán intervenir sobre los problemas de salud en cada especialidad. En este sentido, se la conceptualiza como un «saber hacer» en situación, en acción que se aplica a una diversidad de contextos académicos, sociales y profesionales

(p. 1).

Dadas ya algunas definiciones conceptuales, conviene acercarse a una definición operativa de competencia, que permita dimensionar cómo se relacionan o integran las habilidades en las competencias profesionales médicas. Epstein y Hundert (2002) expresan:

La competencia depende del contexto. La competencia es una declaración de relación entre una habilidad (en la persona), una tarea (en el mundo), y la ecología de los sistemas de salud y contextos clínicos en los que esas tareas se desarrollan. Este punto de vista contrasta con un conjunto abstracto de atributos que el clínico posee; conocimientos, habilidades y actitudes, que se supone que sirven bien al médico en todas las situaciones que encuentra (p.228).

Como vemos la habilidad y o habilidades son a la competencia como los acordes musicales a una melodía. Sin habilidad o habilidades no hay competencia. Otro gran ítem para desarrollar tiene que ver con lo que los autores llaman “contexto”.

Interesa también despejar aquí las competencias del enfoque de educación médica que estructuran las currículas y ordenan las evaluaciones de muchas escuelas de grado de Medicina en el mundo. Enfoque que también desembarcó en programas de residencias médicas o posgrados de formación de especialidades. “Un sistema basado en competencias describe el resultado deseado al final del itinerario educativo” (Englander et al., 2013, p. 1088). Para construir dicho enfoque se avanzó definiendo marcos, ámbitos, listas, dominios, clases, subclases, árboles y taxonomías de competencias según disciplinas, sociedades científicas, países y regiones con sus ministerios y/o secretarías que rubriquen títulos, de grado, de posgrado o títulos de especialistas, etc. Como proceso

se puede decir que el camino no es claro, está lejos de concluirse, y tarda más en resolverse que el trabajo técnico (Etglander et al., 2017). Como resultado nos encontramos, entre otros, con una basta producción de publicaciones, papers, conferencias regionales, etc; que van dejando como legado un panorama confuso, con lenguajes ambiguos.

3-1-5 Las habilidades sociocognitivas en medicina en contexto

Este trabajo toma las habilidades sociocognitivas bajo el enfoque sociocognitivo, resultado de la fusión del paradigma cognitivista y del sociocultural. Los futuros profesionales médicos deberán resolver problemas en contexto con respuestas entre la cognición, la afectividad y el comportamiento.

Para Durán Pérez y Gutiérrez Barreto (2021), las habilidades cognitivas de los profesionales de la salud incluyen el pensamiento científico, el razonamiento clínico, pensamiento crítico, pensamiento sistémico, juicio clínico y pensamiento complejo.

Epstein y Hundert (2002) profundizan un poco más definiendo a las competencias profesionales en los médicos como “el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria en beneficio del individuo y la comunidad a la que se sirve”.

La siguiente tabla aborda las distintas dimensiones de las competencias profesionales médicas (Epstein y Hundert, 2002), demostrando gráficamente el universo extenso de dimensiones de competencias profesionales (para áreas clínicas) con las respectivas habilidades que las conforman. En virtud de no encontrar material bibliográfico o publicaciones similares, aplicadas a áreas preclínicas o comunitarias (de solidez académica y representativa) es que se

decide tomar el trabajo de Epstein y Hundert, como teóricos de referencia para la presente investigación.

Tabla 1 Dimensiones de las competencias profesionales

Dimensiones de la competencia profesional.
Cognitiva
Conocimientos básicos
Habilidades comunicativas básicas
Gestión de la información
Aplicación de conocimientos a situaciones reales
Utilización del conocimiento tácito y la experiencia personal
Abstracción de resolución de problemas
Autodirección de adquisición de nuevos conocimientos
Percepción de lagunas en el conocimiento
Generar preguntas
Utilización de recursos. (Por ej., evidencia publicada, colegas.
Aprender de la experiencia
Técnica
Habilidades de examen físico
Habilidades quirúrgicas
Integrativa
Incorporación de juicio científico, clínico y humanístico
Utilización apropiada de estrategias de razonamiento clínico (hipotético-deductivo, conocimiento Elaborado)
Interrelación de conocimientos clínicos interdisciplinarios
Manejo de la incertidumbre
Contextual
Marco clínico
Utilización del tiempo
Relacional
Habilidades comunicativas
Manejo de conflictos
Trabajo en equipo
Enseñar a otros (por ej., pacientes, estudiantes y colegas)
Afectiva moral
Tolerancia a la ambigüedad y a la ansiedad
Inteligencia emocional
Respeto a los pacientes

Responsabilidad ante los pacientes y la sociedad
Cuidados
Hábitos mentales
Observación de los propios pensamientos, emociones y habilidades
Capacidad de atención
Curiosidad crítica
Reconocimiento y respuesta a los sesgos cognitivos y emocionales
Voluntad de conocer y corregir errores

Nota: Tomado de Epstein & Hundert (2002).

La Medicina fue modelando distintas formas de pensamiento y métodos para la transmisión de sus certezas. Hoy la acumulación del saber académico o las prácticas descontextualizadas no parecen garantizar los aprendizajes en salud. En virtud de nuestras características en Argentina no se puede simplificar el contexto al sistema sanitario con sus características y los signos y síntomas de enfermedades. Dialógicamente resulta más significativo hablar de territorio o de territorialidad y de los procesos derivados de sus dinámicas. El territorio implica una conceptualización social y metodológica del saber, del poder y de lo político (Erausquin, 2017-2018, p.108).

Luego de la lectura pormenorizada de la bibliografía alrededor del tema, en virtud de la extensión y multiplicidad de habilidades dentro de las competencias médicas, se seleccionan aquellas habilidades sociocognitivas que resultan prioritarias desarrollar conceptual y funcionalmente como troncales en la tarea de los profesionales médicos, aplicadas a prácticas de extensión en la comunidad, proyectos comunitarios, etc. Ellas son: las habilidades de comunicación, la empatía y el trabajo en equipo.

3-1-6 Habilidades de comunicación.

La comunicación es una competencia nuclear en el campo de las ciencias de la salud. Aplicar habilidades comunicativas asertivas son fundamentales para la labor del médico. La comunicación asertiva es honesta y firme y siempre se debe realizar con respeto y empatía. Es una habilidad aprendida y tiene efectos positivos sobre la salud de las personas e impacto en los sistemas sanitarios.

La comunicación médico-equipo-paciente-familia-comunidad es un fenómeno transdisciplinar, multimetodológico y multidimensional. Los tipos de comunicación pueden ser verbal u oral, paraverbal (cualidad de la voz, tono, volumen, entonación y estilo de voz), la no verbal (gestual, táctil, expresión facial, lenguaje corporal o postura, contacto visual), y la comunicación escrita. Con respecto a la escucha activa ésta podrá ser discriminativa, terapéutica, crítica, comprensiva, o apreciativa. Existe evidencia que es más eficaz la formación en habilidades comunicacionales a través de la educación experiencial. Las sugerencias para la formación en estas habilidades son: que se integren con el resto de las habilidades, dentro de áreas y en toda la currícula; comenzando en el ciclo básico incluidas áreas socio-médicas, que se realice en pequeños grupos bajo el tutelaje de docentes expertos y con retroalimentación oportuna (Petra Micu, 2012).

Los médicos utilizan estas habilidades para interrogar a fin de obtener datos e información de sus pacientes, realizar consejería para la promoción y prevención de la salud, emitir diagnósticos incluido dar malas noticias, u otorgar pautas de tratamiento o refuerzos de estos y por sobre todo

brindar escucha atenta y empática. Los beneficios de una buena comunicación del médico o equipo de salud son muchos. Empodera a los individuos sobre su propia salud, mejora la adherencia a los buenos estilos de vida y tratamientos, genera satisfacción en el médico y el paciente y disminuyen los costos del sistema sanitario debido a que se reducen las re-consultas y la multiplicidad de estudios.

No debemos olvidar que todo acto comunicacional del trabajo médico tiene dos perspectivas: la relacional y la ética. Existe un deber ético en cada tarea comunicativa del médico, donde deben prevalecer siempre tres principios bioéticos: la justicia, la beneficencia (no hacer daño, extremar los posibles beneficios y minimizar los riesgos) y el respeto (Correa Casanova y Martínez Becerra, 2010).

Por lo tanto se hace necesario educar en valores a los estudiantes, frente a problemas reales que les permita aplicar habilidades comunicacionales empáticas, que los enfrente a dilemas éticos y morales cercanos a su práctica profesional futura.

En síntesis, las habilidades comunicacionales utilizadas por los médicos expertos son complejas, integradas con otras, múltiples, ordenadas y suceden en simultaneidad de un tiempo y en un espacio donde la percepción (uso de los sentidos y el cuerpo) del profesional al entorno y la situación y su experticia determinarán si la comunicación es asertiva y efectiva. Cuanto antes se incorporen en la formación médica mayores serán los beneficios para todos.

3-1-7 Empatía

La empatía es una habilidad socio cognitiva básica e innata, evolutivamente adquirida y maleable. Resumidamente es la comprensión de las emociones de otros y la posibilidad de demostrarlo. Se entiende “como la capacidad de comprender la situación, las perspectivas y los sentimientos del paciente; comunicar esa comprensión y verificar su exactitud; y luego actuar sobre esa comprensión con el paciente” (Ratka, 2018, p. 1141). Es multidimensional y está conformada por cuatro componentes: el cognitivo (interpretativo de la emoción del individuo), el afectivo (sentir lo que siente el paciente), el actitudinal (el médico emite una respuesta verbal o no verbal acorde o en sintonía al estado de la persona) y el moral. Está comprobado que un médico empático establece vínculos de calidad con las personas, tiene mejores resultados terapéuticos en los pacientes y mejora su bienestar profesional, así como disminuyen sus problemas legales.

Hay una cultura médica que transmite desapego. Y aquí reside una gran contradicción, ya que la cultura médica reproduce médicos empáticos pero neutrales afectivamente; lo cual se contrapone a la conceptualización de la empatía. Las personas y los pacientes reclaman trabajadores de la salud empáticos. En los espacios de formación profesional los médicos enseñan a no involucrarse con las emociones de sus pacientes, a fin de no perder la objetividad; la preocupación por ellos debe ser imparcial y distante emocionalmente. Los expertos enseñan prototipos o modelos de interrogatorios estandarizados y les solicitan a los aprendices la repetición mecánica de los mismos anulándoles la curiosidad. Las causas son el poco espacio de tiempo asignado al encuentro con el paciente, el centrarse sobre la enfermedad negando la emocionalidad del otro, observándolo sólo como un cuerpo y también quizás como mecanismo de defensa ante el dolor y el sufrimiento humano. Está demostrado que los médicos empáticos obtienen mayor

confianza de sus pacientes, lo que hace que el interrogatorio sea un encuentro humano virtuoso. Los médicos empáticos centran su atención sobre un individuo con una historia determinada, dándole lugar a la afectividad, estableciendo pausas y realizando una escucha activa y contenedora. Ponen en práctica la curiosidad empática haciendo preguntas que se nutren en ese momento único de señales verbales y no verbales, en una sintonía emocional con el paciente (tono y timbre de voz, etc.). Las tareas cognitivas que enfrentan los médicos son al menos tan complejas como las tareas de la vida diaria, y la lógica por sí sola no puede determinar a qué asuntos es más importante prestar atención. La sintonía no verbal dirige automáticamente la atención a asuntos que tienen significado emocional para el paciente (Halpern, 2003).

La empatía no es un contenido curricular que se aborde habitualmente en el pregrado médico, pero sin embargo se enseña por imitación. Forma parte del currículo oculto en el pregrado de muchas prácticas hospitalarias en el ciclo clínico y en las residencias médicas. Es fundamental trasladar el desapego médico a la empatía, y desarrollar en los estudiantes la habilidad de la curiosidad empática, que permite dar tiempo, pausa y escucha atenta a la narrativa de las personas y sus emociones. El nivel de empatía mejora ampliamente por las intervenciones educativas durante todo el plan de estudios, incluida la formación didáctica y experiencial.

3-1-8 Trabajo en equipo:

En el lenguaje cotidiano y a veces en el técnico, grupo y equipo suelen utilizarse indistintamente. Pero no son lo mismo. Mientras el grupo se constituye por la suma de individuos,

el equipo encierra en sí mismo diferentes cualidades que lo distinguen. Según Fainstein (1997), una primera definición simplificada de equipo es la siguiente: “conjunto de personas que realizan una tarea para alcanzar resultados “(p. 64). En principio es un conjunto de personas con objetivos comunes dispuestos a alcanzarlos a través de la realización de diferentes tareas, siempre con relación a un tiempo y un espacio fijo y/o variable. Los equipos se muestran flexibles, resuelven problemas, son cooperativos o competitivos y tienen mecanismos de evaluación medible. Los integrantes de un equipo comparten sentimientos y valores que les da sentido de pertenencia al mismo (Fainstein, 1997). Es así como:

Estas personas no están desarticuladas. Se articulan en una compleja trama de interrelaciones que incluyen los vínculos interpersonales, la cadena de mandos organizacional, el contexto, la historia individual, etc. Esta trama organizacional está hilvanada por la función y el rol de cada integrante (Fainstein, 1997, p.1-2).

La estructura social en la organización de los equipos está ampliamente estudiada pudiendo ser competitiva, cooperativa o individualista.

El trabajo en equipo aplicado al campo de la salud tiene amplios beneficios. Mejora la satisfacción profesional de sus miembros, los pacientes tienen mayores probabilidades de ser mejor atendidos y cuidados, la concreción de objetivos y las actividades desarrolladas por el conjunto es mayor que la suma de las individuales otorga oportunidades para la utilización de técnicas complejas o poco habituales y facilita el desarrollo de actividades concretas como la educación para la salud. (Zurro y Cano Pérez, 2008). El equipo de trabajo en salud en APS, es una forma de organización formal y funcional del sistema sanitario, que incorpora cambios y transformaciones

a la vetusta organización verticalista de las instituciones hospitalarias convencionales. El equipo de APS tiene componentes, funciones y principios organizativos que deben adaptarse a las características del entorno y la comunidad de pertenencia.

El signo distintivo de los equipos de salud en APS es la interdisciplina, la cual surge como enfoque en salud ante la necesidad de abordar y solucionar problemas sociales complejos. El ejercicio de la interdisciplina en un equipo de salud implica dos posicionamientos; uno epistemológico y otro de la práctica. Desde lo epistemológico se centra sobre un nuevo objeto de estudio el proceso de salud enfermedad y cuidado, introduciendo la posición colectiva y subjetiva del fenómeno; y se organiza alrededor de la definición de problemas. Desde la práctica en sí misma necesita nuevos métodos para garantizarla. Es necesario que la interdisciplina sea una actividad sostenida, en una lógica cooperativa, donde los integrantes renuncian a los saberes disciplinares y producen intersaberes dándole oportunidad a la multireferencialidad teórica (Stolkiner, 2012).

“Entonces, la interdisciplina implica ir derribando barreras, pero no se trata solamente de las barreras entre compartimientos del saber, sino entre conocimiento y acción”.

3-2- La Educación Situada

3-2-1-Sobre el constructo de la Educación Situada

Para Díaz Barriga Arceo (2006), “el conocimiento es situado, es parte y producto de la actividad, del contexto y de la cultura en que se desarrolla y utiliza” (p. 15). Desde la visión situada los estudiantes deben tener prácticas educativas auténticas (cultural y socialmente representativas), coherentes y significativas, en un contexto pertinente. En su obra recalca que la enseñanza y el

aprendizaje pueden tener contextos que los favorezcan o los obstaculicen. La educación situada es siempre contextualizada, experiencial, interactiva, propositiva, reflexiva, tiene teorías implícitas, no tiene fines, sólo expectativas y está centrada en el estudiante.

Es la corriente constructivista la que brindó en las últimas décadas las mayores innovaciones en la educación contemporánea, tanto en el currículo como en la instrucción. El constructivismo se conforma por la confluencia de varias corrientes psicológicas que suman sus aportes para interpretar el complejo y multideterminado fenómeno educativo. Tanto la psicología cognitiva, el desarrollismo genético piagetiano, la teoría ausubeliana de la asimilación y el aprendizaje significativo, la cognición distribuida y situada, la participación periférica legítima con sus pequeñas comunidades de práctica y la imprescindible teoría socio cultural han sumado valiosísimos aportes al continuum del enfoque del aprendizaje situado (Díaz Barriga, 2006).

Los cognitivistas se esforzaron para develar el rol de la mente en el aprendizaje, abstrayéndose del contexto. Brown, Collins y Duguid (1989) publicaron que el aprendizaje se provoca en las situaciones de cotidianidad, de la vida diaria. El conocimiento se encuentra distribuido entre los profesores, los estudiantes o entre los pares. Se aprende cuando se resuelven problemas emergentes en contextos concretos, cuando se utilizan los significados como objetos de negociación y/o apropiación social y se construye así la realidad física y social.

Lave y Wenger (1991) aportan con sus investigaciones un nuevo concepto, el de la participación periférica legítima, una nueva perspectiva analítica dentro del aprendizaje situado. Este concepto se fundamenta en interpretaciones que establecen múltiples interconexiones entre

personas, prácticas, conocimiento y mundo social; interconexiones que ocurren dentro de una comunidad de práctica inescindible del contexto. A diferencia de las interpretaciones del aprendizaje situado entendido como aprender in situ o aprender haciendo, los autores expresan “hemos situado el aprendizaje en las trayectorias de participación en las que adquiere sentido. Estas trayectorias deben situarse ellas mismas en el mundo social” (Lave, Wenger, 1991, p.122). Esta nueva argumentación sobre el aprendizaje reconcilia las teorías de la educación situada y la teoría de la producción y reproducción del orden social. “Todo esto tiene lugar en un mundo, social y dialécticamente constituido en prácticas sociales que están en proceso de reproducción, transformación y cambio” (Lave, Wenger, 1991, p. 123).

Un gran salto epistemológico ocurrió al pasar de la predominancia de lo cognitivo a los logros inacabados del hacer en grupos en un contexto determinado. El conocimiento surge en la práctica, por lo tanto, depende de la actividad, de la distribución y legitimación de los roles sociales y también del ambiente, incluido el histórico. Estos nuevos aportes dan origen en lo educativo al enfoque de la educación situada.

3-2-2-Sobre la teoría histórico cultural

La teoría histórico cultural surge con Vygotsky quien funda sus postulados alrededor de una afirmación: el desarrollo histórico de la conducta no acompaña el desarrollo biológico del ser humano, cada uno sigue sus propias leyes. A partir de este precepto, entiende el desarrollo humano como un proceso de enculturización, de ingreso a una cultura. Se produce a través de la apropiación de instrumentos y de sistemas de signos, entre ellos el lenguaje. No se puede

comprender al hombre sin interpretar sus relaciones sociales, su cultura. Vygotsky entre 1920 y 1930 enuncia la primera generación de la teoría de la actividad, donde la acción siempre estaba mediada por artefactos culturales. Sujeto y objeto se relacionan siempre con una mediación cultural (signos, herramientas). Leóntiev entendía “la actividad como un sistema encajado de coordinaciones conectadas por motivos humanos generales” (Leóntiev,1981, citado por Cole 1984, p. 9). Para Leóntiev la actividad práctica es inseparable de la actividad intelectual. Leóntiev plasma en su obra la 2da generación de la teoría de la actividad, donde la práctica es llevada a cabo por un colectivo social sobre objetos no precisos con una compleja red de artefactos mediadores. Gracias a la teoría histórico cultural hoy sabemos que los recursos cognitivos no se encuentran en el cerebro, sino distribuidos entre los libros, las computadoras, las redes sociales, en la historia previa y en los legados, los roles y clases sociales, las reglas y las normas, en las especializaciones y la división del trabajo, en el lenguaje y en el entorno sociocultural (Cole,1984).

3-2-3-Práctica situada con aprendizaje en ciclos: el aprendizaje expansivo

Bajo la luz de la teoría sociocultural, la educación situada como enfoque encontró aciertos y definiciones. Podríamos decir que hoy no está concluida. Engeström, inspirado en dicha teoría, complejizó en 1987 el viejo esquema triangular sencillo de Vygotsky (sujeto, objeto, instrumento) y plasmó un sistema de actividad colectivo en el gráfico “triángulo mediacional expandido”. Es así como el autor equipara la acción educativa con el sistema de actividad, donde identifica el sujeto que aprende, el objeto cultural a apropiarse, la comunidad de pertenencia, las reglas sociales en la división de tareas, las normas de comportamiento y los instrumentos simbólicos. Un sistema de actividad social es en sí misma una unidad de análisis. En dicho sistema de actividad surgen

tensiones, conflictos, negociaciones y acuerdos; tanto como voces, sujetos, relaciones y jerarquías. La actividad y por lo tanto el trabajo son acciones orientadas a producir o transformar objetos mediados por instrumentos culturales, cambiantes social e históricamente y siempre contradictorios. Los grupos sociales transforman permanentemente el trabajo. El aprendizaje es parte constitutiva del hacer.

Engeström (2001) describe la tercera generación de la teoría de la actividad, donde interpreta que los colectivos inmersos en una práctica tienen múltiples sistemas de actividad superpuestos en relación con un objeto en fuga (no definido). Un ejemplo de la tercera generación de la actividad ocurre cuando un equipo de salud trabaja interdisciplinariamente en relación con un problema de un individuo y/o familia (objeto) brindando abordajes desde los distintos campos disciplinares. La teoría de la actividad no es solo una teoría psicológica, sino un enfoque interdisciplinario de las ciencias humanas y sociales. Actualmente el autor y su equipo trabajan en laboratorios de cambio investigando en distintas comunidades y culturas. La aplicación de los laboratorios de cambio a la órbita de la salud es conocida en su obra. Engeström y su equipo inició lo que él llamó “el reto de aprendizaje en el sistema de atención infantil en la ciudad de Helsinki” (Engeström, 2001, p. 5). En Finlandia la Salud Pública tiene una amplia trayectoria, por lo que decidieron involucrarse en un gran laboratorio de actividad que pudiera transformar entre todos el sistema sanitario local con una nueva organización. El trabajo implicó el acompañamiento, la contención y responsabilidad de cada actor (equipo de salud de alta y baja complejidad, gestores, técnicos, familiares de pacientes pediátricos con patologías crónicas, etc.) frente a los niños usuarios del sistema, incluida la educación de los familiares frente a la enfermedad. Dicha

actividad logró mayor satisfacción de los usuarios y los equipos, así como disminuyó la demanda del nivel central fortaleciendo el 1er nivel de atención. El trabajo mencionado es un claro ejemplo de cómo promover aprendizaje expansivo y colaborativo en salud en prácticas situadas.

