

Hacia un concepto objetivo del aprendizaje clínico

LEONARDO VINIEGRA *

Aprender: adquirir el conocimiento de alguna cosa por medio del estudio o de la experiencia.¹

El concepto de aprendizaje se ha modificado al través del tiempo, de acuerdo con las ideas prevalentes en la pedagogía. A manera de ejemplo, en el epígrafe se muestra la concepción más difundida y hasta hace poco, dominante en los medios docentes. De acuerdo con esta definición, aprendizaje es una adquisición, algo que se posee, sin alusión a la forma en que aquel se expresa o se pone de manifiesto. Tampoco en el concepto tradicional se hace mención de un propósito o finalidad en el aprendizaje.

Recibido: 23 de julio de 1980.

Aceptado: 28 de noviembre de 1980.

* División de Enseñanza, Instituto Nacional de la Nutrición.

Con el advenimiento del conductismo como corriente psicológica² y su introducción en la pedagogía, la concepción del aprendizaje se modificó: aprendizaje es un cambio de conducta observable. Tal noción representó un gran progreso técnico, al plantear al aprendizaje como manifestación, desentendiéndose, hasta cierto punto, del proceso mismo por el cual se aprende.

El desarrollo masivo de la tecnología educacional, basada precisamente en el conductismo, se extendió positivamente a todos los ámbitos donde se practica la docencia. Se particularizaron tres componentes básicos del proceso de enseñanza/aprendizaje: objetivos, metodología y evaluación.³⁻⁵ La aplicación del nuevo concepto de aprendizaje reestructuró el ejercicio de la docencia y representa un ejemplo fehaciente de cómo un cambio de concepción fue decisivo en la modificación de la práctica misma de la pedagogía.

La hiperbolización, en el aprendizaje, de los cambios de conducta observables, provocó que el

propio proceso de aprendizaje se considerara de poca o ninguna importancia. De igual manera, la formulación exhaustiva de objetivos educacionales propició que la finalidad del aprendizaje se dispersara en multitud de conductas de todo tipo.⁶

La medicina clínica no escapó, por supuesto, a la tecnología educacional. Proliferaron los planes de estudio con diseño conductual, surgieron y se desarrollaron industrias dedicadas a la producción de recursos didácticos y aun más, se formaron centros para difundir específicamente la "buena nueva". Lo que no se ha desarrollado aún es una actitud crítica ante la tecnología educacional, que intente demostrar si el aprendizaje es más efectivo hoy en día que antes de la penetración de aquella en la enseñanza de la medicina.

Tomando en cuenta que el aprendizaje de la medicina clínica, antes como ahora, tiene una finalidad específica: *capacitar en forma creciente a los médicos para la resolución de problemas clínicos*, se puede suponer que la introducción de la tecnología educacional en la enseñanza de la medicina, al no poner el acento en aquel propósito específico, *no* ha contribuido sustancialmente a mejorar la efectividad del clínico en esa tarea fundamental.

Aparentemente, la sistematización de la enseñanza al través de sus componentes básicos, objetivos, metodología y evaluación, parecía contener la solución para cualquier diseño curricular. Pero analicemos esto más de cerca. Los tres componentes básicos de la didáctica se articulan *en función de cambios de conducta observables, especificados en el planteamiento de los objetivos*. Dichos objetivos se estructuran con base en el concepto de aprendizaje derivado del conductismo, que impide apreciar otros aspectos fundamentales en lo que a la medicina clínica se refiere, y no agotan el entendimiento del aprendizaje en este contexto. En clínica, lo fundamental es la *finalidad* del aprendizaje (capacidad para remediar problemas clínicos reales) y el mecanismo por el cual esto llega a ser posible. En consecuencia, la metodología se refiere a las acciones concretas del alumno *en y para* la resolución de problemas clínicos y no a las acciones del maestro, cuya función se reduce a controlar el proceso de aprendizaje.

La evaluación de objetivos fragmentados, dispersos y en muchas ocasiones irrelevantes para la resolución de problemas clínicos, debe ceder su lugar a una evaluación que tenga a esta finalidad constantemente presente.

¿Cómo poder explicar con el concepto (conductista) vigente del aprendizaje, diversas situaciones que a pesar de denotar cambios de conducta observables, tienen importancia dispar en clínica? El desempeño en un examen teórico (oral o escrito), una discusión anatomoclínica, la detección del problema de un paciente concreto, el tratamiento adecuado de un enfermo, son cambios de conducta de diversa índole. En nuestra experiencia, puede ocurrir una disociación entre estas diferentes formas de aprendizaje. ¿De qué manera dar inte-

ligibilidad al hecho de que un médico tenga un excelente desempeño en un examen teórico, aun en uno basado en conocimientos clínicos, y a la vez, muy limitada capacidad para detectar y resolver problemas clínicos relacionados con el contenido de dicho examen? El lector estará de acuerdo en que tales disociaciones no es posible ubicarlas y comprenderlas adecuadamente si nos limitamos a la definición conductista de aprendizaje.

Propongo la siguiente conceptualización del aprendizaje, en medicina clínica, basada en: a) *su proceso (método) de producción*; b) *su forma de manifestación* y c) *su finalidad u objetivo*.