La cuarta generación de la teoría de la actividad (2020), también de su autoría, contempla coaliciones de trabajo heterogéneas, destinadas a resolver problemas sociales complejos y extendidos en el territorio, que irrumpen rápidamente en la sociedad generando desconcierto social y caos; tales como la epidemia de VIH, pandemia COVID 19, cambio climático, crisis financieras en regiones o continentes, etc (Erausquin y Funes Molineri, 2021).

Las tres primeras generaciones de la teoría de la actividad coexisten en la sociedad y atraviesan largos períodos de transformación cualitativa modificando sus objetos, superando contradicciones en un largo proceso que Engeström denominó ciclos expansivos. Dicho aprendizaje ocurre cuando el estudiante involucrado en una actividad supera los conflictos o crisis en relación con la actividad colectiva iniciada, el objeto y/o el contexto. El contexto de la crítica asume un particular interés que escapa a lo escolar, a los libros, los artefactos y los medios de la cultura. Como proceso de aprendizaje el estudiante debe construir una nueva salida, una nueva actividad, un nuevo producto. Como resultado se reconceptualiza el objeto y el estudiante adquiere una actividad futura mientras la va creando. Sólo lo logra cuando toma distancia del objeto y sus artefactos (cruza fronteras) y le encuentra un sentido distinto e innovador con relación a ese objeto, creando una nueva forma de actividad. La formación del objeto expandido requiere de una agencia colectiva, distributiva, transformacional e interrelación. Engeström establece relaciones entre el aprendizaje expansivo y la teoría de la participación periférica legítima (aprendizaje situado). Si

bien entiende que todas son diferentes en su orígenes e interpretaciones, comparten puntos en común. Las dos se basan en la importancia de la actividad y los artefactos culturales mediadores en el aprendizaje. El autor menciona que se complementan, cada enunciado en particular hace al todo (Engeström, 2001).

A modo de síntesis, el aprendizaje expansivo es el aprendizaje "en el que los estudiantes participan en la construcción e implementación de un objeto y concepto radicalmente nuevo, más amplio y complejo para su actividad" (Engeström y Sannino, 2010, p. 2). Este aprendizaje se realiza en ciclos, incluyendo estas acciones: cuestionamiento, análisis, búsqueda de una solución nueva, probar el modelo nuevo, implementarlo, reflexionar, generalizar la práctica. La agencia transformadora es la capacidad del colectivo de transformar el producto. Así el capital social interviene en la gestión del conocimiento. (Engeström y Sannino, 2016).

3-3- Prácticas de Extensión de Educación Experiencial

3-3-1-El extensionismo en la UNL

La extensión, resumida como la interacción entre la universidad y la sociedad, ha tenido diferentes sentidos, propósitos y alcances. Su definición es polisémica y muchas veces contradictoria. La tercera misión sustantiva de la Universidad fue definiendo sus objetivos y sus prácticas a través de la historia según fue cambiando la ciencia, la cultura, y por ende el vínculo entre el ámbito académico de cada universidad con su entorno social. Desde su origen en Inglaterra en el Siglo XIX hasta la fecha, la extensión ha tomado distintas formas: transferencia, vinculación

tecnológica, compromiso social, impacto social, entre otras.

La Reforma Universitaria de Córdoba (1918) cuyo movimiento estudiantil pensó y luchó políticamente por una nueva universidad en relación con los estudiantes, con el pueblo y con los problemas sociales de entonces; fue el puntapié de cambio en toda la región para fundar la tan renombrada función social de la Universidad. Desde entonces, las universidades latinoamericanas y del Caribe tienen una misión extensionista distintiva, destacándose en ellas su democratización, su exclaustación y su compromiso social. Lejos de la concepción iluminista, colonizadora e intervencionista de la extensión en los inicios, hoy las universidades emprenden modelos de extensión más integrales, críticos y transformadores.

La Universidad Nacional del Litoral (UNL) nació en 1919 extensionista, asegurando su valor como bien público dispuesto a la sociedad y su compromiso con la democracia y los valores de la República. Siempre asumió la función social como pilar de sus políticas y acciones, dado su amplio compromiso con la región y su gente. El Estatuto de la Universidad Nacional del Litoral (2012) en su artículo 82 expresa:

La Extensión Universitaria representa el compromiso de la Universidad Nacional del Litoral para con el medio social, productivo y cultural del cual se nutre y forma parte, y se materializa a través de políticas e instrumentos de gestión, así como de una profunda integración con la enseñanza y la investigación y desarrollo, a los fines de posibilitar la generación, transmisión, transferencia, intercambio, circulación y apropiación social de conocimientos (pág. 41).

La UNL inició en los últimos años un proceso de reorientación y profundización de su política fundacional extensionista, la cual se articula desde cuatro ejes: la construcción de ciudadanía, la sociabilización del saber, la necesidad de protagonizar el desarrollo local y regional y cumplir con la misión cultural. Desde lo teórico conceptual gracias al invaluable aporte de su asesora externa la profesora Alicia Camilloni, se asumió la necesidad de la incorporación de la Educación Experiencial y de las prácticas socioeducativas (a través de distintos dispositivos de acción) como constitutivas en la historia educativa transitada por cada estudiante en el pregrado y en el grado. El proceso necesitó para ello cambios institucionales y académicos; sean administrativos, presupuestarios, de gestión, programáticos, metodológicos; que permitieran integrar la extensión con la docencia e investigación en un todo. La extensión en la UNL no son acciones aisladas y no valoradas, o salidas a terreno de algunas disciplinas llevadas a cabo por pocos docentes, en sintonía con la necesaria formación social de los futuros profesionales. Hoy la UNL ofrece dentro de su propuesta académica la experiencia acumulada de toda su trayectoria extensionista y la incorporación de una propuesta de enseñanza y aprendizaje experiencial curricularizada, con prácticas situadas en escenarios auténticos para todas sus unidades académicas. Sobre la extensión, el Plan Institucional Estratégico de la Universidad Nacional del Litoral (2020) detalla que se necesita una universidad

que defina al mismo tiempo áreas y temas de relevancia estratégica para la investigación y la extensión desde un enfoque integral; e interactúe con los actores e instituciones de su territorio, fomentando el respeto a los derechos humanos y asegurando que sus graduados

y graduadas, se interesen por las problemáticas locales y contribuyan a solucionarlas allí donde tengan arraigo (pág. 39).

3-3-2 Sobre la Educación Experiencial (EE)

Se entiende a la Educación Experiencial como una estrategia educativa holística que ocurre en el territorio, donde el estudiante interactúa con actores sociales y/o institucionales en relación con problemas reales. En la EE se pone en juego la experiencia, pero también se mixturán el saber académico con el saber popular, produciendo un conocimiento nuevo que transforma a todos. El saber disciplinar se cuestiona, las disciplinas se desdibujan dando lugar a momentos interdisciplinarios. La EE trasciende la educación formal informal, la aplicación teoría-práctica, los hábitos y culturas disciplinares. La EE posibilita a los estudiantes enriquecer sus trayectorias educativas a la vez que les permite incorporarse en los futuros escenarios de su praxis profesional. Aquí los actores deben trabajar cooperativamente, resolver conflictos, disensos y tensiones para producir un nuevo saber socialmente significativo. La incertidumbre es una constante porque, a diferencia del experimento en la educación experiencial se desconoce el resultado, éste es impredecible. El aprendizaje ocurre cuando se da paso a la problematización, la crítica y la reflexión en un espacio y tiempo como proceso de la práctica guiado por los docentes, lo que cierra el proceso de aprendizaje, aunque sea por este ciclo (Camilloni, 2022).

Esta concepción corresponde, de acuerdo con la noción de conocimiento expandido, al denominado “aprendizaje expandido”, cuyas características son la creatividad porque se

propone transformar, de modo simultáneo, al sujeto del aprendizaje y al objeto que es su contenido de conocimiento (Camilloni, 2022, p. 8).

3-3-3 Sobre las Prácticas de Extensión de Educación Experiencial (PEEE)

Las prácticas de extensión de educación experiencial son las actividades docentes curricularizadas basadas en EE realizadas por los estudiantes en el medio social, productivo y cultural necesarias para cumplimentar una formación profesional de calidad.

Las prácticas de extensión son un currículo en movimiento o al decir de Camilloni las PEEE “es un currículo en acción”. Para Rafaghelli, (2017)

Las PEEE son una oportunidad para que la formación universitaria establezca una relación dialéctica entre pensamiento y contexto y para que se desplace, aunque sea solo por un momento, de la encerrona cognitiva que se produce cuando los contenidos disciplinares ocurren únicamente en el espacio físico del aula (p.49).

Implican distintos niveles de intervención, interacción e interrelación de los universitarios con otros actores en un territorio que le es desconocido. Las prácticas de educación experiencial son instancias no sólo de orden pedagógico sino también de orden moral, ya que dan una pertenencia ética en la sociedad, construyen compromiso social y ciudadanía. En ese universo comunicacional los estudiantes reconocen al otro como ciudadanos libres sujetos de derechos y esto evoca en ellos las políticas públicas vigentes y las acciones necesarias tendientes a la inclusión y una mayor cohesión social (Rafaghelli, 2017).

Los docentes tienen el enorme desafío de conducir y orientar la práctica, manteniendo la

escucha y el diálogo respetuoso con la comunidad y sus actores. “La dimensión dialógica de la extensión universitaria se encuentra íntimamente asociada a dos conceptos básicos cuya presencia resulta imprescindible en cada práctica de extensión: la alteridad y la empatía” (Menéndez ,2013, p. 50). La práctica permite integrar los recursos cognitivos de la formación áulica y aplicarlos en una comunidad de aprendizaje donde la cognición se encuentra distribuida. En este dispositivo se pondrán a prueba los contenidos y capacidades ya aprehendidas y se desarrollarán y estimularán nuevas competencias incluidas las habilidades sociales necesarias para su futuro trabajo profesional. Las PEEE en la carrera de Ciencias Médicas colocan al estudiante frente a posiciones éticas, políticas y sanitarias de su futuro ejercicio profesional, tales como el imprescindible abordaje de la salud con perspectiva de derechos, la construcción de ciudadanía, el enfoque de género, la interculturalidad, el respeto a la diversidad y el acompañamiento a los grupos con capacidades diferentes.

3-4- Salud Pública.

3-4-1 La Salud Pública tradicional en crisis

La Salud Pública es una práctica social y también profesional, fuertemente ideológica y política. La Salud pública como práctica es muy antigua, es por lo tanto una construcción histórica. Es el área de la salud referida a lo colectivo, a lo público y lo social. Históricamente sus prácticas han sido diversas y no siempre adecuadas, acordes a las distintas ideologías y corrientes del pensamiento; intentando siempre resolver la relación estado- sociedad y sus demandas. A lo largo del tiempo fue definiendo y redefiniendo su objeto de estudio, acorde a los paradigmas imperantes.

Actualmente hay consenso para decir que es el campo de la salud que se encarga del estudio de las determinaciones sociales de la salud y de los servicios de salud. Las características dinámicas de la salud, ya sea como proceso histórico y determinada por procesos sociales, sumado a la inequidad de sus resultados en América Latina, hizo que la Salud Pública entrara en crisis, aún hasta nuestros días.

3-4-2 La disciplina Salud Pública en la FCM

La estructura curricular del Plan de Estudios de la carrera de Medicina de la UNL está estructurada en ciclos, con enfoque de aprendizaje basado en problemas, centrada en el alumno y con aprendizaje en grupos tutoriales. La formación de médicos está orientada hacia la Atención Primaria de la Salud, y el eje curricular gira alrededor de la misma. El ciclo de Promoción de la Salud (1er Ciclo, duración 2 años) organiza el desarrollo de los contenidos y habilidades específicas en torno al eje “Conocer para cuidar”. Está determinado por la estructura interna de su objeto de estudio, se organiza alrededor de la “salud.” La disciplina Salud Pública se integra a la currícula desde el 1er año de formación. Como vemos la disciplina tiene un rol central y funciones renovadas en la carrera de formación de médicos de la UNL. He aquí la necesidad de mejorar sus logros y precisar sus problemas. Asume retos como: dificultades en la integración de contenidos y prácticas interdisciplinarias en áreas clínicas en los últimos años de formación, escasas horas de formación disciplinar en la comunidad y en los Centros de Atención Primaria de la Salud, así como también dificultades en la formación de masa crítica.

En las carreras de formación de médicos, las disciplinas clínicas y quirúrgicas han desarrollado avances para mejorar su propuesta de enseñanza aprendizaje con la llegada de

herramientas tales como las tecnologías de la información y la comunicación, áreas y muñecos de simulación, programas informáticos aplicados al entrenamiento médico, etc. Si bien nuestra propuesta docente metodológica ofrece estrategias de enseñanza superadoras; los espacios áulicos al igual que la simulación clínica no pueden emular lo acontecido en los escenarios reales. Sólo la comunidad en territorio puede reflejar su rico entramado social, su cultura, sus determinaciones de la salud, así como también su creciente complejidad, los cambios ambientales, el crecimiento demográfico, la inequidad de género, los inadecuados modos y estilos de vida, etc. La complejidad no puede ser parte del currículo oculto o nulo, ni tampoco un contenido teórico más en la educación médica. La complejidad no se dimensiona ni se aprende en la educación áulica, sólo en el espacio social de vida de la población; garantizando así el recorrido del estudiante frente a los problemas reales de su futura praxis profesional. El aprendizaje a través de proyectos comunitarios, enmarcados en la educación experiencial, reflexiva y situada es señalado por distintos autores como un dispositivo pedagógico adecuado para la formación de los futuros profesionales.

3-4-3- Un salto y una ruptura epistemológica en una PEEE. Aportes de la salud colectiva.

Las dimensiones de esta práctica (educativa, profesional e investigadora) se integran desde una concepción epistemológica coherente que se fundamentan en lo discursivo, lo práxico, las teorías, los métodos y también el objeto que utiliza. Desde la dimensión educativa este proyecto rompe con la educación tradicional realizando un salto epistemológico. Se fundamenta desde la corriente constructivista, con los aportes de la teoría sociocultural, el enfoque de la educación situada, el aprendizaje expansivo, la educación experiencial y reflexiva. La PEEE se corre

espacialmente de la universidad y temporalmente de la curricula; situándose en uno de los escenarios de la praxis profesional. La comunidad y su contexto es el espacio situado, impredecible, incierto y no dominado incluso para muchos docentes. Se hace énfasis en la formación social de los futuros médicos, lo que la hace contracultural y desafiante. Por un tiempo pautado los estudiantes se incorporan a una comunidad social de práctica y de aprendizaje. La universidad inicia un proceso dialéctico con la sociedad, asumiendo una postura de escucha y respeto a los demás saberes. Paim (2021) investigador del movimiento de salud colectiva propone:

Producción de espacios y experiencias académicas y no académicas (servicios comunitarios) de ejercicio de la transdisciplinariedad y de invención tecnológica que asuman la articulación entre reflexión y práctica concreta, pautadas en abordajes que tensionen y trasciendan las dicotomías del tipo individual/colectivo, afectivo/racional, cualitativo/cuantitativo (p. 123).

Ahora bien, desde la dimensión profesional e investigadora de la práctica es conveniente plantear la ocurrencia de una ruptura epistemológica.

Almeida Filho & Silva Paim (1992) publicaban “hay que aprovechar la crisis de los paradigmas para salir del caparazón de la normalidad” (p.24). También se preguntaban ¿Podrá el movimiento de Salud Colectiva presentarse como un nuevo paradigma científico, en un sentido rigurosamente delimitado? (Almeida Filho & Silva Paim, pág. 13). Con los aportes de la epistemología del sur surgió un movimiento ideológico que fundó un campo científico

transdisciplinar y un ámbito de prácticas. Desde la década del 60 cuestionan la biomedicina, el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988, p.1), la epidemiología convencional con su enfoque de riesgo, la Salud Pública tradicional en crisis, etc. Hoy el movimiento de Salud Colectiva “envuelve un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las organizaciones de salud y en instituciones de investigación vinculadas a diferentes corrientes de pensamiento resultantes de proyectos de reforma en salud” (Paim, 2021, p. 104). La Salud Colectiva latinoamericana avanzó siempre hacia una reconceptualización de su objeto de estudio y una constante reflexión epistemológica del concepto salud. El objeto dejó de ser la enfermedad; para centrarse en la salud atención y cuidado. Dicho objeto es un constructo complejo, multidimensionado, dinámico e histórico.

A la luz de lo expuesto puedo ahora sostener que el objeto de estudio de las disciplinas que actualmente ubicamos como “áreas de la salud” lo constituyen los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se presentan en el curso de la reproducción de la vida social (Sajama, 2007, p 106).

El autor expresa las distintas dimensiones del concepto reproducción no solo la biológica y psicológica sino también la estatal, ecológica, política y económica. Sajama, epistemólogo de la salud, profundiza la relación entre las condiciones de vida y la salud y expresa que entre ellas no existe una relación lineal determinística, sino que es en el proceso complejo de la reproducción social y sus problemas donde encontraremos las respuestas. El incorpora un nuevo concepto de salud en relación con la reproducción social.

Breilh Paz y Miño (2023) señalaron recientemente que para la Salud Colectiva el desafío es:

superar la metodología empírico analítica lineal que deformó nuestras herramientas como la estadística, el manejo de narrativas, la geografía médica, mediante una metodología meta-crítica basada en el pensamiento complejo, transdisciplinario, intercultural; una metodología participativa para abordar la realidad de modo dialéctico, concatenado y sincrónico (cuali-cuanti), la construcción intercultural y transdisciplinaria del conocimiento (p. 8).

Para ello la Salud Colectiva incorporó nuevas categorías y modelos metodológicos como la complejidad, la teoría del caos o modelos analíticos no lineales. Es a través de la epidemiología crítica como podremos investigar el complejo objeto de estudio, haciendo énfasis en la determinación social de la salud, la reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza.

Por último es importante resaltar que este tipo de prácticas sociocomunitarias son contrahegemónicas en la carrera de formación de médicos. Es una estrategia formativa que epistemológicamente rompe lo instituido y ampliamente reproducido en las carreras de formación de médicos, aunque sea por un momento. La hegemonía médica hoy domina las carreras de formación de médicos, las prácticas profesionales y el sistema sanitario. La educación médica que prevalece en nuestros días es netamente biologicista, academicista, hospitalocéntrica, acrítica y reduccionista de la salud. Por un espacio de tiempo el estudiante y los docentes comprobarán cómo el saber y el poder se tensionan, se disputan, resignifican y redistribuyen en una comunidad de

práctica. Aquí el conflicto es esperado para poder pasar a la reflexión guiada por docentes que promuevan los múltiples beneficios de ésta práctica.

CAPÍTULO 4: MARCO METODOLÓGICO

4-1 Tipo de investigación:

Se realizó una investigación educativa, con enfoque cualitativo, enmarcada en la teoría interpretativa con el propósito de comprender las habilidades sociocognitivas desarrolladas por los estudiantes de Medicina en relación con la dinámica de trabajo grupal y el trabajo con la comunidad, dentro de una Práctica de Educación Experiencial. Se llevó a cabo una investigación de tipo exploratoria, descriptiva y transversal. El diseño de la investigación está planteado dentro del enfoque cualitativo con aportes de técnicas cuantitativas (triangulación metodológica) tendientes a la optimización de la interpretación del problema de la investigación. Sirvent (2010) denomina “modo de generación conceptual” al método cualitativo. Sobre el término “cualitativo” aduce que el mismo posee poca fertilidad conceptual, lo cual lleva a confusiones comunes en investigación social. Sobre el modo de generación conceptual agrega:

Se caracteriza por una lógica que enfatiza los procesos de raciocinio inductivo de abstracción creciente, orientado a la identificación de categorías y proposiciones a partir de una base de información empírica y la “brújula” de un encuadre teórico, conducentes a una aproximación comprensiva de hechos singulares en su peculiaridad e inserción sociohistórica (Sirvent, 2010, p.148).

4-2 Contexto de investigación:

Esta investigación se desarrolló en los escenarios de la FCM de la UNL y los barrios: “Los Espinillos” de la ciudad de San José del Rincón y el Barrio “Paprosky” de la ciudad de Monte Vera respectivamente, (ambas ciudades del gran Santa Fe) durante los meses de

setiembre, octubre y noviembre de 2022.

4-2-1 Población, Grupos de estudio, muestra:

La población en estudio estuvo constituida por los estudiantes cursando el 2do. año de la carrera de Medicina, durante el año 2022, matriculados dentro del Área “El Ser Humano y su Medio” del ciclo de Promoción de la Salud. La participación en la investigación fue de carácter voluntario.

Las unidades de análisis fueron los estudiantes varones y mujeres que desarrollaron la PEEE 2 “Conocer para cuidar”, en todas las instancias educativas previstas para la realización de ésta, durante 2022. Dada la necesidad de demarcar los informantes la muestra fue incidental, por conveniencia (no probabilística y no aleatoria), para las encuestas y trabajos grupales. A la hora de seleccionar estudiantes para las entrevistas (4), se tuvo en cuenta el criterio de accesibilidad y de selección. Con respecto a este último fue en relación con el desarrollo académico conveniente o en función del compromiso, interés y/o motivación observada en algunos estudiantes luego del taller de reflexión.

En la realización de la presente investigación, se aseguró la confidencialidad en el manejo de los datos de los participantes, como también en cualquier otro trabajo de divulgación científica derivado de ésta.

4-3 Proceso de investigación, instrumentos:

El trabajo de investigación se realizó durante dos años consecutivos, en diferentes etapas, habiendo comenzado su desarrollo en el año 2022.

Las actividades se desarrollaron en 3 etapas, que se mencionan a continuación:

La primera etapa contempló **un primer momento** donde se realizó el diseño, la planificación y la implementación de encuestas a alumnos de 2do año, luego de haber cumplimentado todas las instancias docentes de la práctica experiencial y la práctica de extensión propiamente dicha. En **un segundo momento** se realizaron los talleres de reflexión donde los estudiantes trabajaron de manera grupal (5 estudiantes por grupo), bajo la dinámica taller en forma reflexiva y crítica. Se produjeron trabajos grupales y los alumnos completaron informes final alumno que también se utilizaron como instrumentos de investigación.

En **la segunda etapa**, se realizó un primer análisis de las encuestas y los trabajos grupales con el propósito de encontrar puntos nodales, que contribuyan a la comprensión del objeto de estudio de la investigación. También se realizó el diseño, planificación y ejecución de entrevistas a algunos estudiantes (las que fueron grabadas), según los hallazgos significativos encontrados en el análisis de las encuestas.

La tercera etapa comprendió el análisis, reflexión y las conclusiones de las categorías surgidas de la investigación, y la propuesta de estrategias docentes que afiancen las habilidades sociocognitivas en estudio. Se realizó una triangulación metodológica, para analizar la información recabada en las etapas mencionadas.

Todas las instancias se realizaron durante el año 2022 y 2023.

Los instrumentos de investigación fueron cuatro:

Encuesta: Se diseñó un cuestionario en formato electrónico a través de Google forms dirigido a los estudiantes de 2do año matriculados en el Ser Humano y su Medio. Para ello se tomó

como base un inventario de habilidades sociales adaptado y validado a la población universitaria argentina (Olaz et al., 2009) Argentinean Adaptation of the Social Skills Inventory IHS. La encuesta cual se modificó para la presente investigación. El cuestionario constó de 12 preguntas con respuestas de tipo escalar, de mayor a menor frecuencia de uso (escala tipo Likert). De los 299 alumnos matriculados en el área, 124 contestaron la encuesta Google. Dicho cuestionario permaneció en el Aula virtual de la Facultad de Ciencias Médicas, Área Ser Humano y su Medio, disponible durante 1 mes. La encuesta utilizada se encuentra disponible en Anexo IV. La encuesta reunió preguntas de indagación sobre los ejes:

I-Habilidades para iniciar, mantener o finalizar una conversación social, sin tener demasiada ansiedad.

II- Habilidades de autoexposición a extraños y ante nuevas situaciones.

III-Habilidades empáticas y de exposición de sentimientos positivos.

IV-Habilidades para hacer frente al riesgo, oponerse o rechazar.

V-Habilidades sociales, académicas o laborales.

Informe final alumno (2021, Extensión, UNL): se utilizó el formato del informe final de alumno de la Secretaría de Extensión de la UNL (validado), el cual fue distribuido a los alumnos luego de finalizado los talleres de reflexión. El mismo cuenta con preguntas de autoevaluación del desempeño con relación al trabajo técnico y a las habilidades con relación al desarrollo personal y actitud con respuestas de tipo escalar. También el informe consta de 4 preguntas abiertas. El formulario de Informe final alumno se encuentra disponible en Anexo V

Consolidados grupales: durante el taller de reflexión se trabajó en forma grupal y

socializadora bajo la modalidad crítica y reflexiva en grupos de a 5 estudiantes, donde cada grupo trabajó alrededor de una consigna: ¿Qué aprendiste en esta práctica? La pregunta fue abierta y sin límites de respuestas. Se obtuvieron 51 trabajos grupales. Ver Anexo I

Entrevistas semiestructuradas. La entrevista planteó 17 preguntas abiertas organizadas en 3 ejes temáticos:

1-Motivación para el estudio de medicina.

2-Con relación a la práctica propiamente.

3-Con relación al grupo de trabajo: trabajo en equipo y comunidad.

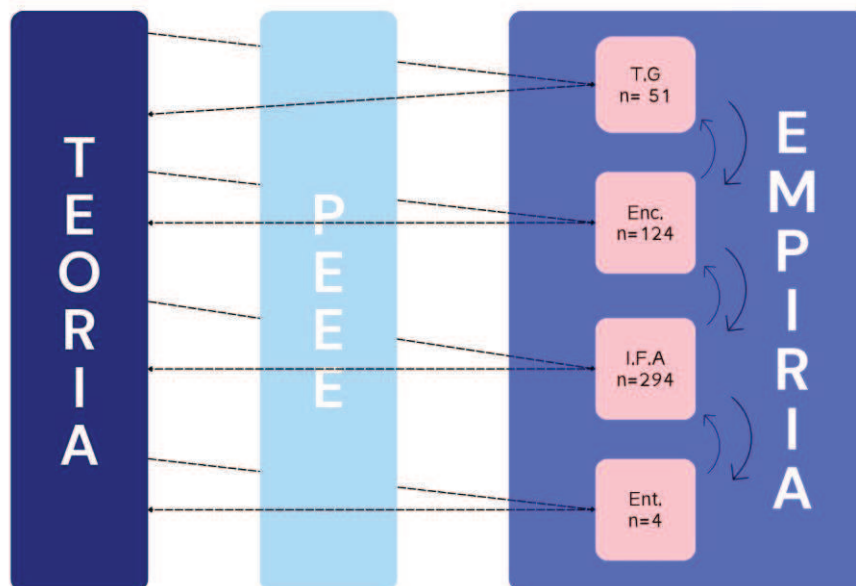
El guion de la entrevista utilizada se encuentra disponible en Anexo II

En el proceso de investigación añade Sirvent, (2010):

El investigador se sumerge en el trabajo en terreno y va construyendo en un movimiento en espiral- de la empiria a la teoría y de la teoría a la empiria- sus categorías y proposiciones teóricas.... A través del examen de los casos semejantes y diferentes que han sido analizados se busca desarrollar un esquema conceptual, una teoría comprensiva (p.129).

En relación con lo expresado por Sirvent, situados en la investigación desarrollada, se elaboró el esquema que se presenta a continuación

Gráfico N° 1: Interpretación metodología cualitativa (Sirvent)



Nota: Elaboración propia (2023)

CAPÍTULO 5: ANÁLISIS Y RESULTADOS.

En las páginas siguientes se presentan y discuten los resultados en relación con cada uno de los objetivos específicos propuestos y desarrollados.

5-1 Objetivo 1: Describir la Práctica de Extensión de Educación Experiencial propuesta para el estudio, con énfasis en las habilidades sociocognitivas a investigar.

5-1-1 Sobre la PEEE “Conocer para cuidar” en la curricula de medicina

La propuesta pedagógica y didáctica de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNL es centrada en el estudiante, con enfoque metodológico de abordaje basado en problemas.

Esta estrategia se fortalece con el diseño de actividades en la comunidad que posibilitan al alumno no sólo conocer la realidad sociosanitaria y los problemas concretos que en ella existen, sino también mediante el análisis y la reflexión, poder aplicar los conocimientos, las habilidades y destrezas que van adquiriendo en cada una de las áreas, a una actividad en terreno o “práctica en terreno” diseñada específicamente y pensada en escenarios reales, para que el proceso educativo pueda realizarse fuera de las aulas. (Carrera, 2015, p.36)

En consonancia con lo expresado anteriormente, la PEEE que me convoca se desprende naturalmente de un currículo innovador en la carrera de Medicina de la UNL. Se ubica en el 1er. Ciclo de Promoción de la Salud y dentro del Área “El Ser Humano y su Medio “, la que se desarrolla durante el cursado del 2do. año de formación. Dicha área es una división funcional y operativa para el cumplimiento de objetivos comunes en relación con el hombre y el medio que lo rodea (biológico, social, cultural, político, etc.). Las áreas suman contenidos, habilidades y destrezas de distintas disciplinas, organizándose en módulos que se trabajan en Unidades de Aprendizaje Basado en Problemas (UABP) mediante la enseñanza tutorial en pequeños grupos.

El primer Ciclo está destinado a comprender la importancia de la Promoción de la Salud y organizar el desarrollo de los contenidos y habilidades específicas en torno al eje “Conocer para cuidar”. Así, el proceso que hace a la salud es entendido desde lo biológico, lo social, lo psicológico, como el primer fin de la práctica profesional (Plan de estudios, 2006, p. 15).

Con relación a la práctica de extensión curricular “Conocer para cuidar” tiene un espacio y un tiempo dentro del programa de formación que posibilita el recorrido del estudiante hacia la

comunidad en contexto. Allí es esperable que desarrollen habilidades que -a modo de binomio- permitan relacionar los contenidos a la acción, nunca son aisladas ni repetitivas ya que aquí se ponen en juego la interacción con los otros, las emociones, en fin, los múltiples sentidos de una práctica experiencial. Son competencias esperadas durante el cursado del área el Ser Humano y su Medio, según la actualización del Programa Analítico (UNL, 2022), los siguientes ítems entre otros:

- Formarse teóricamente para promover la Salud Ambiental.
- Identificar en la comunidad los grupos en riesgo de enfermar o morir por características de la vivienda y el ambiente.
- Establecer una comunicación escrita efectiva a través de registros en la bitácora de las Prácticas en Terreno y propuestas de Promoción de la Salud,
- Conocer y valorar las habilidades y competencias de las otras profesiones sanitarias al compartir espacios de práctica.
- Utilizar los principios básicos de la administración de servicios de salud y gestión de programas y los conocimientos de la organización del sector en sus prácticas individuales y/o comunitarias para caracterizar la sanidad ambiental de un territorio y obtener indicadores para su análisis.
- Actuar en forma interdisciplinaria e intersectorial durante salidas a terreno y talleres de reflexión con miembros de los Equipos de Salud, responsables institucionales y ONG intervinientes, entre otras.

- Identificar los problemas de salud en una comunidad determinada y participar en la elaboración de programas de promoción de la salud medioambiental.

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNL ha desarrollado en los últimos años actividades de extensión e investigación mediante trabajo asociativo y colaborativo con la ciudad de San José del Rincón (Kuttel, Birri y Reus, 2016; Blesio, 2020, Kuttel, Rodeles, Carrera y Reus, 2021). Desde 2014, con el compromiso sostenido de la Secretaría de Extensión de la facultad, se viene trabajando en red en Rincón con distintos actores: municipio, representantes barriales y de la comunidad civil, SAMCO, etc.; a fin de implementar distintos dispositivos pedagógicos de educación experiencial alrededor de problemas sentidos por los actores locales. Así mediante una escucha activa, se priorizaron llevar adelante proyectos de interés social en función de las necesidades y prioridades planteadas por la comunidad y sus instituciones. La FCM desarrolló hacia y en la comunidad prácticas experienciales, talleres, actividades de promoción y educación para la salud bajo el enfoque de proyectos comunitarios; lo que permitió afianzar la formación social y la orientación del perfil hacia la Atención Primaria de la Salud de los futuros médicos. Todos se implementaron cuidando los principios del respeto hacia los distintos saberes y la diversidad, garantizando una escucha activa y considerando siempre la educación popular. Dichas experiencias se implementaron con interdisciplina, trabajo intersectorial, inclusive con Educación Interprofesional (estudiantes de medicina, enfermería, terapia ocupacional, etc.)

La actividad extensionista curricularizada contempla el trabajo en 2 instancias en años consecutivos, permitiendo integrar áreas formativas de dos ciclos: el ciclo de Promoción de la

Salud (2do. año del cursado) y el ciclo de Prevención de la enfermedad (3er. año). En términos pedagógicos la propuesta es ampliamente superadora ya que posibilita al estudiante realizar en principio el trabajo de campo (2do. año), para luego -resignificando lo aprehendido -diseñar propuestas de educación para la salud, promoción y prevención de la enfermedad, e implementarlas articuladas y/o coproducidas con la comunidad en el siguiente año (3er. año). La PEEE tiene un espacio y un tiempo dentro del programa de formación que posibilita el recorrido del estudiante hacia la comunidad en contexto.

Volviendo a la PEEE en estudio, ésta tiene dos propósitos: el social y el académico pedagógico. Mediante el propósito social se pretende aportar a la caracterización de la situación de salud de los barrios elegidos para la realización de la práctica, planteando alternativas de abordaje desde un trabajo conjunto entre universitarios y actores locales. El propósito académico pedagógico permite ahondar el compromiso y la formación social de los estudiantes de 2do. año de la carrera de Medicina, cerrando así el Ciclo de Promoción de la Salud (Documento Secretaría de Extensión FCM, 2022).

La Secretaría de Extensión de la FCM trabajó mancomunadamente con los actores institucionales de las localidades implicadas para la práctica, en virtud de la organización de ésta. Los municipios plantearon la necesidad de actualizar datos e información de 2 barrios sensibles de las localidades del gran Santa Fe: Barrio Los Espinillos de San José del Rincón y Barrio Paprosky de la ciudad de Monte Vera, respectivamente. Dichos territorios tienen en común el fácil acceso geográfico de los estudiantes. Ambos se encuentran habitados por grupos sociales de alta vulnerabilidad, dinamicidad y conflictividad social creciente. Los espacios geográficos referidos

son diversos.

La PEEE se organizó en los siguientes momentos y etapas: (Documentos Secretaría de Extensión, FCM, 2022)

I. Momento preliminar: Con los alumnos universitarios se trabajó a nivel áulico la propuesta de planificación de las actividades a desarrollar en territorio, atendiendo a los marcos teóricos curriculares, y a los datos demográficos y epidemiológicos de la población obtenidos desde diversas fuentes de información (Observatorios, proyectos de extensión e investigación). Se realizaron capacitaciones previas a la salida a tutores docentes, estudiantes guías de la práctica Final Obligatoria, y a los estudiantes cursantes del Área SHySM (Septiembre – octubre 2022)

II. Etapa de implementación en campo: Las actividades previas a la PEEE fueron: relevamiento territorial a través de un mapa satelital, google view o google maps u otro, recopilación de información del barrio en los medios de comunicación. También se indagó en organismos oficiales y en soportes digitales sobre la historia de la localidad, del barrio asignado, el crecimiento poblacional del mismo, la evolución del servicio público, asistencial e institucional, su edificación, la forestación, y otros aspectos que consideren pertinentes y relevantes como determinantes de la salud de la población.

Los estudiantes realizaron un relevamiento territorial por observación directa y por aplicación de encuestas según contenidos de cada una de las áreas: condiciones de vida, hábitos nutricionales, actividad física, grupo familiar y convivientes, condiciones laborales y educativas, factores de riesgo, tipo de vivienda habitada, discapacidad, determinantes socio ambientales,

inmunizaciones, factores de riesgo para leptospirosis, etc. El trabajo de campo de la PEEE se desarrolló en noviembre de 2022.

Los estudiantes cumplimentaron la realización de dos encuestas técnicas con relación a la práctica y un consolidado tutorial.

Asistieron a los talleres de reflexión trabajando en forma grupal sobre determinadas consignas (noviembre 2022), completando una autoevaluación y produciendo un trabajo grupal.

Ver Anexo I

III. Etapa posterior: Análisis de los datos obtenidos, identificación de situaciones de salud, priorización de temas y/o problemas y diseño de propuestas de planificación de estrategias para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta el contexto social. Al mismo tiempo que se desarrolló una instancia de reflexión sobre la experiencia y sociabilización de las propuestas; y evaluación de lo actuado con los actores sociales.

Se identificaron en esta investigación las siguientes habilidades sociocognitivas:

- ✓ Comprender la relación entre ambiente en sentido amplio y salud.
- ✓ Reconocer los alcances de la Atención Primaria de la Salud.
- ✓ Resignificar fundamentos teóricos desde la praxis. Entre ellos interpretar la definición de medio ambiente, sus alcances y realizar una comprensión crítica del mismo; establecer relaciones entre la causalidad y los problemas de la comunidad introduciéndose en la interpretación de las determinaciones sociales de la salud; desarrollar la mirada poblacional y epidemiológica de los estudiantes.
- ✓ Evaluar críticamente su propia práctica profesional por auto evaluación, coevaluación entre

pares y evaluación formativa en los espacios tutoriales, como también en talleres de reflexión.

- ✓ Fomentar el proceso de razonamiento, el pensamiento crítico y la reflexión, dándoles espacio de tiempo y lugar a la sociabilización de estos en relación con la PEEE.
- ✓ Establecer una comunicación escrita efectiva a través de registros e informes en forma manual y digital.
- ✓ Identificar activos de salud, factores y grupos de riesgo para proponer acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad atendiendo a las características del contexto.
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Comunicarse con la comunidad y con el equipo.
- ✓ Desarrollar una actitud empática.

5-2 Objetivo 2: Identificar las habilidades sociocognitivas de los estudiantes con relación al aprendizaje situado en pequeños grupos, y en relación con la comunidad de aplicación de la práctica.

El tratamiento de los datos de esta investigación cualitativa se realizó mediante análisis de contenido. De acuerdo con lo mencionado por Souza Minayo (2009) “el análisis de contenido se refiere a las técnicas de investigación que permiten tornar replicables y válidas las inferencias

sobre datos de un determinado contexto por medio de procedimientos especializados y científicos” (p. 249). Para la autora existen distintas técnicas de análisis del material cualitativo siendo el análisis temático el más simple y apropiado para las investigaciones cualitativas en salud. “La noción de tema está vinculada a una afirmación, respecto de determinado asunto. Conlleva un cúmulo de relaciones y puede ser gráficamente presentada a través de una palabra, de una frase, o de un resumen” (Souza Minayo, 2009, p.258).

Se comenzó leyendo todos los datos empíricos, realizando una familiarización a fin de tener un sentido del todo. Luego se continuó con un proceso de agrupamiento, comparación, articulación de las categorías y tópicos emergentes encontrados en un proceso clasificatorio llamado categorización. Paralelamente se eligieron técnicas de conteo para una mejor clasificación, tendientes a responder sobre el objeto analítico investigado, en este caso las habilidades sociocognitivas.

Mediante la interpretación analítica de los informes finales de los alumnos (IFA), de los trabajos grupales (TG) y las entrevistas grabadas (Ent), como así también del análisis interpretativo de la totalidad, se interpretó una dimensión y se construyeron categorías y tópicos emergentes desde las opiniones de los estudiantes con relación a la pregunta: ¿Qué consideras que aprendiste en la PEEE?

Se consideraron también los análisis valorativos de la PEEE confeccionados por grupos tutoriales y enviados a la secretaria de Extensión de la Facultad de Ciencias Médicas que -en virtud de su riqueza conceptual y su desarrollo más elaborado-, aportaron oraciones significativas

alrededor de las habilidades sociocognitivas en estudio. Mediante las entrevistas grabadas se obtuvieron frases o párrafos significativos de las categorías descriptas. Las encuestas sumaron datos cuantitativos que permitieron realizar una triangulación final.

La siguiente tabla organiza las categorías de habilidades sociocognitivas halladas en una práctica de aprendizaje situado dentro de la PEEE de la disciplina Salud Pública de la carrera de Medicina en la comunidad. Se presentan, en relación con los informes finales de alumnos (IFA) y los trabajos grupales desarrollados, las habilidades sociocognitivas enunciadas por los estudiantes, frecuencia absoluta y relativa de cada una de ellas.

Tabla N° 2: Categorías en habilidades sociocognitivas en estudiantes de medicina dentro de PEEE.2023				
Categorías:	IFA n:294	%	TG n:51	%
1-Habilidades de aprendizaje en contexto	95	31,9 %	45	80%
2-Habilidades de comunicación	93	31,6%	38	74,5%
3-Habilidades de trabajo en equipo	44	14%	37	70%
4- Habilidades cognitivas básicas	40	13,6%	40	70%
5- Habilidades interpersonales o de relación	47	15,9%	14	27,4%
6-Habilidades sociales personales	24	8.1 %	21	41,1%
7-Habilidades empáticas	22	7,4%	12	23,5%
8- Habilidades docentes	8	2,7%	3	5,8%

Nota: Elaboración propia (2023)

Las habilidades de aprendizaje en contexto junto a las habilidades de comunicación son las que se presentan con mayor frecuencia. Las habilidades empáticas junto a las habilidades

personales son las menos frecuentes. Los estudiantes contaron con capacitaciones previas a la práctica y también trabajaron en tutoría temas como comunicación y realización de encuestas. Esto podría ser la causa sobre la mayor frecuencia de presentación de las habilidades comunicacionales. También es importante cotejar los resultados en función del instrumento, ya que como lo plasmara en el Objetivo 1, el IFA contempló la autoevaluación del estudiante con relación a su desempeño académico o personal por espacio de 15 minutos, realizado de manera individual mientras que el TG fue realizado en grupo durante media hora en el marco del taller de reflexión. Este mayor tiempo asignado a la construcción de los trabajos grupales junto a la socialización entre los estudiantes puede explicar los mayores porcentajes de presentación de algunas categorías. El tamaño de la muestra es otro factor para considerar al analizar frecuencias de presentación.

Recuperando a Camilloni (2013) cuando nos dice. “Cuando se trabaja en el marco de situaciones reales, observar, comprender, razonar, dudar y decidir deben convertirse en habilidades inescindibles entre sí” (p.16). La autora expresa que en las situaciones reales el estudiante desarrolla actitudes prosociales y variadas destrezas, tales como: de pensamiento, de observación, de interacción social, de empatía, solidaridad, dar y compartir, escucha profunda, valoración del otro, ayuda de forma verbal y no verbal, resolución de problemas, negociación, conciencia cívica, de corrección de errores de lo hecho, etc. (Camilloni 2017).

En este estudio las habilidades sociocognitivas tienen como característica que se identifican fácilmente, emergen todas o casi todas las anteriormente nombradas. Surgen también frases significativas como aprendí a:

- ✓ “comunicarme con personas para recopilar datos”,
- ✓ “a escuchar y a comunicarme demostrando lo que aprendí en mis primeros años de estudio”,
- ✓ “el trato con el otro, la escucha y el intercambio”;

que demuestran como una habilidad se articula con otra u otras. El desarrollo de una habilidad en el estudiante le permite realizar otra/s. Particularmente se articulan y se integran unas en otras y a veces sin poder dividir las. Y una vez escindidas, clasificadas y agrupadas en una categoría vuelven a surgir como tópicos de otras habilidades. Por lo tanto, las habilidades sociocognitivas en este estudio se imbrican y enmarañan unas y otras, formando una verdadera trama o tejido.