I. Aprendizaje teórico:

- a) Es un efecto de la lectura y discusión sin confrontación práctica, lo que le confiere al aprendizaje teórico diversos niveles y grados. Es diferente si la lectura es escasa o profusa y si existe discusión de la información recabada.
- b) Se expresa en múltiples actividades (sesiones académicas, discusión de casos supuestos, resolución de un examen teórico), donde se ejercitan diferentes niveles del manejo de información: recuerdo, comprensión, aplicación, análisis, síntesis o crítica.
- c) Al no vincularse con la práctica, se desarrolla como un fin en sí mismo ("culto a la información").

Nos referimos aquí a circunstancias desvinculadas de la resolución real de problemas clínicos. Es evidente que algunas actividades aparentemente teóricas son el necesario complemento de acciones prácticas (lectura y discusión de aspectos de diagnóstico y tratamiento de un paciente en particular) y *no* deben considerarse bajo este concepto.

II. Aprendizaje práctico:

- a) Es un efecto de la relación con el paciente, sin el acopio de información pertinente al problema clínico que se enfrenta.
- b) Su expresión no es separable del aprendizaje efectivo (ver abajo); se manifiesta en el trato con los pacientes por la capacidad para establecer diversos tipos de relación médico/paciente.
- c) Su finalidad se ubica, aunque en forma imprecisa y limitada, en el marco de la resolución de problemas.

III. Aprendizaje efectivo:

- a) Es un efecto de la *vinculación* de los dos tipos de actividades, teóricas y prácticas, en la resolución de problemas.

b) Se manifiesta en todas aquellas actividades donde se fusionan teoría y práctica en el proceso de atención médica, cuyo ejercicio desarrolla capacidades tendientes a la prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los individuos amenazados, afectados o incapacitados por las enfermedades. Es decir, se trata de capacidades para las diversas formas de resolución de problemas.

c) Su finalidad específica es la resolución de problemas.

De lo anterior puede concluirse que aprender en medicina clínica es un complejo proceso de confrontación ininterrumpida de teoría y práctica, en la resolución y para la resolución de problemas. De igual forma podemos asumir que el aprendizaje no es una situación dada sino algo dinámico, creciente, en tanto se efectúen actividades relacionadas con la resolución de problemas.

Es necesario aclarar que en las situaciones concretas no se da el aprendizaje teórico o el práctico puros; lo que ocurre, es el predominio de uno u otro en diversos grados y matices, lo cual determina la mayor efectividad del aprendizaje. Hablo de predominio, en vista de la existencia de dos tendencias claramente delimitables: a) el "mayor valor social" del trabajo intelectual (aprendizaje teórico); baste como ejemplo el de los congresos médicos, casi exclusivamente teóricos, para los que se destinan importantes recursos financieros; y b) el exceso de pacientes/médico, que lejos de propiciar el estudio a propósito de cada caso, obstaculiza el aprendizaje efectivo, al limitar grandemente la lectura y discusión de información.⁷ El predominio de uno u otro aprendizaje es cambiante, de acuerdo con las circunstancias, pero en general puede afirmarse que en los cursos formales con reconocimiento curricular predomina abrumadoramente el aprendizaje teórico y en las labores cotidianas de atención médica, el práctico.

Los conceptos de aprendizaje propuestos permiten entender ahora por qué un alumno puede ser excepcional en exámenes escritos (predominio del

aprendizaje teórico) y mediocre al enfrentar problemas clínicos reales (aprendizaje efectivo).⁸

Es claro que lo que nos interesa a todos aquellos relacionados con asuntos educativos en medicina clínica, es el aprendizaje efectivo, con una evidente finalidad, sólo alcanzable con la vinculación de teoría y práctica y demostrable como capacidades que se expresan en múltiples actividades.

Un cambio de conducta observable puede referirse a los tres tipos de aprendizaje propuestos y por lo tanto, es un concepto de pobre utilidad para discriminar, por un lado, el aprendizaje parcial, fútil e intrascendente y por el otro, el que incide directamente en una adecuada atención médica.

Para concluir, puede afirmarse, en relación con la medicina clínica, parafraseando el epígrafe: aprender no es adquisición sino desarrollo; no hay el conocimiento de alguna cosa, sino diversos grados de dominio de capacidades; el medio (método) no es por el estudio o la experiencia, sino la necesaria vinculación de teoría y práctica con una finalidad específica.

REFERENCIAS

1. Diccionario de la lengua española. Madrid, Espasa Calpe, 1970, p. 106.
2. Ferrater, M. J.: *Diccionario de filosofía*. Madrid, Alianza Editorial, 1979, vol. 1, p. 581.
3. Comisión de nuevos métodos de enseñanza: *Sistematización de la enseñanza. Especificación de objetivos*. México, UNAM, 1975, vols. 1 y 2.
4. Comisión de nuevos métodos de enseñanza: *Sistematización de la enseñanza. Evaluación del aprendizaje*. México, UNAM, 1975, vol. 3.
5. Comisión de nuevos métodos de enseñanza: *Sistematización de la enseñanza. Métodos de enseñanza*. México, UNAM, 1975, vol. 4.
6. Bloom, B. S.: *Taxonomía de los objetivos de la educación*. Buenos Aires, El Ateneo, 1971.
7. Viniestra, L.: *La importancia de las modalidades de la relación médico/paciente en los sistemas de atención médica*. Rev. Invest. Clín. (Méx.) 31:239, 1979.
8. Viniestra, L. y Lisker, R.: *Utilidad de los exámenes de selección múltiple en la evaluación del aprendizaje ocurrido durante un adiestramiento clínico intensivo*. Rev. Invest. Clín. (Méx.) 31:407, 1979.