Luego de haber analizado, clasificado, cotejado y vuelto a analizar ampliamente el universo de resultados, se puede inferir sin temor a equivocarse que todas las habilidades halladas en el estudio surgen cuando los estudiantes emprenden una tarea en una gran dimensión analítica que las provoca. La palabra real o realidad aparece incontables veces, es recurrente en los resultados. Como sustantivo abstracto emerge en singular, plural, o es caracterizada como en las frases:

- ✓ “realidad social y cultural”.
- ✓ “escucha de diferentes realidades”

nos permiten interpretar que las realidades toman distintos significados como en este caso, la realidad pasa a ser el relato o historia que escucho. Otras palabras que surgen y se analizan con significado parecido son entorno, situación (de vida, educativa, social, etc.) En resumen, desde el

análisis se interpreta que la palabra iterativa “realidad”, en todas sus variantes tanto semánticas del lenguaje o interpretativas desde su significado expresan una gran dimensión necesaria y suficiente en este trabajo, para evocar y provocar las habilidades sociocognitivas en estudio. Con frases tales como

✓ “aprendí a ponerme en el lugar del otro y que mi realidad no es la única”,

el estudiante en la práctica identifica que hay varias realidades (la de él y la del otro/s). Esta realidad (desfavorecida), donde vive el otro, evoca en él habilidades empáticas que le permiten construir una perspectiva y una respuesta empática (ponerme en el lugar del otro). Son múltiples las expresiones significativas que surgen -véase Tabla N° 3- donde la realidad observada evoca o articula las habilidades sociocognitivas en estudio.

Tabla N° 3: Dimensión realidad en frases significativas de las habilidades sociocognitivas por categoría emergente en una PEEE de los estudiantes de Medicina. FCM. 2023.	
Categoría	Dimensión realidad en frases significativas de las habilidades sociocognitivas.
1-Habilidades de Comunicación.	“Aprendí a expresarme y dialogar con personas que viven una realidad social y cultural diferente , y generó mayor comprensión en mí de que las realidades son diversas” “Aprendí a comunicarme e involucrarme en la realidad de los demás”
2-Habilidades de aprendizaje en contexto	“Aprendí mucho del contexto y la realidad de los demás” “Me dio una valiosa perspectiva de la realidad ” “Aprendí a dimensionar realidades diversas a la mía”
3-Habilidades interpersonales o de relación	“Aprendí a tratar con nuevas personas y escuchar sus realidades ” “Aprendí a relacionarme con las personas desde otro ámbito y conocer otras realidades ” “Aprendí a acercarme a otras personas con diferentes realidades. ”

4- Habilidades de trabajo en equipo	<p>“Aprendí a tener contacto con personas desde una perspectiva diferente, un lugar diferente y a trabajar con mis compañeros” “A trabajar en equipo y a tratar con gente desconocida” “Ayudarnos con mis compañeros y organizarnos”</p>
5 -Habilidades cognitivas básicas	<p>“Pude traer lo aprendido a la realidad desde una visión más práctica” “Entendí los determinantes de la salud para luego relacionarlos con la realidad de las personas encuestadas” “Ver en la realidad lo teórico de salud ambiental”</p>
6 -Habilidades sociales personales	<p>“Aprendí a adaptarme a cualquier situación o contexto” “Aprendí a sobreponerme a las dificultades.” “A actuar como profesional” “A tolerar la frustración”</p>
7-Habilidades empáticas	<p>“Siento que aprendí a empatizar un poco más con las personas y observarlos en la realidad que no todos tenemos las mismas oportunidades” “A aprendí a empatizar con otras realidades”.</p>
8- Habilidades docentes	<p>“Aprendí a hacer entender conceptos a la población para tener un diálogo fructífero, lo que se reflejará en su salud.” “Aprendí a crear estrategias de promoción a partir de la recolección de datos” “Aprendí como hablar con el público”</p>

Nota: Elaboración propia (2023)

Volviendo a los referentes teóricos, Rafaghelli (2013) se pregunta: “¿en qué podrían beneficiarse los universitarios al intervenir y participar en contextos sociales/culturales/históricos más amplios que el espacio del aula? ¿qué cuestiones nuevas y distintas presenta el espacio social en relación con el aula? “(p. 24). Luego amplia mencionando que el espacio social también es cultural e histórico y detalla las condiciones que debe tener para que sea educativo. (conformados por grupos sociales con relaciones asimétricas y desamparo, etc.) Como vemos Rafaghelli

identifica un espacio social o contexto que debe ser elegido por los docentes para que sea significativo en la educación experiencial.

Boffelli, et al. (2017) se preguntan: ¿qué es y cuál es la realidad? Los estudiantes, desde el sentido común, entienden por realidad a “todo aquello que se ve, que se percibe, que es concreto, y material, que es posible de ser explicado, y que es similar para todos” (Boffelli, et al, 2017, p. 69). Hay una realidad visible ante nuestros sentidos y otra que no, de todas maneras, lo que percibimos como real es la interpretación que cada uno realiza en base a su significación propia. El docente debe poner en conflicto la interpretación sencilla que trae el estudiante de realidad. (Boffelli, 2017).

En educación médica, el “contexto” es (retomando a Epstein y Hundert, 2002) la ecología de los sistemas sanitarios y los contextos clínicos necesarios para la educación clínica, pero este contexto no compete para toda la formación médica. Erausquin, (2019) introduce el enfoque de territorialidad de las prácticas, aclarando que el territorio no es solo un marco espacial sino un espacio mutable, desequilibrado, de poder y de dominio.

La realidad, o situación real (Camilloni), no es un telón de fondo de un escenario, ni una foto. Hablando de educación médica, tomo distancia de Rafaghelli cuando lo denomina contexto o espacio social. En ese sentido, la concepción de territorio o de territorialidad de las prácticas (Erausquin, 2019) nos da elementos más ricos para su interpretación, entendiendo que es una construcción social compleja de relaciones sociales que se producen y reproducen de forma dinámica a veces de manera vertiginosamente cambiante. Según Erreguerena (2020)” la dimensión

y perspectiva territorial es una de las características más relevantes y originales de los actores, organizaciones y movimientos sociales latinoamericanos” (p.11), tal como se mencionó en el apartado Aportes de la Salud Colectiva, dentro del marco teórico. La universidad tiende a definir o caracterizar al territorio simplificándolo, lo homogeneiza ocultando su complejidad, sus contrasentidos, sus luchas y resistencia. A la hora de las prácticas extensionistas la universidad no es neutral ni apolítica. Muchas veces se cae en el lugar común de pensar el territorio como el lugar de los otros. Existen en la extensión dos territorios, uno de ellos es el territorio político de la universidad que se desplaza con sus pujas, disputas, lógicas, culturas al territorio de los otros. La universidad se debe pensar y problematizar como el gran actor político que es.

La dimensión analítica “realidad” emergente del presente trabajo, necesita reinventarse en virtud de la necesidad de tomar una posición epistemológica que contribuya a comprender el objeto salud, explicar el /los territorios y sus fenómenos sociales; y contribuir con la formación social de médicos no hegemónicos. En concordancia con Erausquin (2019) y Erreguerena (2020) (más los aportes de la salud colectiva), la dimensión territorialidad implica un nuevo y necesario posicionamiento, como un camino nuevo y luminoso a recorrer en la extensión. La relación entre las condiciones de vida y la salud no son lineales ni determinísticas, es necesario que el estudiante aprenda modelos analíticos más complejos, teorías y nuevos paradigmas para establecer un puente de diálogo entre la teoría y las prácticas, en repetidas y desafiantes experiencias en el territorio.

Las habilidades sociocognitivas halladas en la PEEE se presentan a continuación por orden de frecuencia de presentación.

5-2-1 Habilidades de aprendizaje en contexto

Tabla N°4: Habilidades de aprendizaje en contexto en estudiantes de medicina dentro de una PEEE.2023					
Categoría N° 1. Habilidades de aprendizaje en contexto		IFA n= 294	%	TG n=51	%
		95	31,9 %	45	80 %
T	1-Existen otras realidades, otras condiciones de vida, otros contextos (cultural, social, educativo).	86	29,2%	39	76,4%
Ó					
P	2-Identificar estilos de vida, las necesidades y la vulnerabilidad de la población.	8	2,7%	5	9,8 %
I					
C					
O	Interpretar la inequidad social.				
S	3-Conocer otros territorios	1	0,3%	-	-
	4-Adaptación a cualquier situación o contexto.	1	0,3%	1	1,9%

Nota: Elaboración propia (2023)

Realizada la salvedad de que todas las habilidades sociocognitivas halladas en la investigación son habilidades de aprendizaje bajo la dimensión realidad o la elegida “territorialidad”, a continuación, se exponen los criterios para la categorización de habilidades de aprendizaje en contexto.

En la presente categoría se agruparon expresiones como cuando los estudiantes mencionaban

- ✓ “aprendí a conocer otra realidad”,

- ✓ “otro contexto”,
- ✓ “otras condiciones u otras formas de vida”,
- ✓ “otra educación”,
- ✓ “otra cultura”,

A pesar de que esta categoría emergente también se puede interpretar como habilidades cognitivas, se decidió asignarlas como otra categoría debido a la magnitud de su presentación y a la grandilocuente realidad que enuncian descubrir los estudiantes.

Así expresiones como

- ✓ “aprendí a dimensionar realidades diversas a la mía”,
- ✓ “la experiencia me dio una valiosa perspectiva de la realidad”,

sitúan al alumno cómo un mero espectador de un escenario distinto que asombra. Un 29,2 % de los estudiantes identifican otra realidad (IFA) y a través de un 76,4% de los trabajos grupales expresan reconocer una realidad distinta a ellos.

En el tópico 2 se interpreta que los alumnos pasan de ser observadores de esa realidad a relacionarla con contenidos teóricos del aprendizaje áulico. Implican un trabajo cognitivo de relación, interpretación, comprensión, aplicación de la teoría a la práctica, etc. Frases como:

- ✓ “reconocer la inequidad social”,
- ✓ “conocer situaciones de vulnerabilidad”,

dan cuenta del ejercicio cognitivo del estudiante con relación al territorio.

El tópico 3 “conocer otros territorios” y el tópico 4 “adaptación a cualquier realidad o contexto” son los que se recuperan con menos frecuencia de presentación.

Desde las entrevistas se recuperan frases valiosas con relación al territorio, los determinantes de la salud y la salud de las poblaciones. Cuándo se preguntó en la entrevista: ¿Te parece que el territorio (barrio, ciudad, comunidad y sus instituciones) es un espacio de formación necesario para el médico? ¿Por qué?, los cuatro entrevistados contestaron que el territorio es un espacio de formación adecuado para el médico.

Entrevistado N° 3: “uno no es solamente profesional en un consultorio, en una sala de internación. Lo es en el momento en el que alguien te consulta algo en cualquier momento de la vida, uno también está ejerciendo y está llevando lo aprendido en la universidad y consecuentemente en el territorio a ese momento. Entonces, toda instancia aporta, el que sea con la comunidad, le da capaz un tinte que es muy característico de nuestra facultad “.

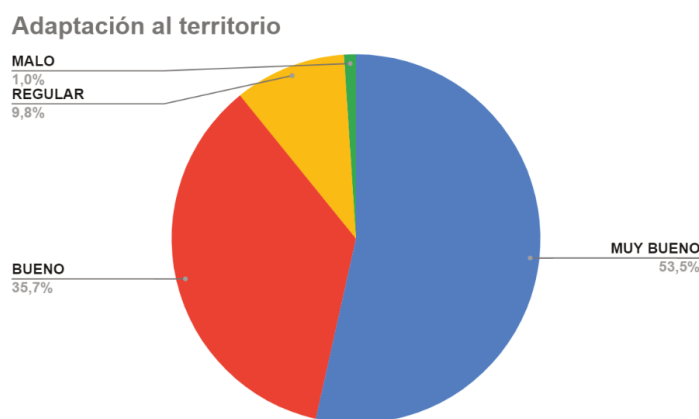
Frente a la pregunta del entrevistador: ¿La experiencia en la comunidad sirvió para identificar determinantes socioambientales y su relación con la salud enfermedad de las personas? ¿De qué manera pudiste identificarlos? A través de la respuesta (Ent. N°1) podemos comprender cómo en la práctica experiencial inmerso en la dimensión realidad/ territorialidad, el aprendiz realiza una habilidad de aprendizaje detallando pormenorizadamente el contexto y la relación con las condiciones de vida.

Entrevistada 1: “Sí. Principalmente la situación económica, la educación. Había muchas personas que eran analfabetos. Entonces, eso quita ciertas oportunidades. Y tal vez por eso que ese

lugar estaba en esas condiciones. Porque si observamos otros lugares con otras posibilidades, no vamos a ver la misma realidad que vimos allí. Entonces, todo esto se relaciona. Si una persona se encuentra en un lugar en una determinada situación, es porque hay otros factores que están haciendo que se encuentre allí. No es únicamente las posibilidades de esa persona, digo, no es únicamente el accionar de esa persona que lo llevó a esa realidad, sino determinantes que están fuera de su control, como por ejemplo la economía. En el caso del sistema de salud era algo que fue favorable, pero también puede influir. Todo eso se observó y se evidenció la importancia”.

También se pudo medir a través del IFA, la autoevaluación de desempeño personal del estudiante frente al ítem: adaptación al territorio. El siguiente gráfico lo muestra.

Gráfico N°2: Autoevaluación de desempeño en relación con tu desarrollo personal. Adaptación al territorio.



Nota: elaboración propia (2023)

Un 53,5 % contestó adaptarse muy bien al territorio y un 1 % contestó que fue muy malo.

En la entrevista se preguntó lo siguiente: ¿Quisieras comentar sobre inquietudes o emociones que ocurrieron al realizar esta actividad? y ¿Te parece que podés sugerir algo?

Entrevistada N°1: “Sí, sugeriría más organización en este tema por ejemplo mi comisión y las duplas con las que trabajábamos no teníamos un referente de territorio entonces nos encontrábamos totalmente perdidos adónde teníamos que ir. Estábamos viendo con el Google maps que no era una representación muy fiable al respecto del mapa y la situación geográfica de Rincón entonces tardamos mucho en hacerlo”.

Con relación al tópico 4 “adaptación a cualquier situación o contexto “, se interpreta que la mayoría de los estudiantes no tuvieron dificultades de adaptación u orientación. Sin embargo, realizando triangulación de los datos cualitativos y cuantitativos, se evidenció que algunos estudiantes tuvieron dificultades de adaptación al territorio. Se asume que es la primera experiencia en territorio de los estudiantes y también que el Barrio Los Espinillos de la ciudad de San José del Rincón tiene planos municipales no actualizados, lo que pudo dificultar la orientación de los estudiantes.

Sobre la Triangulación de métodos cualitativos y cuantitativos, De Souza Minayo (2009), nos dice que contribuye metodológicamente “como instrumento de iluminación de la realidad desde varios ángulos” (p. 296). “Muestra que esa práctica propicia mayor claridad teórica y permite profundizar una discusión interdisciplinaria de forma interactiva e intersubjetiva” (p.296).

5-2-2 Habilidades de comunicación

La tabla siguiente detalla los tópicos emergentes de la categoría habilidades de comunicación.

Tabla N° 5: Habilidades de comunicación en una PEEE de los estudiantes de medicina.2023

Categoría 2: Habilidades de comunicación		IFA	%	TG	%
			93	31.6%	38
T Ó P I C O S	1-Comunicación	72	24.4%	24	47%
	2-Escucha	12	4 %	4	1.3%
	3-A dialogar con la comunidad	11	3.7 %	3	1,3%
	4-Utilizar un lenguaje menos técnico, readecuación del lenguaje	8	2.7 %	6	2 %

Nota: elaboración propia (2023)

En un 74,5% de los trabajos grupales los estudiantes reconocen haber adquirido habilidades de comunicación y en un 31, 6% respondió a través del IFA que aprendió a comunicarse. Como observamos es una habilidad altamente frecuente entre las halladas en la investigación.

Un 24,4% de los estudiantes manifestó en el IFA y un 47% en los trabajos grupales, haber aprendido a

- ✓ “mejorar mi comunicación”,
- ✓ “estrategias de comunicación”,
- ✓ “comunicarme con el otro” o
- ✓ ” herramientas de comunicación”.

En un 4% de los IFA y un 1,3% de los TG se encontraron frases donde los estudiantes refieren haber aprendido a:

- ✓ “escuchar al otro” o
- ✓ “escucha activa”.

Un 2% de los estudiantes en el IFA y un 2% en los TG respondieron frases que se agruparon en el tópico 3, todas con relación a la necesidad de readecuar el lenguaje o utilizar un lenguaje comprensible hacia otros. Así expresiones como aprendí a:

- ✓ “comunicarme con las personas sacando de lado el lenguaje académico”,
- ✓ “a acomodar la oratoria en base al encuestado y a hacer comprensiva la pregunta”,

manifiestan haber interpretado como adecuar el lenguaje académico y profesional al no profesional.

Un 3,4% de los estudiantes en el IFA, y un 0,6% a través de los TG demuestran como los estudiantes respondieron haber aprendido a comunicarse con la comunidad. Desde las entrevistas se rescata el siguiente párrafo:

“vos podás tener capaz todos los datos de los libros, toda la información actualizada, pero si no sos capaz de bajarla y de que alguien que no está en el mundo de la medicina lo pueda entender, lo pueda comprender y lo pueda hacer propio, capaz, es como que la tarea del médico está incompleta desde mi perspectiva personal” (**entrevistado N° 3**).

Luego del análisis pormenorizado de las frases significativas, se constata que los estudiantes desplegaron en la práctica experiencial en estudio el modelo comunicacional relacional

(Rossi, A, et al., 2020). Dicho modelo permite la producción social de sentidos para todos los actores involucrados.

La enseñanza y el aprendizaje de habilidades de comunicación circunscripto a áreas clínicas, confinadas a la relación médico paciente, ejercitado por la semiología u otras disciplinas clínicas en escenarios sanitarios (hospital) forman parte de la educación médica tradicional. Se denomina comunicación clínica (Guaresti, et al. 2023), la anamnesis, la construcción de historias clínicas, etc., se aprenden imitando al experto, el cual con comunicación respetuosa y escucha activa entre otros elementos del encuentro dirige el acto comunicacional hacia una intervención o recomendación. Estos modelos de interrogatorio repetitivos, estandarizados, ahistóricos, muchas veces desapegados de los pacientes son los que guiaron la enseñanza de las habilidades comunicacionales de los médicos hasta nuestros días. Ahora: ¿Alcanza la propuesta pedagógica docente asumida en torno a las habilidades comunicacionales sabiendo la necesidad de orientar los perfiles de médicos hacia a la APS? ¿Es suficiente en virtud del amplio rol comunicador del médico que demanda la sociedad en nuestros días?

Es necesario recordar que la comunicación en la extensión es un acto político y situado. (Hidalgo y Galende, 2020). Las investigadoras se preguntan: ¿qué comunicación fundamenta nuestras prácticas extensionistas? ¿Desde qué lugar político–epistemológico las asumimos? ¿Cómo promover “otras” formas de construcción de nuestro campo disciplinar de competencia desde las ciencias sociales? ¿Para qué hacerlo? Y fundamentalmente, ¿para quiénes?

En una PEEE de aprendizaje situado en la comunidad, la comunicación es un proceso dialéctico co-construido, donde el equipo extensionista en relación a la salud debe garantizar la

participación comunitaria, tendiente a generar cambio y transformación social. Para eso los equipos deben trabajar junto a la comunidad y no en ella, sosteniendo la escucha sensible de sus actores, otorgándoles el rol protagónico para que puedan identificar, priorizar y buscar soluciones a sus problemas.

Ante las siguientes preguntas: A la hora de encuestar a la población, ¿tuviste dificultades para formular preguntas? ¿Te costó formular preguntas con relación a datos privados y sensibles de las personas?, los entrevistados mencionan:

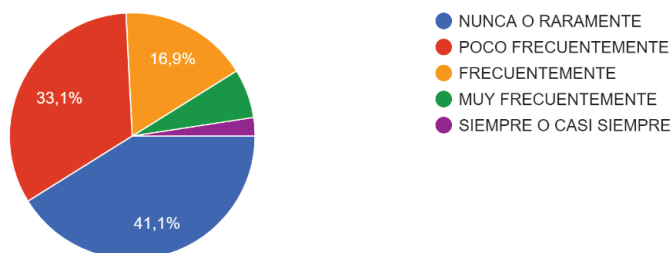
Entrevistada N°1: Me costó, principalmente en preguntas muy íntimas, como era la discapacidad. Me tomé un tiempo en el momento mientras estaba haciendo la encuesta a pensar lo que voy a decir antes de decirlo, porque uno no sabe cómo va a reaccionar la otra persona. Y si bien nosotros lo tenemos muy naturalizado, todo lo que es la situación económica, la discapacidad, no sabemos cómo va a reaccionar la otra persona. Entonces, antes de hacer la pregunta, lo pensé bien, me tomé unos segundos y después la hice.

En la encuesta se indagó sobre habilidades para iniciar, mantener y terminar conversaciones con los demás y para actuar adecuadamente en las interacciones verbales, sin sentir demasiada ansiedad mediante preguntas validadas para la población estudiantil universitaria argentina (Olaz, F et al, 2009). Los siguientes gráficos expresan los resultados con relación a las preguntas sobre las habilidades ya enunciadas.

Gráfico N° 3: Encuesta sobre habilidades para iniciar, mantener y terminar conversaciones sociales. (Pregunta N° 2)

2- En una conversación con amigos, tengo dificultades para terminar una conversación prefiriendo que otros lo hagan

124 respuestas



Nota: elaboración propia (2023)

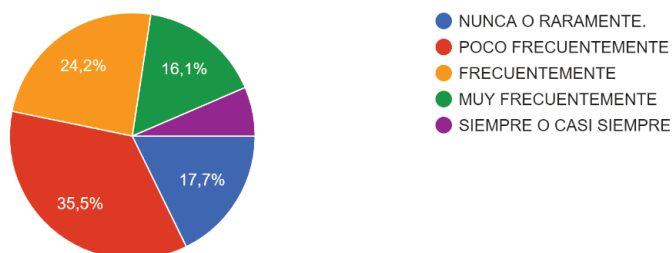
En las respuestas, un 41,1% de los encuestados nunca o raramente tienen dificultades para terminar una conversación con amigos y solo un 2% manifestó tener dificultades siempre o casi siempre.

El gráfico siguiente representa las respuestas cuando se indagó sobre habilidades sociales, si en la escuela o mi trabajo permanezco avergonzado/a si alguien me elogia sin saber que decir.

Gráfico N° 4: Encuesta sobre habilidades para iniciar, mantener o terminar conversaciones sociales. Pregunta N° 3.

3- Si en mi trabajo o escuela alguien me hace un elogio, permanezco avergonzada/o sin saber qué hacer o decir.

124 respuestas



Nota: elaboración propia (2023).

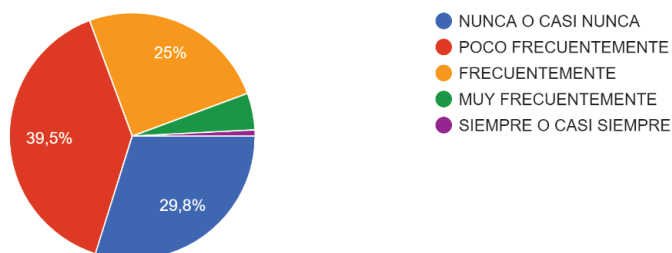
Un 35,5% manifestó sentirse avergonzado/a poco frecuentemente cuando le hacen un elogio. Solo un 7% contestó que siempre o casi siempre se avergüenza ante un elogio sin saber que decir.

La pregunta N° 4 de la encuesta mide las habilidades para iniciar, mantener o finalizar una conversación con otras personas. El 25% de los encuestados manifestó tener frecuentemente dificultades para integrarse a una conversación.

Gráfico N° 5: Encuesta sobre habilidades sociales para iniciar, mantener o finalizar conversación con otras personas. Pregunta 4.

4- Aún con conocidos del trabajo o escuela, encuentro dificultades para integrarme a la conversación.

124 respuestas



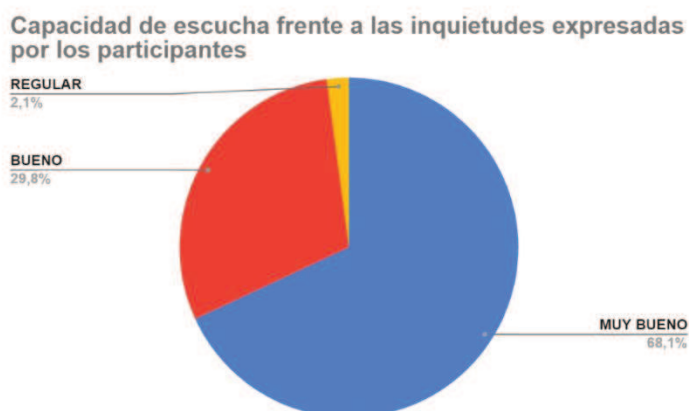
Nota: elaboración propia (2023)

Como se observa en el gráfico, un 35,5% de los encuestados manifiesta tener poco frecuentemente dificultades para el ejercicio de las habilidades comunicacionales en relación con incorporarse a un diálogo, responder ante un elogio de un compañero, mientras que un 16,9% expresó dificultades para finalizar una conversación.

El siguiente gráfico representa los resultados cuando se indagó en el informe final alumno sobre la capacidad de escucha de los estudiantes.

Gráfico N°6: Autoevaluación de desempeño con relación a tu desarrollo personal.

Capacidad de escucha frente a las inquietudes expresadas por los participantes. IFA.



Un 68,1 % respondió tener muy buena capacidad de escucha y un 2,1% respondió poseer regulares capacidades de escucha. Ninguno eligió la opción mala capacidad.

Con relación al tópico 2 escucha, se interpreta que los estudiantes tendrían elevadas capacidad de escucha de los otros, no siendo un problema dentro de la comunicación. Esto es ampliamente positivo ya que la escucha es una habilidad comunicacional pero también interviene en la respuesta empática y en las habilidades docentes, de trabajo en equipo, etc.

5-2-3 Habilidades de trabajo en equipo

En la siguiente tabla se presentan los tópicos emergentes del análisis de la categoría trabajo en equipo, presentados según su frecuencia absoluta y relativa.

Tabla N° 6 Habilidades de trabajo en equipo en una PEEE de los estudiantes de medicina. 2023

Categoría 3: Habilidades de Trabajo en equipo		IFA n294	%	TG n 51	%	
		44	14 %	37	70	
	1-Trabajo en equipo	25	8,5%	24	47%	
	2- Comunicación	3	1%	2	3,9%	
	2- Relación con pares, compañerismo	6	2%	-	-	
T O P I C O S	Organización prop, dicha	3	1%	3	5.8%	
	División de tareas	-	-	4	7.8%	
	3- Organización del trabajo en equipo	Asignar roles	3	1%	1	1.9%
	Liderazgo	1	0,3%	1	1.9%	
	Resolver problemas	1	0.3%	1	1.9%	
	Consensuar	1	0.3%	-	-	
	4-Cooperación	1	0,3%	1	1.9%	

Nota: elaboración propia (2023)

El tópico más frecuente fue el trabajo en equipo que se presentó en el 70 % de los trabajos grupales y en un 8,5% de los IFA. Los tópicos menos frecuentes fueron la cooperación con una frecuencia del 1,9% para los TG y un 0,3% para los IFA y el consenso entre compañeros con un 0,3% en los IFA.

Surge desde el análisis que los estudiantes no diferencian los conceptos de grupo y equipo, usando el concepto indistintamente. Ya Fainstein (1998) señalaba: “No se observa que los encuestados separen (o por lo menos lo hagan claramente) los conceptos de grupo y de equipo. En

diversas encuestas lo toman explícitamente como sinónimos o manifiestan no conocer diferencias entre ambos conceptos” (1994. p.1-2). Con relación al uso del término grupo significándolo igual a equipo se interpreta que los estudiantes no han sido capacitados alrededor de la temática hasta el momento de la realización de la práctica experiencial en estudio. Pero a pesar de esto último, casi las frases valiosas con relación a la categoría mencionan casi exclusivamente “Trabajo en equipo”, lo que denota que el estudiante se visibiliza trabajando con pares y/o compañeros bajo una dinámica distinta. Todas las expresiones hacen alusión a trabajo en equipo y no a equipo de trabajo, lo cual es positivo porque como expresaran Fainstein (1997) e Hinchado (2008), no significan lo mismo.

Como tópico, otro ítem que surge es el de la comunicación dentro de la categoría trabajo en equipo, donde sólo se agruparon aquellas expresiones cuando aclaraban la comunicación en el equipo, o con mis compañeros, etc. La comunicación como tópico surge dentro de la categoría trabajo en equipo, pero también es una categoría central fuera de ella. Así surgen frases relevantes como aprendí a

- ✓ “darles voz a los diferentes integrantes del grupo”
- ✓ “a comunicarme con mis compañeros”
- ✓ “a dialogar con el par en busca de soluciones”,

Estas expresiones significan otras vivencias además del fenómeno comunicacional que ocurre en el trabajo en equipo. Están señalando una forma de hacer las cosas dentro de una organización, apostar al diálogo, permitir que todos los integrantes” hablen” frente a la tarea, nos

señala un modo de trabajo diferente entendido por los estudiantes. Estas frases traducen una forma democrática de hacer las cosas, frente a la estructura autoritaria y piramidal de otras organizaciones.

Dentro del tópico organización del equipo se agruparon y clasificaron otras expresiones que se interpretan como instancias dentro del proceso de organización, ellas son: designación del líder, asignar roles, división de tareas, resolver problemas, consensuar, etc.

Según la bibliografía una buena organización es la clave del éxito del trabajo en equipo y comienza con la división de tareas y el nombramiento del líder (Hinchado,2008). Con relación al liderazgo, la siguiente expresión “un poco de liderazgo”, es altamente significativa porque expresa la necesidad de que el líder tenga menos autoridad, o que el liderazgo se ejerza de otra forma, a diferencia de los liderazgos de organizaciones piramidales. Para constituir equipos sólidos que trabajen óptimamente, que generen pertenencia al equipo y brinde satisfacción a sus usuarios, se necesita el ejercicio de otro tipo de liderazgo, los autores lo llaman liderazgo compartido o liderazgo integrador (Fainstein, 1999; Hinchado, 2008). Sobre el “consenso”, otro tópico hallado en el análisis, Zurro (2008) caracteriza al trabajo en equipo como una organización flexible y consensuada,

Desde las entrevistas, a partir de la pregunta sobre si acordaron sobre la realización de las tareas a realizar entre los integrantes del equipo y la distribución de estas se obtuvo la siguiente respuesta:

Entrevistada N° 2: “Sí, por suerte con mi comisión nos organizamos muy bien. Lo primero que hicimos fue la noche anterior a la salida de terreno, dividirnos en duplas para censar las casas de a dos. Y a la hora de realizar el informe también nos fuimos juntando de a grupo y nos fuimos dividiendo un poco el trabajo para que sea menos tedioso, sobre todo por la época de los finales.”

También desde las entrevistas se recuperó que la estructura social de los equipos fue cooperativa en todas (4 entrevistas). También se recuperan frases de los informes finales de alumno y trabajos grupales como:

- ✓ “aprendí a ayudarnos con mis compañeros”,
- ✓ “aprendí cooperación y trabajo en equipo”,
- ✓ “aprendí compañerismo”,

dan cuenta de que los estudiantes han asumido el trabajo en equipo como cooperativo. Recordemos que para Fainstein (1998), Hinchado (2008), los mejores equipos enfrentan tareas desde la cooperación y el trabajo colaborativo.

El trabajo de campo significó la constitución de equipos conformados por estudiantes, alumnos avanzados de la Práctica Final Obligatoria, actores sociales, docentes expertos, tutores, y ciudadanos. Aquí el aprendizaje no ocurre por la relación docente alumno, elementos claves en la educación tradicional. Aquí podemos hacer una comparativa entre el trabajo en equipo de esta práctica con las comunidades de práctica incluida la participación periférica legítima de los aprendices (Lave y Wenger, 1991); y la teoría de la actividad y el aprendizaje expansivo de

Engeström (2001) o el aprendizaje colaborativo en las comunidades de aprendizaje (Rafaghelli, 2013).

5-2-4 Habilidades cognitivas básicas

La tabla N° 7 presenta en forma organizada (según frecuencia en la emergencia) los tópicos hallados con relación a la categoría habilidades cognitivas básicas.

Tabla N°7: Habilidades cognitivas básicas en una PEEE de los estudiantes de medicina, 2023						
Categoría N° 4. Habilidades cognitivas básicas			IFA n=294	%	TG n=51	%
			40	13,6%	40	78%
1-Reforzar conocimientos teóricos.			15	5,1%	17	33,3%
T O P I C O S	2- Aplicación de la teoría a la práctica	Realización de encuestas: encuestar, relevar y analizar datos.	14	4,7%	14	27,4%
		Determinantes de la salud	6	2 %	5	9,8%
		Alcances de la APS: Prevención y Promoción.	4	1,3%	4	7,8%
		Salud Pública.	1	0,3%	-	-

Nota: elaboración propia (2023)

En la tabla anterior se identifican las habilidades sociocognitivas básicas halladas en la investigación, presentadas según la frecuencia de presentación. Los porcentajes de presentación

de los tópicos varían según los instrumentos de evaluación. El tópico 1, “reforzar conocimientos teóricos”, coincide con los conocimientos básicos de las habilidades cognitivas de Epstein & Hundter(2002), o el conocimiento de Englander et al., (2003). Durán Pérez et al., 2021, (p.64), lo describe como el pensamiento científico que es la habilidad más fomentada en las curricula, dado el origen positivista de las ciencias de la salud”. Es el aprendizaje de la teoría en la enseñanza áulica tradicional.

El tópico 2 “Aplicación de la teoría a la práctica” es una habilidad que permite poner en relación, utilizar la teoría al ejercicio de las prácticas profesionales. Englander (2013) en su clasificación las agrupa como conocimiento para la práctica, es la aplicar los principios de la epidemiología, las ciencias sociales, biomédicas a la identificación de los problemas de salud, factores de riesgo, prevención, ó promoción de la salud. Epstein (2002) las agrupa como aplicación del conocimiento a situaciones de la vida real. También se interpreta como el pensamiento sistémico (Durán Pérez et al, 2021, p.64) para los autores dicho pensamiento” permite observar todos los elementos en un entorno dado y su interrelación”.

El gráfico siguiente expresa la posibilidad de seguir construyendo a partir de conocimientos previos (autoevaluación) con relación a la actividad técnica académica. Un 42,1% contestó que evaluó como muy bueno con relación a esa habilidad.

Gráfico N°7: Autoevaluación de desempeño en relación con el trabajo técnico. Posibilidad de seguir construyendo.



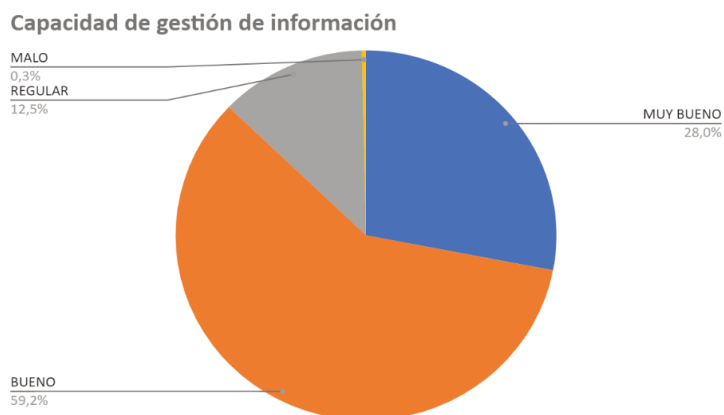
Nota: elaboración propia (2023)

La habilidad técnica académica es la encuesta a la población y el relevamiento de datos. Como se observa el 42,2 % contestó que pudo seguir construyendo su trabajo y sólo el 1% no pudo seguir construyendo su trabajo técnico.

Estos resultados expresan que la educación situada, experiencial, brinda enormes posibilidades al estudiante para aplicar, relacionar, vincular la teoría con la práctica y seguir construyendo su proceso de aprendizaje. No debemos olvidar de las contribuciones enormes al proceso gracias a la comunidad de aprendizaje.

El siguiente gráfico presenta los resultados respecto a la gestión de información con relación al trabajo académico.

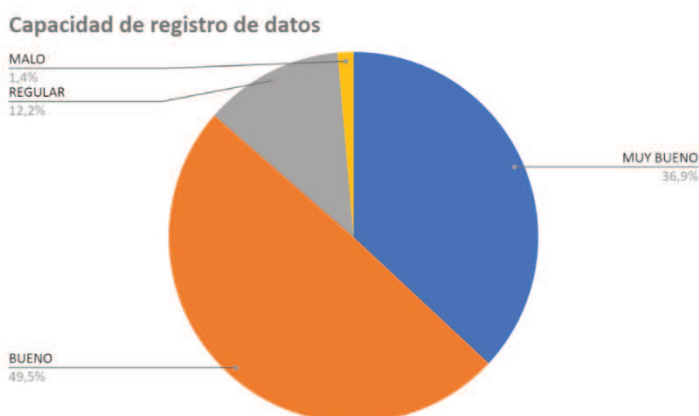
Gráfico N°8: Autoevaluación de desempeño en relación con el trabajo técnico. Capacidad de gestión de información. IFA



Nota: elaboración propia (2023)

Un 59,2 % contestó que pudo gestionarse la información en forma muy buena siendo la opción más frecuente y la menos frecuente un 59,2% en forma buena, y un 0,3% tuvo mala gestión de información.

Gráfico N°9: Autoevaluación de desempeño en relación con el trabajo técnico. Capacidad de registro de datos. IFA.



Nota: elaboración propia (2023)

Cuando se preguntó en el IFA la capacidad de registro de datos un 49,5% respondió que pudo registrar datos de forma muy buena y sólo un 12, 2% de forma regular.

De los 124 estudiantes encuestados, un 36,9 % contestó que pudo registrar los datos de forma muy buena, un 49,5 de forma buena y un 12, 2% de forma regular. Ninguno eligió la opción mala capacidad de registro de datos.

5-2-5 Habilidades interpersonales o de relación

Tabla N° 8: Habilidades interpersonales o de relación en una PEEE de los estudiantes de medicina. 2023.

Categoría N° 5: Habilidades interpersonales o de relación.		IFA	%	TG	%
		n=294		n=51	
		47	15,9%	14	27,4%
T O P I C O S	1- Aprendí a relacionarme o interactuar con las personas.	42	14,2%	9	17,6%
	2- Aprendí a relacionarme o compartir con la comunidad,	5	1,7%	5	9,8%

Nota: elaboración propia (2023)

La categoría habilidades interpersonales o de relación se presentaron menos frecuentemente que las habilidades de aprendizaje en contexto, comunicacionales o de trabajo en

equipo, pero se las recupera cuando los estudiantes expresan aprendí a relacionarme, a tratar, a interactuar con otras personas, con desconocidos, con otros fuera de la facultad. Se excluyeron de esta categoría cuando la frase significativa se refería incorporaba “aprendí a comunicarme con otros”. De todas maneras, vuelven a surgir categorías centrales como las habilidades de comunicación dentro de las interpersonales, se entrecruzan.

El tópico mas frecuente fue “aprendí a relacionarme con otros “, siendo recuperado del 17,6 % de los T.G y del 14,3 % de los IFA. El tópico menos frecuente fue “aprendí a relacionarme con la comunidad” presentándose solo en un 9,8% de los TG y en un 1,7% de los IFA. Oraciones tales como:

- ✓ “Aprendí sobre el contacto con la población, sobre el ambiente y realidades de otras personas”

nos demuestran como encadenan unas a otras.

Se entiende por comunidad al conjunto de personas que comparten intereses en común, o se lo utiliza para designar una localidad o área geográfica. Los integrantes de una comunidad se relacionan entre sí, y tienen sentimientos de pertenencia. Los estudiantes la definen también como población cuando dicen:

- ✓ “aprendí a relacionarme con la población”.

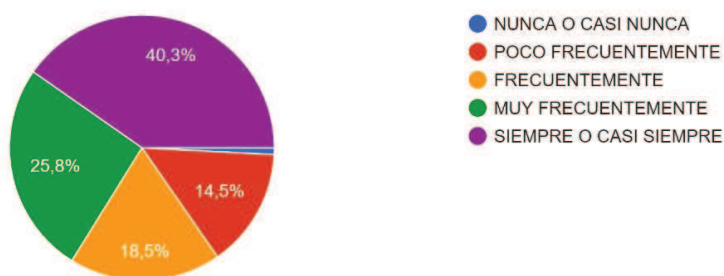
El concepto de población es el número de personas que habitan un lugar en un momento dado y se utiliza en demografía.

El siguiente gráfico representa los resultados de la encuesta cuando se indagó sobre habilidades interpersonales o de relación.

Gráfico N° 10: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades de exposición a extraños y nuevas situaciones. Pregunta N° 5.

5-Al entrar en un ambiente con personas desconocidas, las saludo.

124 respuestas



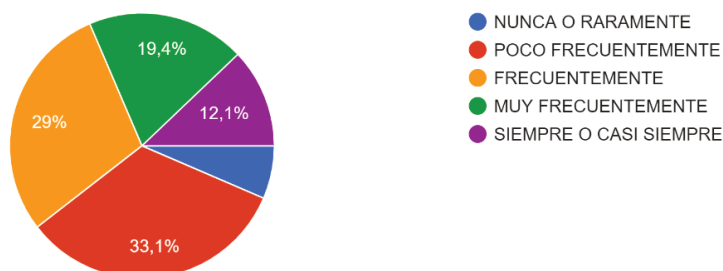
Nota: elaboración propia (2023)

La opción con mayor frecuencia (40,3%) resultó que siempre o casi siempre los estudiantes saludan al entrar en un ambiente con personas desconocidas. La opción Nunca o casi Nunca fue la que obtuvo menor frecuencia.

Gráfico N°11: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades de exposición a extraños y nuevas situaciones. Pregunta N° 1

1- En un grupo de personas desconocidas, me siento cómoda/cómodo, conversando normalmente.

124 respuestas



Nota: elaboración propia (2023)

Estos resultados podrían interpretarse como dificultades de relación con desconocidos. Se recuperan frases significativas como:

✓ “aprendí a relacionarme con desconocidos”.

Esta habilidad podría mejorarse incrementando las actividades de extensión.

5-2-6 Habilidades sociales personales

Tabla N° 9: Habilidades sociales personales en una PEEE de los estudiantes de medicina.2023

Categoría N° 6: Habilidades sociales personales		IFA	%	TG	%
		n=294		n=51	
		24	8.1%	21	41,1%
T	Resolver problemas o conflictos	3	1%	6	11.7%
O					
P	Tolerancia y paciencia	3	1%	6	11.7%
I					

C O S	No frustrarse, afrontar el stress	4	1,3%	3	5,8%
	Tomar el rol profesional	4	1,3%	-	-
	Organización	3	1%	2	3,9%
	Adaptación	3	0,6%	1	1,9%
	Gestión del tiempo	2	0,6%	1	1,9%
	Respeto	1	0,3%	2	3,9%
	Compromiso	1	0,3%	-	-

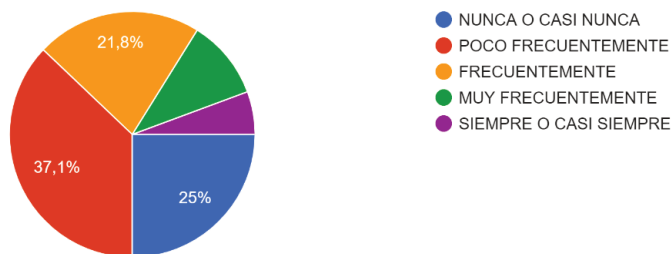
Nota: elaboración propia (2023)

Gráfico N°12: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades para hacer frente al riesgo.

Capacidad para oponerse o rechazar comportamiento. Pregunta N° 12.

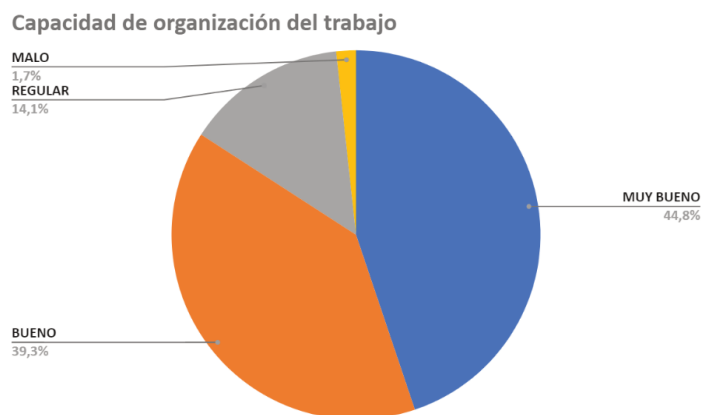
12-En una conversación si una persona me interrumpe, le pido que espere hasta que yo termine lo que estaba diciendo.

124 respuestas



Nota: elaboración propia (2023)

Gráfico N°13: Autoevaluación de desempeño en relación con el trabajo técnico. Capacidad de organización del trabajo. IFA.



Nota: elaboración propia (2023)

Un 44,8% contestó que pudo organizar su trabajo de forma muy buena y un 14,1% como mala.

5-2-7 Habilidades empáticas.

Del análisis interpretativo de la categoría habilidades empáticas surgieron (con relación a la frecuencia y a la presentación) los 4 tópicos nodales que se detallan en la siguiente tabla.

Tabla N°10: Habilidades Empáticas en una PEEE en estudiantes de medicina en una PEEE.2023.

Categoría 7: Habilidades empáticas		IFA	%	TG	%
		n= 294		n=51	
T	1-Tener y/ o ser empático	22	7,4 %	12	23,5%
		O	16	5,4%	8

P I C O S	2-Empatizar con la comunidad	4	1,3 %	2	16.6%
	3- Ponerse en el lugar del otro	1	0,3 %	1	8,3%
	4-Expresar actitudes positivas	1	0,3%	1	8,3%

Nota: elaboración propia (2023)

Se observa que se presenta más frecuentemente la empatía como una cualidad personal o condición individual, por la cual se es capaz de comprender las emociones de otros, o resonar con otros, entendiendo que es la concepción habitual del término. En Medicina es mucho más que esto, es un proceso complejo, multidimensional y hasta comunicacional con una serie de componentes como lo expresan Halpern (2003), Muntadas (2020) Cordero da Silva (2022), entre otros.

Surgen menos frecuentemente tópicos como “expresar actitudes positivas” y “ponerse en el lugar del otro”. Cordero da Silva (2022) expresa también como ponerse en la piel del otro. Es importante destacar que en la empatía de los profesionales de la salud uno siente con alguien, pero no se debe confundir con el otro. Esto implica la necesidad de un entrenamiento sobre el tipo y calidad de respuesta empática esperada y necesaria, a fin de proteger al trabajador de la salud. La respuesta empática debe estar en sintonía con el estado emocional del individuo pero nunca hacia una introspección del empatizador o que el empático quede resonando a sí mismo o una respuesta negativa ó sentimientos negativos hacia el paciente (Halpern 2003, Singer 2014).

Dentro de las expresiones significativas se identifican habilidades de aprendizaje en contexto, ese escenario particular permite que la habilidad se desarrolle articulando con otra habilidad transversal. Todas las habilidades sociocognitivas ocupan dominios propios, pero a su

vez emergen como tópicos en otras categorías, es decir se articulan entre ellas. Como ejemplo de lo anterior se menciona:

- ✓ “Considero que ahora tengo más herramientas para comunicarme con el otro desde una posición más empática”,
- ✓ “Aprendí a relacionarme e interactuar con la gente de manera empática”.

Para Ratka (2018), la empatía potencia las prácticas y actitudes colaborativas interprofesionales como así también las comunicaciones interpersonales. La empatía mejora la comunicación con el paciente (Halpern, 2014).

Las siguientes expresiones significativas aprendí a:

- ✓ “empatizar más con otras realidades”,
- ✓ “desarrollar empatía conociendo otras realidades”,
- ✓ “comprender a la gente que vive realidades distintas”

son habilidades de aprendizaje en contexto, donde la empatía emerge en esa realidad que asombra, perpleja y moviliza al estudiante.

- ✓ “Aprendí la realidad de la situación, cuánto me falta todavía aprender y poder en un futuro ayudar, brindar servicios”.

En consonancia con lo mencionado, Ratka (2018), expresa “Se demostró que la empatía tiene un impacto positivo en la capacidad de reconocer los determinantes sociales” (p. 1142) y la exposición a

grupos más vulnerables, así como las entrevistas en vivo mediante la educación experiencial, son estrategias educativas que mejoran la empatía (Wellbery, 2019; Ratka, 2018).

La siguiente frase significativa encierra algunos cuestionamientos:

✓ “Empatizar con la comunidad”.

¿Qué significa empatizar con la comunidad? ¿Existe una empatía hacia el colectivo comunidad? ¿Podemos hablar de empatía social? No se encontraron publicaciones de investigaciones sobre la empatía del médico o el equipo de salud hacia la comunidad como fenómeno colectivo. "La empatía es limitada... en el sentido de que se centra en individuos específicos... No resuena adecuadamente con los efectos de nuestras acciones en grupos de personas” Bloom (2017), como se citó en Wellbery (2019).

Bloom en su obra resalta que la empatía es acotada ya que implica a un individuo enfermo y/o angustiado, lo cual no aplica para los grupos sociales (Wellbery, 2019). Ante esto desarrolla la compasión, que implicaría la acción o movilización de ayuda a las poblaciones vulnerables. (Singer y Klimecky, 2014; Wellbery, 2019). Singer y Klimecky (2014) estudia el desarrollo evolutivo y plasticidad de muchas conductas prosociales entre ellas la compasión, a la cual define como emociones relacionadas con los demás, expresar sentimientos positivos con enfoque y acción prosocial. Mientras la empatía implica resonar emociones positivas o negativas con un otro, la compasión incluye la movilización y expresión de sentimientos positivos y de ayuda hacia la especie que sufre. La compasión como enfoque y acción prosocial adquiere jerarquía como concepto a observar, y/o investigar para disciplinas como la Salud Pública, la Atención Primaria, incluida la

Educación médica. Wellbery et al. publican que la empatía social tiene como base componentes de la empatía individual que se ponen en juego ante distintas situaciones didácticas, las obligaciones cívicas y morales y las institucionales de atención a grupos vulnerables.

En la entrevista cuando se pregunta sobre motivación o las causas por las que decidió estudiar medicina surgen estas expresiones relevantes

Entrevistada N°1: “Desde pequeña siempre me interesó todo lo que es el cuerpo humano, la salud, y **siempre me gustó ayudar al otro. Yo disfruto de poder estar con otra persona y más si es posible ayudarla.** Y como en este trabajo nos comentaron que si la persona tenía algo que comentarnos que se podría llegar a solucionar y nosotros lo pudiéramos anotar, eso me motivó aún más, porque sabía que podría haber un cambio **a partir de esta pequeña acción que nosotros estamos haciendo.**

Entrevistado N° 2: “Quería aprender una carrera que sea más social y que tenga como más relación con poder estar ahí, poder manejar o trabajar en la población, las diferentes poblaciones y **ayudar también**”, Si bien en este estudio no nos enfocamos sobre la motivación para el estudio de medicina, se infiere a partir de las frases de los estudiantes la presencia de habilidades empáticas (empatía, compasión) previas al ingreso a la carrera. La entrevistada 1 va más allá cuando dice estar más motivada, aunque sea con una pequeña acción, es decir expresa compasión.

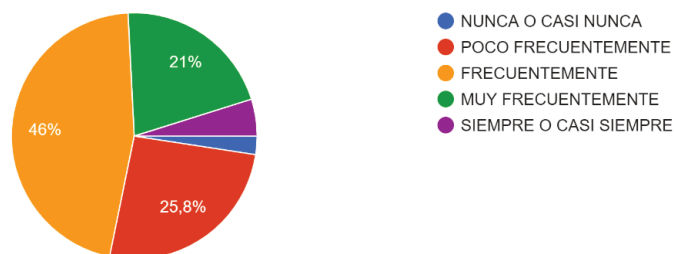
En la encuesta publicada en el entorno virtual se realizaron 3 preguntas para explorar habilidades empáticas a partir de la adaptación argentina del inventario de habilidades sociales de

Del Prette (Olaz et al., 2009). Las preguntas 6, 7 y 8 se dirigieron a evaluar estas habilidades. Los autores entienden por habilidades empáticas las 'habilidades para transmitir calidez y expresar cumplidos, elogios, aprecio, sentimientos personales y opiniones de los demás cuando su comportamiento positivo lo justifique. También se incluye la capacidad de ponerse en el lugar del otro y de defender los derechos de los demás.

Gráfico N°14: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades empáticas o de expresión de sentimientos positivos. Pregunta N° 6.

6- Cuando alguien hace algo bueno, aunque no se dirija a mí directamente, lo menciono elogiándolo en la primera oportunidad que se presente.

124 respuestas

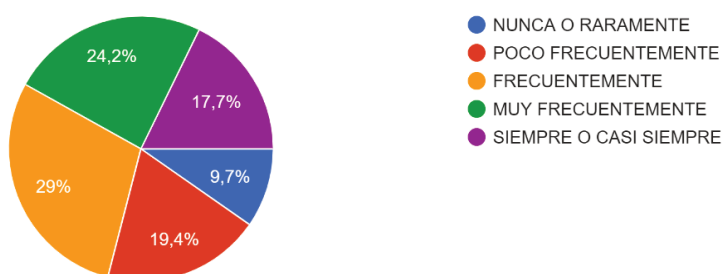


Nota: elaboración propia (2023)

El 46 % de los encuestado manifestó poder expresar sentimientos positivos frecuentemente. Un 1,5% nunca lo elogia cuando hace algo bueno.

Gráfico N°15: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades empáticas o de expresión de sentimientos positivos. Pregunta N° 7.

7-Si me siento bien (feliz), se lo expreso a mi círculo de personas de amistades
124 respuestas

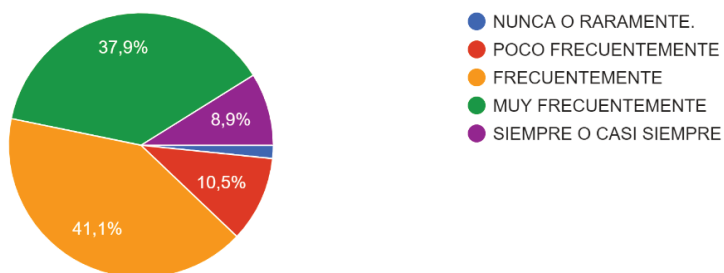


Nota: elaboración propia (2023)

Ante la pregunta sobre la expresión de sentimientos positivos si me siento feliz, un 29 % de los estudiantes respondieron que lo hacen frecuentemente y un 9,7% nunca lo hacen.

Gráfico N°16: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades empáticas o de expresión de sentimientos positivos. Pregunta N° 8.

8- En una situación de grupo, cuando alguien es injustamente tratado, reacciono en su defensa.
124 respuestas



Nota; elaboración propia (2023)

Cuando se indagó sobre elogios y cumplidos (pregunta 6) un 67 % de los estudiantes contestaron frecuentemente o más. Cuando se preguntó por la expresión de sentimientos positivos un 70% contestó por la afirmativa en forma frecuente o más. Sobre la pregunta 8 que interroga sobre si defiende a alguien del grupo cuando es injustamente tratado, un 70 % contesta frecuentemente.

Por lo tanto, las habilidades empáticas de los estudiantes de segundo año de Medicina en el momento de la investigación son altas, en concordancia con investigaciones de autores que publican que los estudiantes de medicina ingresan a la carrera con un nivel elevado de empatía, para ir en disminución en los últimos años de formación.

5-2-8 Habilidades educativas

Tabla N 11: Habilidades docentes en una PEEE en estudiantes de medicina. 2023

	IFA	%	TG	%
Categoría N° 8: Habilidades docentes	n=294		n=51	
	8	2,7 %	5	9,8%
Tópico “1: Aprendí a hablar en público, a comunicar a la población”	6	2 %	4	7,8%
Tópico 2:” Aprendí a educar para la salud”	2	0,7#	1	1,9%

Nota: elaboración propia (2023)

En el análisis cualitativo, se encuentran categorías emergentes singulares como “aprendí a cómo hablar con el público”, “aprendí a hablar con la comunidad”, “aprendí a mejorar la capacidad de comunicación en salud”

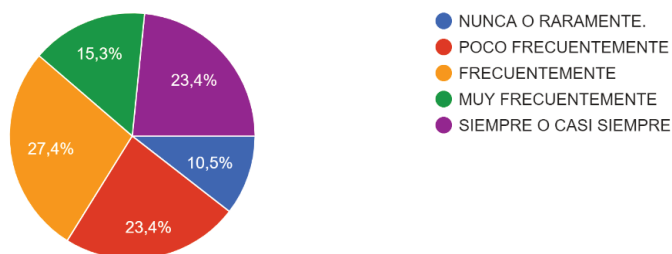
También se indagó en la encuesta sobre las habilidades sociales académicas y laborales, encontrándose los siguientes resultados.

Gráfico N° 17: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades académicas o laborales.

Pregunta N° 9.

9- Realizo exposiciones,(por ejemplo: una conferencia) en al aula o en el trabajo cuando me lo solicitan.

124 respuestas



Nota: elaboración propia (2023)

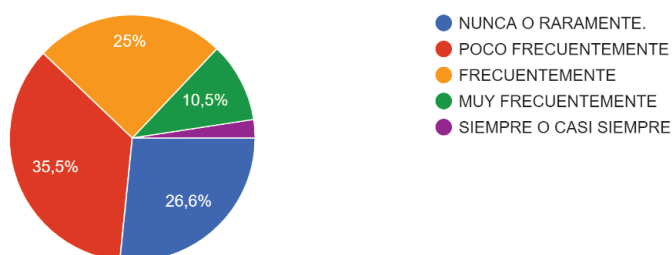
Cuando se indaga por las habilidades de exposición ante otras personas en el trabajo o en educación los resultados son sensibles y representativos, discriminando la presencia de altas habilidades para la enunciación o presentación académica. (66,1 % expone en forma frecuente, muy frecuentemente o casi siempre). La opción más elegida es el 27,4% de los estudiantes expone frecuentemente y el 10,5 % nunca lo hace.

En la pregunta siguiente (pregunta N° 10) se indaga sobre habilidades sociales

Gráfico N° 18: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades académicas o laborales.

10- En una clase o reunión, si el profesor o directivo hacen una afirmación incorrecta, yo expongo mi opinión.

124 respuestas



Nota: elaboración propia (2023)

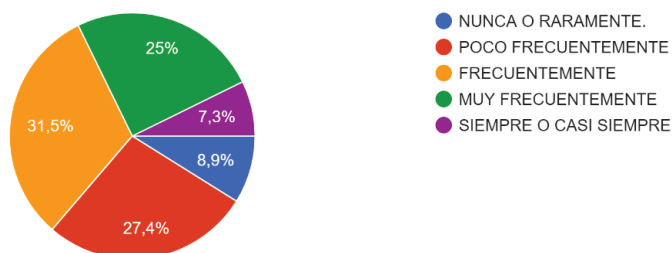
Los resultados demuestran que los estudiantes tienen bajas habilidades sociales para señalar errores o diferencias hacia los docentes ó directivos, lo que habla de la necesidad de construir una educación democratizadora, sin asimetrías docente estudiante (un 35,5% de estudiantes corregirían a su docentes o directivos en forma poco frecuente). Un 2,4 % de los estudiantes nunca señalaría cuando el docente tiene afirmaciones incorrectas. También estos resultados podrían expresar temor de los estudiantes frente a la evaluación.

Gráfico N° 19: Encuesta sobre habilidades sociales: habilidades académicas o laborales.

Pregunta N° 11.

11-En la facultad o trabajo, cuando no comprendo una explicación sobre algún tema interesante, hago las preguntas que creo necesarias para mi esclarecimiento.

124 respuestas



En el gráfico anterior se evidencia que un 31,5 % de los estudiantes contestan que en forma frecuente indagarían a sus docentes ante una duda. El 7,3% de los estudiantes indagarían siempre o casi siempre a sus docentes en caso de necesitar una explicación. Estos resultados nos permiten inferir la presencia de habilidades docentes y laborales en altos porcentajes de estudiantes.

Sobre los médicos Camilloni (2022) menciona:

“Enseñan a sus pacientes, a sus familias, a futuros colegas, a otros profesionales de la misma disciplina y de otras, en una tarea tan importante como compleja y difícil. Sin embargo, no reciben instrucción formal para cumplirla. Enseñan como autodidactas, con base al sentido común, en su experiencia, pero con gran convicción. Es este un vacío de formación que debe ser cultivado y desplegado, integrándolo al currículo de grado”. (p.10)

Se podría continuar lo mencionado por Camilloni, haciendo referencia también a que educan para la salud a la comunidad, a las poblaciones, a personas diversas con diferentes niveles de instrucción, con distintas culturas, a veces con distintos lenguajes o dialectos (comunidades

originarias), de distintas edades, siempre educan... Siempre están comunicando.....Educan para cuidar, para sanar, para rehabilitar e insertar, deben educar para el ejercicio pleno de la ciudadanía.

5-3 Objetivo 3: Proponer, a partir de los resultados obtenidos, instancias formativas de dichas habilidades en diversas áreas de la carrera de Medicina.

Se utilizaron los hallazgos de esta investigación para proponer instancias formativas de las habilidades encontradas. En virtud de la magnitud de habilidades sociocognitivas desplegadas por los estudiantes en esta práctica de extensión de educación experiencial, en una instancia de aprendizaje situado y habiendo observado los beneficios de la educación experiencial versus la educación tradicional, es que se piensan distintas instancias formativas.

Sabemos de la complejidad de la planificación, organización, desarrollo y evaluación de una práctica que contemple el desplazamiento de alrededor de 300 alumnos hacia el territorio elegido, en coordinación con actores sociales del mismo. Sin embargo, a la luz de los múltiples beneficios de la Educación experiencial ya descritos, es que se piensa a la misma como imprescindible para completar las debilidades de la educación áulica. Me refiero al proceso reflexivo potente, a la mixturización de la educación formal e informal, que encuentran sus mayores logros en la experiencialidad. Afianzar lo hecho y transitar nuevos caminos en torno a la extensión con sus múltiples sentidos (éticos, políticos, morales, sociales) con relación a la formación de los profesionales en general y de los médicos en particular; es sin duda el compromiso de la UNL con su área de influencia. Con respecto a la formación médica hace falta

tomar nuevos desafíos, a fin de garantizar la formación social de los médicos y consolidar el perfil con orientación hacia la Atención Primaria de la Salud.

En relación con mi campo disciplinar -la Salud Pública-, en el territorio y en el ejercicio de una tarea afín a la disciplina; los estudiantes demostraron asombro y descubrimiento de una nueva realidad. Muchos de ellos pudieron vincular la teoría a la práctica. Así identificaron y expresaron lo observado en un ejercicio de relación: inequidad social, vulnerabilidad social, determinantes, etc. Algunos se vieron motivados a ayudar, colaborar, prevenir, entre otras acciones. La instancia prevista de regreso al territorio en 3er año (segunda etapa de “Conocer para cuidar”) es necesaria para afianzar lo enumerado anteriormente ya que los estudiantes deben planificar e implementar estrategias de educación y promoción de la salud co-construidas con los actores locales. La educación experiencial en el territorio en distintas y repetidas actividades de extensión (PEEE, acciones de extensión al territorio AET, etc) es necesaria e imprescindible a fin de profundizar y completar contenidos afines a la disciplina tales como: determinantes de la salud, epidemiología, sistemas de salud, trabajo intersectorial, interdisciplina, vigilancia epidemiológica, prevención, redes sociales, etc.

5-3-1 Propuestas en relación con el Primer ciclo de promoción de la Salud:

Primer año: Se propone la enseñanza y el aprendizaje de habilidades comunicacionales, empáticas y de compasión, mediante propuestas didácticas innovadoras como talleres grupales con utilización de la narrativa (mediante la escritura y lectura reflexiva de problemas, casos, historias de vida) que han demostrado desarrollar y ampliar dichas habilidades. También se demostró que

el uso de blogs con audiovisuales disparadores estimula el entrenamiento de las habilidades sociocognitivas. Propiciar y fomentar la educación interprofesional (mediante actividades educativas comunes en temas afines) con otras carreras de salud como Licenciatura en Obstetricia, Terapia Ocupacional, Licenciatura en Nutrición; a fin de propiciar el trabajo colaborativo y avanzar hacia la interdisciplinariedad.

5-3-2 Propuestas para el segundo ciclo de Prevención de la enfermedad:

Segundo y tercer año: Afianzar la PEEE “Conocer para cuidar”. Completar la propuesta educativa en la instancia previa a la práctica con talleres que utilicen técnicas participativas como el rol player, o videos con historias de vida grabadas que estimulen al estudiante en las habilidades sociocognitivas ya descritas.

Realizar una nueva PEEE en el tercer año de la carrera a fin de profundizar el intercambio con el territorio ya conocido; tendientes a instalar el conflicto cognitivo en los estudiantes que permita comprender y apropiarse del objeto salud y los principios de la reproducción social y la complejidad.

5-3-3 Propuestas para el tercer ciclo de Diagnóstico, tratamiento y Rehabilitación:

En el ciclo clínico se propone estimular las pasantías en docencia a fin de promover y expandir las habilidades docentes en los estudiantes. Ampliar las propuestas para los pasantes, crear pasantías docentes para la extensión.

5-3-4 Propuestas para el Ciclo de la Práctica Final Obligatoria:

Continuar brindando propuestas de pasantía en extensión, aparte de las docentes como cotutores y en investigación; para potenciar las habilidades docentes en estudiantes avanzados.

Planificar, desarrollar y evaluar una nueva PEEE, que integre los tres ciclos de formación: el de Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad y Diagnóstico y Tratamiento durante las prácticas de APS.

CAPITULO 6: CONCLUSIONES

6-1 Acerca del 1er objetivo:

Se desarrolló la Práctica de Extensión de Educación Experiencial “Conocer para cuidar” con estudiantes de segundo año cursando el Área de Ser Humano y su Medio, del ciclo de Promoción de la Salud de la carrera de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral. La planificación y ejecución de la actividad estuvo coordinada por la Secretaría de Extensión, coordinación docente, tutores y expertos de dicha área.

Las actividades se desarrollaron durante los meses de setiembre, octubre y noviembre de 2022. La misma se implementó en tres etapas: las capacitaciones previas a la práctica (de docentes, tutores, estudiantes avanzados y de segundo año), la práctica de extensión propiamente dicha y los talleres de reflexión.

La PEEE se desarrolló en el barrio Los Espinillos de la ciudad de San José del Rincón y el Barrio Paprosky de la ciudad de Monte Vera, ambas localidades del gran Santa Fe.

Se realizó en conjunto con actores claves de las instituciones locales y líderes barriales. La práctica contempló la encuesta a vecinos, el relevamiento y procesamiento de determinantes socioambientales y su relación con las condiciones de vida de la población.

6-2 Acerca del 2do objetivo:

Se investigó sobre las habilidades sociocognitivas en los estudiantes de segundo año, luego de la finalización de la PEEE, en todas sus instancias a fin de identificarlas y caracterizarlas. Todas

las habilidades se desarrollaron bajo la dimensión territorio. Mediante metodología cualitativa se hallaron las siguientes habilidades sociocognitivas: habilidades de aprendizaje en contexto, habilidades comunicacionales, habilidades de trabajo en equipo, habilidades cognitivas básicas, habilidades interpersonales o de relación, habilidades sociales personales, habilidades empáticas y habilidades educativas.

Las habilidades de aprendizaje en contexto y las comunicacionales fueron las más frecuentes y las habilidades empáticas y docentes las menos.

Las mismas se caracterizan por estar articuladas unas con otras, la realización de una habilidad desencadena el ejercicio de otra. Una vez agrupadas y clasificadas surgen otras. Mediante metodología cuantitativa se midieron algunas habilidades, que mediante triangulación metodológica permitió profundizar sobre el objeto de estudio.

6-3 Acerca del 3er objetivo:

Se piensa en la educación experiencial como necesaria e imprescindible para garantizar la enseñanza y aprendizaje de la disciplina Salud Pública. Dentro de ese marco, se propone sostener y ampliar las prácticas de extensión de educación experiencial, para los distintos Ciclos de la carrera de Medicina, de la FCM, UNL.

Mediante actividades docentes con propuestas didácticas innovadoras, se piensa desarrollar y ampliar las habilidades sociocognitivas de los estudiantes en todos los ciclos de formación de la carrera de Medicina. La utilización de la narrativa grupal, de propuestas participativas como el rol

player, o uso de las TICs ayudan a la expansión de habilidades de comunicación, empáticas, entre otras.

Se hace énfasis en ampliar las pasantías docentes a la extensión, a fin de permitir el desarrollo de habilidades docentes en territorio bajo distintas propuestas de educación experiencial.

Bibliografía

Abrawnosky, A. (2018). Respiracion artificial. El avance de la educación emocional en la Argentina. *Bordes Agosto-Octubre de 2018. Revista de Política, derecho y sociedad*. 10. p 9-17.

<https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/bordes/article/view/240>

Almeida Filho, N., & Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud publica y el movimiento de salud colectiva en latinoamérica. *Cuadernos médico sociales* 75, p 5-30.

<https://web.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/17/2023/03/n75a345.pdf>

Bandura, A. (1976). *Teoría del Aprendizaje Social*. Escasa-Calpe.Madrid 1982 Edición en español.Traducción del inglés por Ángel Riviére.(269).

Borrell Bentz, R. M. (diciembre de 2012). La Educación Médica: es posible cambiarla.

OPS/OMS.

<https://www.observatoriorh.org/es/editorial-no-2-diciembre-2012>

Braivlosky, C, Centeno, R, (2012) Algunas tendencias actuales en educación médica. *Revista de Docencia Unversitaria*, 10 (Número especial, 2012), 23 – 33.

DOI: <https://doi.org/10.4995/redu.2012.6091>

Breilh Paz y Miño, J. (2023, 6 de mayo). *La necesidad urgente de transformar la ciencia médica y las universidades. El contexto de una utopía.* (Conferencia) Conferencia en el acto de otorgamiento del Doctorado Honoris Causa a Jaime Breihl. Universidad de mar del Plata. Argentina. Repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador.

<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9373/4/Breilh%20J-CON-271-La%20necesidad-Doctorado%20honoris%20causa-6%20may%202023.pdf>

Brown. S., Collins, A., Duguid, P. (1989). Situated Cognition and the Culture of Learning. *Educational Researcher*, 18 (1), 32-42.

Camilloni, A.W. (2013) “La inclusión de la educación experiencial en el currículo universitario” en *Integración docencia y extensión. Otra forma de enseñar y aprender.* Gustavo Menéndez et al. Santa Fe, Universidad Nacional del Litoral. (p. 11-21)

https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fcjs-unl/20171101043348/pdf_1172.pdf

Camilloni, A. W. (2017). El desarrollo de las multialfabetizaciones en las experiencias de extensión. *Revista de Extensión Universitaria+E*, 7, p60-67.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=564172836006>

Camilloni, A.R.W.de (2022). Prólogo. En Mariana Boffelli, Sandra Sordo (Eds.). *Integración, Docencia y extensión. Otra forma de enseñar y aprender*,3, p. 6-9.Santa Fe. Universidad nacional del Litoral.
<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/6601/Integraci%c3%b3n%20docencia%20y%20extensi%c3%b3n%203.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Camilloni, A. (2022). Prólogo: Los nuevos desafíos en la Educación Médica. En Fernando Redondo y Lisa Carreras (compiladores) *Educación médica en pediatría*. p 7-13. Santa Fe. Ediciones UNL.
https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/6719/educacionPediatria_AA.pdf?sequence=1

Cole, M. (1984). La zona de desarrollo próximo: donde cultura y conocimiento se generan mutuamente. *Journal for the Study of Education and Developmet, Infancia y aprendizaje*. 21.(3-17)Laboratory of Comparative Human Cognition. Traducción: Amelia Álvarez y Pablo del Río.

Coronado, M. (2008). *Competencias sociales y convivencia:Herramientas de análisis y proyectos de intervención*. Buenos Aires. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.(p 224).

Cordero da Silva, J.A., et al (2022). Enseñar empatía en salud: una revisión integradora. *Revista Bioética*. 30.(4). p.715-723.

<https://doi.org/10.1590/1983-80422022304563ES>

Cucchiara, A et al (2020). “La narrativa como generador de la empatía médica. Experiencia de escritura reflexiva con estudiantes de 3er año de la Carrera de Medicina de la Universidad Maimónides. *Rev. Redbioética*. UNESCO, Año 11, 1 (21): 12 - 12 enero - junio 2020.

<https://redbioetica.com.ar/revista-redbioetica-unesco-no-21/>

Del Prette, A. et al (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*, 7, (1), pp. 27-47.

https://www.academia.edu/download/39592030/art02.1.07_1_.pdf

Del Prette, A. P. (2017). *Competencia social e Habilidades sociaes. Manual teórico práctico*. Editora Vozes..

Díaz Barriga Arceo, F. (2003) Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo.

Revista Electrónica de Investigación Educativa. 5(2) 2-13,

<https://redie.uabc.mx/redie/article/view/85>

Díaz Barriga Arceo, F. (2006). *ENSEÑANZA SITUADA: vínculo entre la escuela y la vida*. McGraw- Hill Interamericana.

<https://www.uv.mx/rmipe/files/2016/08/Ensenanza-situada-vinculo-entre-la-escuela-y-la-vida.pdf>

Díaz Barriga, F& Hernández Rojas, G (2013). Una mirada psicoeducativa al aprendizaje: qué sabemos y hacia donde vamos. *Sinéctica*, 40 (19). www.sinectica.iteso.mx

Díaz Barriga Arceo, F. (2019). Evaluación de Competencias en Educación Superior: Experiencias en el Contexto Mexicano. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*. 12(2). 49-66.<https://doi.org/10.15366/riee2019.12.2.003>

Díaz-Narváez VP, et al. (2020). Consideraciones acerca de la declinación empática en estudiantes de medicina en Latinoamérica. *Rev Cienc Salud*. 2020;18(2):1-16.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9258>

Durán Pérez, V.D., Gutiérrez Barreto, S.E. (2021). El aprendizaje activo y las habilidades cognitivas en la formación de los trabajadores de la salud. *FEM 2021; 24 (6): 283-290*.
doi: 10.33588/ fem.246.1153.

Engeström, Y. (2001). El aprendizaje expansivo en el trabajo:hacia una reconceptualización teórica de la actividad. *Journal of education and work*, 14(1),1-15

https://www.academia.edu/26972546/El_aprendizaje_expansivo_en_el_trabajo_hacia_una_reconceptualizaci%C3%B3n_te%C3%B3rica_de_la_actividad

Engeström, Y., Sannino, A. (2016) Expansive learning on the move: insights from ongoing research . El aprendizaje expansivo en movimiento:aportaciones de la investigación en curso, *Infancia y Aprendizaje*, 39:3, 401-435,

DOI:[10.1080/02103702.2016.1189119](https://doi.org/10.1080/02103702.2016.1189119)

Engeström, Y., Sannino, A. (2010) Studies of expansive learning: foundations, findings and future challenges. *Educational Research Review*.24.doi:10.1016/j.edurev.2009.12.002

Englander, R , et al(2013). Toward a Common Taxonomy of Competency domains for the health professions and competencies for Physicians. *Academic Medicine*. 88, 1088-1094, doi: 10.1097/ACM.0b013e31829a3b2b

Englander, R, et al (2017). Toward a shared language for competency-based medical education, *Medical Teacher*, 39:6, 582-587, DOI:10.1080/0142159X.2017.1315066

Epstein, R., Hundert, E. (2002). Defining and Assessing Professional Competences. *JAMA*. 287(2), p. 226-233.

<https://www.researchgate.net/publication/298348201>

Erausquin C., Capelari, M. (2017). Los enfoques socio-históricoculturales como perspectiva de análisis de significados y prácticas en contextos situados. *En Políticas y Prácticas de tutoría en la Educación Superior. Análisis de sus impactos en sujetos e instituciones*. p,1-23.

<https://www.aacademica.org/cristina.erausquin/612>

Erausquin, C. (2019). Aprendizaje Expansivo a través de la práctica en territorio y su elaboración reflexiva en la profesionalización de psicólogos. *Anuario Temas en Psicología. Dossier digital Jornadas de Investigación*. 5, p. 107-114.

<https://revistas.unlp.edu.ar/AnuarioPsicologia/article/view/9774/8574>

Erausquin, C; Funes Molineri, M. (2021) Cuarta generación de la teoría de la actividad, doble estimulación y aprendizaje expansivo en agentes profesionales de salud y educación. Anuario de Investigaciones. XXVIII, p. 65-74.

https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/28/erausquin.pdf

Erausquin, C; Fernández, J; Yain Mazú, A. (2021) “Apropiación participativa y aprendizaje expansivo, entre escuelas secundarias y extensionistas universitarios” Actas de la séptima jornada de investigación en psicología y sexto encuentro de becarios, becarias y tesistas. Memorias de trabajos completos. 1, (1).

[file:///C:/Users/54342/Downloads/sankaoliver,+1a-+Eurasquin+\(FINAL\).pdf](file:///C:/Users/54342/Downloads/sankaoliver,+1a-+Eurasquin+(FINAL).pdf)

Erreguerena, F. (2020). Repolitizar los territorios. Reflexiones sobre los conceptos de territorio y poder en la extensión universitaria. +E: *Revista de Extensión Universitaria*, 10(13), p1-13

<https://doi.org/10.14409/extension.2020.13.Jul-Dic.e0012>

Estatuto de la Universidad Nacional del Litoral. (2012) Ordenado por Resolución N° 480/2013 del Ministerio de Educación.

https://www.fca.unl.edu.ar/facultad/wp-content/uploads/sites/5/2018/08/707_unl-estatuto-aprobado-4-de-octubre-2012.pdf

Fainstein, H. (1994) El trabajo en equipo en las organizaciones. El modo o la moda de trabajar en equipo. Revista Alta Gerencia. Buenos Aires.

Fainstein, H. N. (1997) *Gestión de Equipos eficaces. Organizaciones del Siglo XXI*. Ediciones Macchi. Buenos Aires. p.182.

García, H. A., et al (2021). Competencias transversales en los tres primeros años de la carrera de medicina malla 2015: una aproximación desde la percepción de los actores clave. *An. Fac. Cienc. Méd.* (Asunción), 54(3), 67-84.

<http://dx.doi.org/10.18004/anales/2021.054.03.67>

Gatti, B.A.(2005). Habilidades cognitivas y competencias sociales. *Enunciación*, 123-134.

<https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/enunc/article/view/462>

Goleman, D. (1995). *La Inteligencia emocional*. Javier Vergara Editor.

Green, F. (2011). What is Skill? An Inter-Disciplinary Synthesis. Centre for learning and Life Chances in Knowledge Economies and Societies. 1-

<https://www.researchgate.net/publication/264874441>

Guariste, G., et al. (2023) Bioética, habilidades de Comunicación y relación médico paciente desde el inicio de la carrera de medicina: un camino hacia el ejercicio profesional. *Núcleo* 1. 16. p 129-131.

<https://rid.unrn.edu.ar/bitstream/20.500.12049/10427/1/Guaresti%20Angaut%20Rodriguez%20Pediatria%20en%20Red%205.pdf>

Halpern, H. (2003). What is clinical empathy? *J G INTER MED*, 18, p. 670-674.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494899/>

Heckman, J., Carneiro, P., Cuhna, F. (2004). The tecnollogy of skills formation. *America Economic Rewiew*. 3-13, <https://www.researchgate.net/publication/24121721>

Hernández, G., Díaz, F. (2013). Una mirada psicoeducativa al aprendizaje: qué sabemos y hacia dónde vamos. *Sinéctica*, 40, p.17.

<http://www.sinectica.iteso.mx/articulo/?id=40> una mirada psicoeducativa al aprendizaj e que sabemos y hacia donde vamos

Hidalgo, A. L, Galende, B. del C. (2022). Perspectivas, concepciones y preguntas para un abordaje situado de los procesos socioterritoriales. +E: *Revista de Extensión Universitaria*, 12 (17), e0016.p1-11.

<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/Extension/article/view/11773/16869>

Hinchado, C, A, (2008) Hablemos de..... Técnicas de trabajo en equipo. *Anales de Pediatría Continuada*. 6(2), p 122- 125.

<https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281808748650>

Integración docencia y extensión. Otra forma de enseñar y de aprender. (2013)

Gustavo Menéndez *et al.* Universidad Nacional del Litoral. p.98

ISBN 978-987-657-909-4

Integración, docencia y extensión 2: otra forma de enseñar y de aprender (2017). Gustavo Menéndez et ál. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.148 pp.;

ISBN 978-987-692-153-4

Integración docencia y extensión: otra forma de enseñar y aprender, 3. (2022) Mariana Boffelli , Sandra Sordo. (Eds) Universidad Nacional del Litoral. Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-692-302-

Ladenheim, R. I. y Hernández, C.I., (2020). Concepciones sobre competencias genéricas en educadores médicos en Argentina: contribuciones para la generación de consensos. *Revista Argentina de Educación Médica.* 9 (2) 8-17, 2020.

DOI:[10.18543/tjhe-5\(2\)-2018pp99-132](https://doi.org/10.18543/tjhe-5(2)-2018pp99-132)"

Lave, J., Wenger, E. (1991). *Situated Learning: legitimate peripheral participation.* 18th edition. *Cambridge University Press.*

<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511815355>

Mangrulkar, L., Whitman, C., Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes.* Organización Panamericana de la Salud, Washington.

http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20de%20Habilidades%20para%20la%20vida%20OPS_0.pdf

Menéndez, E. L. (1988,30 de abril al 7 de mayo,). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria(ponencia).*Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires.451-464.

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Menéndez, G. (2013) La dimensión comunicacional de la extensión universitaria. En Gustavo Menéndez et al. (Eds). Integración docencia y extensión. Otra forma de enseñar y de aprender. p. 98. Universidad Nacional del Litoral.

Miceli, S, et al (2022). Habilidades de Comunicación en la práctica clínica. Capítulo 5. En Fernando Redondo y Lisa Carreras (compiladores). *Educación médica en pediatría*. p 89-113. Santa Fe. Ediciones UNL.

<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/6719/educacionPediatría AA.pdf?sequence=1>

Ministerio de Salud. (2022). Guía para la elaboración de marcos de referencias basado en actividades profesionales confiables. Buenos Aires.

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/03-2023-guia-elaboracion-marcos-referencia-basados-en-apc.pdf>

Muntadas, Javier (2020). Empatía y compasión en la formación médica. ¿Es necesaria la educación afectiva en Medicina? *Revista Argentina de Educación Médica*. Vol. 9 N.º 2, p. 42-50.

<https://raem.afacimera.org.ar/portfolio-items/articulo-de-revision-empatia-y-compasion-en-la-formacion-medica-es-necesaria-la-educacion-afectiva-en-medicina/>

OPS, (2008). Número 1. Sistemas de salud basados en Atención Primaria de la Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D, C.

ISBN 978-92-75-33262-7 -

Olaz, F.O.; Medrano; L; Grecco; M.E, Pereyra Del Prette, Z, A. (2009) Argentinean Adaptation of the Social Skills Inventory IHS-De-Prette. *The Spanish Journal of Psychology*. 12, (2), p.756-766.

https://www.researchgate.net/publication/38076562_Argentinean_Adaptation_of_the_Social_Skills_Inventory_IHS-Del-Prette

Paim, J. S. (2021). Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI. *Colección cuadernos del ISCo. Salud Colectiva*. 15. Universidad Nacional de Lanús.

DOI 10.18294/9789874937810

Petra Micu, I. M. (2012). La Enseñanza de la comunicación en medicina. *Investigación de Educación Medica*;1(4). p.218-224.

<https://www.redalyc.org/pdf/3497/349736306009.pdf>

Plan de Estudios Medicina. RES. HCS 133-06 Anexo 1. Universidad Nacional del Litoral.

<https://www.fcm.unl.edu.ar/academica/wp-content/uploads/sites/9/2019/08/Plan-de-Estudios-Medicina-Res.-HCS-133-06-Anexo-1.pdf>

Plan de Desarrollo Institucional 2010-2019, “Hacia la Universidad del Centenario”.

https://www.unl.edu.ar/institucional/wp-content/uploads/sites/5/2018/12/215_unl_pdi_2010-2019.pdf

Plan Institucional Estratégico 100+10. (diciembre de 2020). Universidad Nacional del Litoral.

<https://www.unl.edu.ar/pie/wp-content/uploads/sites/55/2021/02/Plan-Institucional-Estrat%C3%A9gico.pdf>

Raphagelli, M. (2013). La dimensión pedagógica de la extensión. Integración Docencia y Extensión, otra forma de enseñar y aprender. Gustavo Menéndez et al. Santa Fe Universidad Nacional de litoral. p. 22-36.

Ratka, A, (2018). Empathy and the Development of Affective Skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*; 82 (10) Article 7192. p1140-1143.

https://www.researchgate.net/publication/330656710_Empathy_and_the_Development_of_Affective_Skills

Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., <https://dle.rae.es>> consulta el 25-09-2023.

Rossi, A, et al., (2022). Guía para abordar la comunicación desde las acciones de extensión universitaria. Secretaria de Extensión y Cultura. Universidad Nacional del Litoral.

https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/6770/Gu%C3%ADa_comunicaci%C3%B3n_desde_las_acciones_de_extensi%C3%B3n_universitaria_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ruiz Moral, R., Alvarez Montero, S. (2017). La interfaz comunicación clínica- ética clínica:implicancias para la educación médica. *Educación Médica*. 18(2), p.125-135
<http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.12.009>

Ruiz Moral, R., et al (2019). Cómo se está incorporando, enseñando y evaluando la comunicación clínica en las facultades de Medicina españolas *Educación Médica* 22. p. S473-S478
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.12.003>

Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud*. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires.Lugar.

Singer, T, Klimecki, O.M. (2014) Empathy and Compassion. “*Current biology*” .24 (18), p.875-878.
<https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>

Siurana Aparici, J.C. (2010). Ética de los profesionales de la Salud. En M. Correa Casanova y P. Martínez Becerra.(Eds.) *La riqueza ética de las profesiones*. (189-223). Santiago de Chile.Ril editores.

https://etica.uazuay.edu.ec/sites/etica.uazuay.edu.ec/files/public/2021-9/2010_Correa%20Casanova%20y%20Martinez%20Becerra%20%28Eds%29%20-%20La%20Riqueza%20Etica%20de%20las%20Profesiones.pdf

Souza Minayo, M.C.E. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Stolkiner, A. (2012). “Derribando barreras. Diálogo sobre interdisciplina con Alicia Stolkiner”. (noviembre 2012) *en diálogo. Extensión universitaria*. 12. Año 4. p.6-7

https://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2022/10/en_dialogo_12.pdf

Sznajder, A; Caballero, N et al. (2006) Módulo 8, Trabajo en equipo de salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Edición literaria a cargo de Mariela Rossen, 1º Edición. Buenos Aires.

Touloumakos, A.K.(2020). Expended Yet Restrictive: A Mini of Review of the Soft Skills Literature. *Front. Psychol.* 11:2207. doi: 10.3389/fpsyg.2020.02207

Wellbery, C, et al (2017). Medical Students’ Empathy for Vulnerable Groups: Results from a Survey and Reflective Writing Assignment. *Academic Medicine*, 92(12), p.1709-1714.
[file:///C:/Users/54342/Downloads/Medical Students Empathy for Vulnerable Groups .98111.pdf](file:///C:/Users/54342/Downloads/Medical%20Students%20Empathy%20for%20Vulnerable%20Groups%20.98111.pdf).

Zhou, K. (2016). Non cognitive skills: definitions, measurements and malleability. *Global Education Monitoring Report*. UNESCO.

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245576>

ANEXO I

TALLER DE REFLEXIÓN sobre la PEEE “Conocer para cuidar”. 2022.

Generalidades: Como todo taller, desde el punto de vista didáctico pedagógico se piensa como una estrategia educativa globalizante e integradora, con enfoque sistémico, metodología participativa, de carácter grupal que integra en un solo proceso tres instancias como la docencia, la investigación y la práctica. Es un aprender haciendo entre todos, donde se va construyendo conocimiento con relación a preguntas y no a certezas. El rol docente es de coordinador y guía de la actividad.

Particularidades del presente Taller de Reflexión:

Objetivo del taller: Una vez realizada la PEEE en la comunidad, se pretende la socialización de la Práctica extensionista de Educación Experiencial, la reflexión teórica sobre la experiencia vivida, el trabajo grupal en torno a consignas, la crítica constructiva a la práctica y la autoevaluación del estudiante.

Los talleres de reflexión fueron coordinados por docentes de la disciplina Salud Pública e integrantes de la Secretaría de Extensión.

Tiempo previsto: 2 horas.

Carácter para el alumno: obligatorio para todos los estudiantes. 100% obligatorio como condición para acreditar la condición de regular del “Área Ser Humano y su Medio”

Estructura del Taller:

1. Presentación del taller
2. Asistencia y armado de los grupos de trabajo (15 minutos)
3. Socialización de los aspectos generales de la PEEE. (15 minutos)
4. Trabajo grupal: reflexión y discusión con entrega de consignas por grupo. (20-30 minutos)
5. Presentación por grupos (máximo todos los grupos 50/60 minutos)
6. Confección de la encuesta individual (15 minutos)

Trabajo Grupal:

Consigna:

- Elaborar una cartilla de SUGERENCIAS Y CONSEJOS PARA LA PRÁCTICA EN TERRENO, y otro que exprese que van a aprender en esta práctica.
- Destinatario: estudiantes de segundo año 2022 matriculados en el área “El Ser Humano y su Medio” 2022.

CARTILLA

GRUPO:

Nombre (que elijan un nombre)

Integrante:

SUGERENCIAS Y CONSEJOS PARA LA PRÁCTICA EN TERRENO

QUE VAS A PRENDER EN LA SALIDA A TERRENO

ANEXO II

Modelo de Entrevista.

Buen día. La presente entrevista se creó como instancia en la investigación “Habilidades Sociocognitivas en estudiantes de Medicina: reflexiones a partir de una práctica de educación experiencial” de la tesis para la Maestría en Docencia Universitaria de mi autoría. Su propósito es exploratorio, a a fin de profundizar sobre habilidades sociales en estudiantes de 2do año de la carrera de Medicina que se encuentren cursando el Área “El Ser Humano y su Medio”, luego de una práctica de extensión de educación experiencial.

Esta entrevista se grabará previo consentimiento del estudiante y posteriormente se desgrava en soporte papel, preservando todos los datos del entrevistado e información que de ella puedan surgir para el uso exclusivo de la presente investigación. Gracias por su colaboración.

1- ¿Cuántos años tienes?

2- ¿Cuál es tu ciudad de origen?

A- Primer eje: Motivación para el estudio de medicina

3- ¿Cuáles fueron los motivos que te movilizaron a iniciar la carrera de medicina?

4- ¿Recordás algún médico/a al cuál admires y/o respetes? ¿Cuál es el la condición o valor de ese médico/a que genera en vos reconocimiento?

B- Segundo eje: con relación a la PEEE propiamente dicha

5- ¿Es la primera vez que salís a territorio a realizar una Práctica de Extensión de Educación Experiencial?

6- ¿Cuáles fueron tus sentimientos al comenzar la actividad de extensión en el territorio asignado?

7- ¿Te parece que el trabajo en territorio (barrio, ciudad, comunidad y sus instituciones) es un espacio de formación necesario para el médico? ¿Porqué?

8- ¿Qué contenidos de la disciplina Salud Publica pudiste aplicar o utilizar para resolver la tarea asignada? ¿Te parece que faltaron contenidos para abordar la práctica? ¿Cuáles?

9- Utilizando la observación directa, ¿pudiste identificar las condiciones de vida de la comunidad y establecer relaciones con los problemas identificados por las personas?

10- ¿La experiencia en el escenario sirvió para identificar determinantes socioambientales y su relación salud- enfermedad? ¿De qué manera pudiste identificarlos?

C- Tercer eje: en relación con la comunidad de la práctica y con el grupo de trabajo.

- Pensando en las instancias de comunicación con la comunidad,

11- ¿Te sentiste motivado con relación a recorrer la comunidad y entrevistar a las personas?

12- ¿Pudiste formular preguntas relacionadas con datos sensibles con facilidad y respeto? Desde tu percepción, ¿cómo reaccionaron los encuestados? ¿Pudiste plasmar sus respuestas en el registro?

13- ¿Tuviste oportunidad de acordar con el actor social las actividades a realizar? ¿Se mostraron abiertos al diálogo o las aceptaron sin consensuar?

- Respecto del grupo de trabajo,

14- ¿Acordaron entre tus compañeras y compañeros sobre las tareas a realizar y su distribución?
¿Qué crees que se privilegió para que el trabajo grupal se desarrolle de manera óptima?

15- ¿Surgió algún conflicto ¿Lo resolvieron? ¿Cómo se resolvió?

16- ¿Cómo caracterizarías la estructura social de su grupo tutorial o dupla de trabajo?
¿Competitiva, cooperativa o individualista?

17- ¿Quisieras comentar sobre inquietudes o emociones que ocurrieron al realizar esta actividad?

ANEXO III

Transcripción de entrevista a estudiantes de 2do año matriculados en el Area “El Ser Humano y su Medio, seleccionados en relación con su buen desempeño y/o manifestar interés en la temática.

Entrevista desgravada N°1.

Entrevistador: Bueno, entonces, buen día, dice La presente entrevista se crea como instancia en la investigación habilidades socio cognitivas en estudiantes de medicina, reflexiones a partir de una práctica de educación experiencial. Su propósito es exploratorio a fin de profundizar sobre habilidades sociales en estudiantes de segundo año de la carrera de Medicina que se encuentran cursando el área de “El ser humano y su medio”, luego de una Práctica de Extensión de Educación Experiencial. Esta entrevista se grabará previo consentimiento del estudiante y posteriormente se desgrava en soporte papel, preservando todos los datos del entrevistado e información que de ella puedan surgir para el uso exclusivo de la presente investigación. Gracias por su colaboración.

Entrevistador: ¿Cuántos años tenés?

Entrevistada 1: 19 años.

Entrevistador: ¿Cuál es tu ciudad de origen? ¿Dónde naciste?

Entrevistada 1: Paraná, en Entre Ríos.

Entrevistador: ¿Cuáles fueron los motivos que te movilizaron a iniciar la carrera de medicina?

Entrevistada 1: Desde pequeña siempre me interesó todo lo que es el cuerpo humano, la salud,

y siempre me gustó ayudar al otro. Entonces, desde chiquita yo quería participar en lo que es Médicos Sin Fronteras, y a partir de la carrera es lo que me permitirá seguir mi sueño.

Entrevistador: ¿Recordás algún médico o médica al cual admires y respetes? ¿Cuál es la condición o valor de ese médico o médica que genera en vos reconocimiento?

Entrevistada 1: Mi pediatra, Ure. Siempre muy amable. Estaba siempre dispuesto a ayudarnos y era muy dulce. Un gran ejemplo.

Entrevistador: ¿Rescatás la condición de ser: “humano y ser dulce”?

Entrevistada 1: Sí.

Entrevistador: Bueno, ahora las preguntas van a ser en relación con la práctica de extensión de educación experiencial que ustedes realizaron hace pocos días, pocas semanas. ¿Es la primera vez que salís a territorio a realizar una práctica de extensión de educación experiencial?

Entrevistada 1: Sí, es la primera vez.

Entrevistador: ¿Cuáles fueron tus sentimientos al comenzar la actividad de extensión en el territorio asignado? ¿Qué sentiste así? ¿Tu corazón qué sintió?

Entrevistada 1: Honestamente, nerviosismo, porque tengo a veces cierta dificultad para comunicarme. Entonces, tenía miedo de en el momento en que me encuentre en esa situación, no poder hablar correctamente, que no se me entienda o hacerlo sentir incómoda a la otra persona. Afortunadamente, si bien tuve tan solo una oportunidad de realizar la encuesta, la mujer a quien encuestamos fue muy amable y nos hizo sentir seguras a mi compañera y a mí.

Entrevistador: Muy bien. ¿Te parece que el trabajo en territorio, barrio, ciudad, comunidad y sus instituciones es un espacio de formación necesario para el médico?

Entrevistada 1: Completamente, porque si no, yo no tendría esta oportunidad de haberme desarrollado ciertas capacidades del habla, de practicarlo, de conocer otras realidades, porque hubo personas que admitieron que no habían visto estas situaciones anteriormente. Entonces, conocerlos, estar en contacto con la comunidad, que eso es lo más importante, porque ese es el rol del médico, ayudar al otro, a mi parecer. Entonces, dedicarnos a esto, practicarlo, y eso creo que es fundamental.

Entrevistador: Muy bien. ¿Qué contenidos de la disciplina de salud pública pudiste aplicar, recuperar o utilizar para resolver la tarea asignada? ¿Rescatás algún contenido que hayas leído que te haya servido para lo que tenías que realizar en la actividad?

Entrevistada 1: Principalmente creo que demografía, ya que ahora tendremos que sacarle las estadísticas y analizar estos datos. Pero también hemos visto en salud pública los objetivos, la parte más humana, lo que es acercarse a los lugares, las condiciones, poder analizarlo. Entonces, a partir de este trabajo, recuerdo, por ejemplo, un trabajo que era análisis de situación. Entonces, ahí, si bien no era específicamente estadística, era más cualitativo reconocer cómo se encontraba la comunidad en ese entonces. Y así, a partir de estos conocimientos, se podían observar.

Pasamos de lo teórico a lo que vemos con nuestros ojos.

Entrevistador: Bien. ¿Te parece que faltaron contenidos desde la disciplina para abordar la práctica? ¿Te parece que hubo algo que quedó que estaría bien como para reforzar la teoría para

poder aplicar a la práctica?

Entrevistada 1: No creo. Tal vez de lo personal me hubiese gustado más una preparación más completa en cuanto a nuestra capacidad de expresarnos, porque yo fallo en eso. Pero creo que con el resto teníamos todas las herramientas necesarias.

Entrevistador: Bien. Utilizando la observación directa, ¿pudiste identificar las condiciones de vida de la comunidad y establecer relaciones con los problemas identificados por las personas?

Entrevistada 1: Sí, era muy claro. Las personas tenían ciertas carencias económicas y eso se trasladaba a la situación que nosotros veíamos. Si bien ellos nos comentaban, podíamos observarlo mientras caminábamos. La situación a veces es de abandono, para ser honesta. Sin embargo, desde el sector de salud hay que reconocer que todos los encuestados agradecían la participación de los efectores de salud y que era algo admirable, que no había nada que cuestionar en eso.

Entrevistador: ¿La experiencia en el escenario sirvió para identificar determinantes socioambientales y su relación salud- enfermedad? ¿De qué manera pudiste identificarlos?

Entrevistada 1: Sí. Principalmente la situación económica, la educación. Había muchas personas que eran analfabetos. Entonces, eso quita ciertas oportunidades. Y tal es por eso que ese lugar estaba en esas condiciones. Porque si observamos otros lugares con otras posibilidades, no vamos a ver la misma realidad que vimos allí. Entonces, todo esto se relaciona. Si una persona se encuentra en un lugar en una determinada situación, es porque hay otros factores que están

haciendo que se encuentra allí. No es únicamente las posibilidades de esa persona, digo, no es únicamente el accionar de esa persona que lo llevó a esa realidad, sino determinantes que están fuera de su control, como por ejemplo la economía. En el caso del sistema de salud era algo que fue favorable, pero también puede influir. Todo eso se observó y se evidenció la importancia.

Entrevistador: Bueno. Ahora las preguntas van a ser en relación con la comunidad. ¿Te sentiste motivado en relación con recorrer la comunidad y entrevistar a las personas? ¿Sentiste que estabas con motivación?

Entrevistada 1: Sí, a mí me encantan actividades en las que tenga que ver con relacionarse con otros. Si bien tengo ciertas dificultades para hacerlo, yo disfruto de poder estar con otra persona y más si es posible ayudarla. Y como en este trabajo nos comentaron que si la persona tenía algo que comentarnos que se podría llegar a solucionar y nosotros lo pudiéramos anotar, eso me motivó aún más, porque sabía que podría haber un cambio a partir de esta pequeña acción que nosotros estamos haciendo.

Entrevistador: ¿Pudiste formular las preguntas relacionadas con datos sensibles de la gente con facilidad y respeto? No sé si se interpreta. Si pudiste preguntar sobre datos sensibles para la gente, ¿te sentiste con comodidad para poder hacerlo o te costó?

Entrevistada 1: Me costó, principalmente en preguntas muy íntimas, como era la discapacidad. Me tomé un tiempo en el momento mientras estaba haciendo la encuesta a pensar lo que voy a decir antes de decirlo, porque uno no sabe cómo va a reaccionar la otra persona. Y si bien nosotros los tenemos muy naturalizado todo lo que es la situación económica, la discapacidad, no

sabemos cómo va a reaccionar la otra persona. Entonces, antes de hacer la pregunta, lo pensé bien, me tomé unos segundos y después la hice.

Entrevistador: Y desde tu percepción, ¿cómo reaccionaron los encuestados cuando vos hacías estas preguntas?

Entrevistada 1: Fue muy amable la señora. Sé que otros compañeros sí tuvieron dificultades y estaban reticentes a responder estas preguntas, pero en mi caso no tuve ninguna dificultad.

Entrevistador: ¿Pudiste plasmar las respuestas en el registro?

Entrevistada 1: Sí.

Entrevistador: ¿Tuviste oportunidad de acordar con los actores sociales, digamos la gente, los que estaban coordinando, las actividades a realizar? ¿Se mostraron ellos abiertos al diálogo o las aceptaron sin consensuar? ¿Hubo una negociación ahí con la gente o directamente, digamos, aceptaron lo que ustedes tenían que hacer o lo en forma obligatoria?

Entrevistada 1: No, no fue tan fácil. La señora que nosotros encuestamos estaba con miedo a quienes éramos realmente porque no estaba enterados que nosotros íbamos entonces cuando fuimos y les explicamos tuvimos que ser muy claros y tomarnos el tiempo de explicarlo porque ellos tenían miedo de que nosotros fuéramos algún actor político o un ladrón. La mujer nos dijo que tenía miedo ella estaba con su hijo sola y tiene miedo de abrirle la puerta a la gente. Y sí es verdad entonces con mi compañera la comprendimos y fuimos muy claras y nos tomamos el tiempo de contarles quienes éramos y porqué estábamos ahí.

Entrevistador: ¿Acordaron entre tus compañeras y compañeros sobre las tareas a realizar y su distribución? ¿Qué crees que se privilegió para que el trabajo grupal se desarrolle de manera óptima?

Entrevistada 1: Sí, no tuvimos muchas dificultades. Creo que lo único que yo resaltaría era el tema de los códigos de la vivienda. Muchos iban y encuestaban y no comunicaban o no tenían en cuenta el tema de los códigos entonces no se pudo plasmar correctamente eso en las encuestas.

Entrevistador: ¿Ese pudo haber sido un conflicto?

Entrevistada 1: Sí pero más allá de eso nos ubicamos correctamente y todos estaban dispuestos a ayudar.

Entrevistador: ¿Lo resolvieron entre Uds. al conflicto?

Entrevistada 1: Sí

Entrevistador: ¿Cómo caracterizarías la estructura social de su grupo tutorial o dupla de trabajo? ¿Competitiva, cooperativa o individualista? ¿Cómo sentiste que funciona el grupo en el escenario ya sea la dupla o con tu tutoría?

Entrevistada 1: Cooperativo diría yo, estábamos todos de acuerdo con actuar a este fin que teníamos. Por ahí algunos tal vez se distraían con otras cuestiones, pero todos trabajamos en conjunto y competitividad para nada.

Entrevistador: ¿Quisieras comentar sobre inquietudes o emociones que ocurrieron al realizar esta actividad? o ¿Te parece que podés sugerir algo?

Entrevistada 1: Eh si sugiriera, más organización en este tema por ejemplo mi comisión y las duplas con las que trabajábamos no teníamos un referente de territorio entonces nos encontrábamos totalmente perdidos adónde teníamos que ir. Estábamos viendo con el Google maps que no era una representación muy fiable al respecto del mapa y la situación geográfica de Rincón entonces tardamos mucho en hacerlo. A su vez hubo otras cuestiones que otras duplas estaban encuestando territorio que nos correspondía a nosotros. Entonces haber tenido más en cuenta y pautado bien las divisiones de la zona hubiera sido muy positivo y eso.

Entrevistador: Muchísimas gracias.

Entrevistada 1: No, de nada

ANEXO 4

Encuesta para estudiantes matriculados en el Área “El Ser Humano y su Medio”, 2022.

Las preguntas realizadas fueron tomadas de “Argentinean Adaptation of the Social Skills

Inventory IHS-Del-Prette” (2009). Olaz, F.O., Medrano, L. Greco, M.E., and Del Prette, Z.A.P.

El inventario es una adaptación del inventario de habilidades sociales de Del Prette (IHS- Del-Prette) en la población universitaria argentina.

ENCUESTA 8/10/22. Entorno virtual FCM. Área “El Ser Humano y su medio”

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScRDDkSkXK81OtxHwNDbxizZI7IJTZZOG0Gjk1958pD4CHMnA/viewform?usp=sf_link

La presente encuesta forma parte del trabajo de investigación final para acceder al título de Magíster en Docencia Universitaria de la docente Carina Croissant, bajo el título “Habilidades Sociocognitivas en estudiantes de medicina: reflexiones a partir de una Práctica de educación Experiencial”. La encuesta es anónima y de carácter confidencial.

Lea atentamente cada uno de los ítems que se presentan a continuación. Cada uno de ellos hace referencia a una acción o sentimiento (parte subrayada) frente a una situación social determinada (parte no subrayada). Evalúe la frecuencia con que Ud. actúa o se siente tal como lo describe el ítem. Conteste todas las preguntas. Si alguna de estas situaciones nunca le ha ocurrido, estime cómo se comportaría si le ocurriese. Seleccione la opción que mejor represente la frecuencia con que Ud. reacciona en la forma sugerida en el ítem. Para ello considere la siguiente escala de respuesta:

- A. NUNCA O RARAMENTE (de cada 10 situaciones de este tipo reaccionó de la manera descrita 2 veces como máximo).
- B. CON POCA FRECUENCIA (de cada 10 situaciones de este tipo reaccionó de la manera descrita 3 o 4 veces como máximo)
- C. CON POCA FRECUENCIA (de cada 10 situaciones de este tipo reaccionó de la manera descrita 5 o 6 veces)
- D. MUY FRECUENTEMENTE (de cada 10 situaciones de este tipo reaccionó de la manera descrita 7 u 8 veces)
- E. SIEMPRE O CASI SIEMPRE (de cada 10 situaciones de este tipo reaccionó de la manera descrita 9 a 10 veces).

Escriba su edad: *

Tu respuesta

Indique su género: *

Femenino
Masculino

Otro

1- En un grupo de personas desconocidas, me siento cómoda/cómodo, conversando normalmente. *

NUNCA O RARAMENTE
POCO FRECUENTEMENTE
FRECUENTEMENTE
MUY FRECUENTEMENTE
SIEMPRE O CASI SIEMPRE

2- En una conversación con amigos, tengo dificultades para terminar una conversación prefiriendo que otros lo hagan*

NUNCA O RARAMENTE
POCO FRECUENTEMENTE
FRECUENTEMENTE
MUY FRECUENTEMENTE
SIEMPRE O CASI SIEMPRE

3- Si en mi trabajo o escuela alguien me hace un elogio, permanezco avergonzada/o sin saber qué hacer o decir. *

NUNCA O RARAMENTE.

POCO FRECUENTEMENTE
 FRECUENTEMENTE
 MUY FRECUENTEMENTE
 SIEMPRE O CASI SIEMPRE

4- Aún con conocidos del trabajo o escuela, encuentro dificultades para integrarme a la conversación. *

NUNCA O CASI NUNCA
 POCO FRECUENTEMENTE
 FRECUENTEMENTE
 MUY FRECUENTEMENTE
 SIEMPRE O CASI SIEMPRE

5-Al entrar en un ambiente con personas desconocidas, las saludo. *

NUNCA O CASI NUNCA
 POCO FRECUENTEMENTE
 FRECUENTEMENTE
 MUY FRECUENTEMENTE
 SIEMPRE O CASI SIEMPRE

6- Cuando alguien hace algo bueno, aunque no se dirija a mí directamente, lo menciono elogiándolo en la primera oportunidad que se presente. *

NUNCA O CASI NUNCA
 POCO FRECUENTEMENTE
 FRECUENTEMENTE
 MUY FRECUENTEMENTE
 SIEMPRE O CASI SIEMPRE

7-Si me siento bien (feliz), se lo expreso a mi círculo de personas de amistades*

NUNCA O RARAMENTE
 POCO FRECUENTEMENTE
 FRECUENTEMENTE
 MUY FRECUENTEMENTE
 SIEMPRE O CASI SIEMPRE

8- En una situación de grupo, cuando alguien es injustamente tratado, reacciono en su defensa. *

NUNCA O RARAMENTE.
 POCO FRECUENTEMENTE
 FRECUENTEMENTE
 MUY FRECUENTEMENTE

SIEMPRE O CASI SIEMPRE

9- Realizo exposiciones, (por ejemplo: una conferencia) en al aula o en el trabajo cuando me lo solicitan. *

NUNCA O RARAMENTE.
POCO FRECUENTEMENTE
FRECUENTEMENTE
MUY FRECUENTEMENTE
SIEMPRE O CASI SIEMPRE

10- En una clase o reunión, si el profesor o directivo hacen una afirmación incorrecta, yo expongo mi opinión. *

NUNCA O RARAMENTE.
POCO FRECUENTEMENTE
FRECUENTEMENTE
MUY FRECUENTEMENTE
SIEMPRE O CASI SIEMPRE

11-En la facultad o trabajo, cuando no comprendo una explicación sobre algún tema interesante, hago las preguntas que creo necesarias para mi esclarecimiento. *

NUNCA O RARAMENTE.
POCO FRECUENTEMENTE
FRECUENTEMENTE
MUY FRECUENTEMENTE
SIEMPRE O CASI SIEMPRE

12-En una conversación si una persona me interrumpe, le pido que espere hasta que yo termine lo que estaba diciendo. *

NUNCA O CASI NUNCA
POCO FRECUENTEMENTE
FRECUENTEMENTE
MUY FRECUENTEMENTE
SIEMPRE O CASI SIEMPRE

Enviar

Borrar formulario

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

ANEXO 5
INFORME FINAL ALUMNO

	MB		MB		MB		MB		MB	
	B		B		B		B		B	
	R		R		R		R		R	
	M		M		M		M		M	

2. Evalúa tu desempeño en relación a tu desarrollo personal (compromiso y actitud):

	MB	B	R	M
Capacidad de escucha frente a las inquietudes expresadas por los participantes				
Actitud para la observación y posterior análisis				
Capacidad para reconsiderar las posiciones propias en el diálogo (con tus pares)				
Capacidad para reconsiderar las posiciones propias en el diálogo (con los demás participantes del proyecto)				
Capacidad para reconsiderar las posiciones propias en el diálogo durante la realización de actividades particulares previstas				
Capacidad para interactuar con grupos heterogéneos				
Adaptación al territorio				
Capacidad para tomar decisiones				
Capacidad para actuar autónomamente				
Compromiso ético				

3. Enuncie dos fortalezas y dos debilidades de la experiencia.
4. ¿Cómo te sentiste con esta experiencia?
5. ¿Qué consideras que aprendiste?
6. Otros comentarios pertinentes a la experiencia.

