

LOS METODOS PARTICIPATIVOS EN LA ENSEÑANZA A LOS ESTUDIANTES DE OFTALMOLOGÍA EN EL TEMA DE LA BAJA VISIÓN.

Dra. Miladis Sintés Jiménez ¹

1. Centro Provincial de Retinosis Pigmentaria. Ministerio de Salud Pública, Matanzas, Cuba.

Resumen

Se realiza un estudio sobre los Métodos Participativos en la enseñanza a los estudiantes de Oftalmología en el tema de la Baja Visión. En estas nuevas concepciones, el alumno pasa a ser parte importante del proceso de transferencia de conocimientos. En esta nueva filosofía, los ejercicios, las simulaciones y otros tipos de técnicas pedagógicas participativas se transforman en el vehículo adecuado para introducir al alumno en el mundo del aprendizaje eficaz y desarrollador.

Palabras claves: Métodos participativos; Oftalmología.

Introducción

El sentido de la visión se convierte casi en el más utilizado por el cuerpo humano. De hecho alrededor del 90 por ciento de las informaciones que llegan a nuestro centro controlador: El Cerebro; se originan a partir del órgano de la visión, el más importante de los sentidos. (Santiesteban, 2006). Es la Oftalmología, la ciencia encargada de su estudio y por ende adquiere particular relevancia dentro del estudio de las Ciencias Médicas.

Esta especialidad de por sí, no solo se limita al estudio de las patologías oculares sino también al conocimiento de la anatomía, histología, embriología, fisiología, higiene, epidemiología, etc, así como de la terapéutica de las afecciones oculares.

Esta es una Asignatura incluida como obligatoria en el programa de estudios de la Carrera de Medicina en Cuba, donde de forma resumida se enseña al estudiante de 5to año de la carrera los elementos esenciales para la práctica de la misma en su vida como médico.

En el postgrado, la Ley 41 del 13 de julio de 1983, en su artículo 77, establece que el MINSAP elabora los planes de estudio para la formación, especialización y educación continuada para los trabajadores propios de la salud. (Plan de Estudio de la especialidad Oftalmología, 2004).

Aquí se definió la enseñanza postgraduada de la Oftalmología como un nivel educacional de Postgrado, nombrando la especialidad como Oftalmología, con un tipo de especialización quirúrgica, con un programa modular y una duración de 2 años.

Son los Institutos o Facultades de Ciencias Médicas a través de sus cátedras las encargadas de velar por el desarrollo y evaluación a ese nivel y a su vez manteniendo una estrecha vinculación con el área de postgrado del MINSAP para una constante recirculación de información y la concebida actualización y rediseño o modificación del plan de estudio.

Cada Instituto o Facultad de Ciencias Médicas, a través de sus cátedras de Oftalmología, vinculan la práctica asistencial con los Servicios de Oftalmología, los que estarán encargados directamente de la formación del Oftalmólogo, guiada por todo el plan de estudio.

Citando a nuestro propio programa “este modelo de formación del especialista se fundamenta en los postulados pedagógicos del enfoque histórico cultural, que le confiere

carácter rector al objetivo de enseñanza, punto de partida para estructurar y desarrollar el resto de las categorías didácticas y en la vasta experiencia de la docencia médica superior cubana”.

Este programa de por sí ya establece un módulo dedicado a la Baja Visión como disciplina necesaria en la formación de un profesional de la Oftalmología, con el inconveniente, en opinión de la autora de este trabajo, de que solo se le dedican dos semanas para su estancia.

La Baja Visión, también conocida anteriormente como Visión Subnormal, es la rama o disciplina oftalmológica que se dedica a la atención y rehabilitación del paciente con baja visión o ciego legal.

Para La OMS, quedan claramente establecidos conceptos tales como:

Débil Visual: Es aquella persona que tiene una visión de 0,3 (6/18 ó 20/60) hasta percepción de la luz en su mejor ojo, esto con una corrección óptica y/o tratamiento médico y quirúrgico y/o campo visual menor de 10° pero que utiliza o es capaz de utilizar ese resto visual para planear y ejecutar una tarea.

Ciego legal: Se basa en el anterior concepto pero con la variación en la cantidad de visión, la cual es igual o menor de 0,1 y/o campo visual de 10° o menos.

Ciego es aquel paciente que no tiene ni percepción, ni proyección de la luz en ninguno de los dos ojos. (Apuntes sobre rehabilitación visual, 1998 y Programa de prevención de ceguera, 2005).

La atención del paciente con Baja Visión es como “el coche escoba” de las carreras ciclísticas, Vélez Lazo, 1998, 49; recogiendo a los pacientes con un resto visual aprovechable y que han agotado todas las posibilidades de tratamiento.

Es fácil entender entonces la poca aceptación entre los profesionales de la oftalmología, si valoramos el regocijo que causa, por ejemplo; el devolver la visión a un paciente ciego por Catarata al cual operamos y escasas horas después de dicha cirugía recupera totalmente su visión.

Según estadísticas de la OMS, en el 2008, existían en el mundo 314 millones de persona con impedimento visual, ya sea por enfermedades o defectos refractivos no corregidos. De estas, 45 millones eran personas ciegas, 90% de las cuales viven en países en desarrollo y las principales causas son la catarata (39 %), Errores de refracción no corregidos (18%), Glaucoma (10%), DMRE (7%) entre otras. Este dato estadístico fue recolectado de 65 países. (Report by the Secretariat, 2008. Programa de prevención de ceguera, 2005, 7-9).

Existen predicciones de que para el primer cuarto de este siglo la ceguera y la limitación visual severa se convertirían en una de las principales cargas sociales y económicas de numerosos países, los cuales se verían afectados por dicha causa en su desarrollo económico y social.

Si se tiene en cuenta que la población mundial aumenta, que las expectativas de vida se elevan y que el acceso al personal calificado puede ser difícil obtendremos como resultado un aumento de la población con deficiencia visual. Aunque se considera que solo el 10 % de las causas de ceguera son irreversibles, ya estas dejan a cerca de 50 millones de personas ciegas y estas a su vez demandan atención especializada y es lo que justifica que se tomen medidas al respecto, con el fin de preparar personal calificado en su atención.

Esta materia está dirigida a médicos de formación, dedicados al estudio y ejercicio de la Oftalmología.

Como parte de la investigación se diseñará un diplomado en Baja Visión, de forma tal que garanticemos la formación continuada de los especialistas y de los residentes en su postgrado. Como objetivo fundamental del mismo, pretendemos elevar la calidad de la asistencia médica a un grupo de personas afectadas con la discapacidad visual y que se espera aumenten en los próximos años, contribuyendo de esta forma a la preparación de personal capacitado para enfrentar dicho problema de salud.

Como objetivo del estudio se podrán incorporar los Métodos Participativos en la preparación de los temas de estudio de la Baja Visión, y comprobar como la aplicación de estos contribuyen al desarrollo de las habilidades necesarias para el ejercicio de la actividad dada, motivando al estudiante y preparándolo para el trabajo en grupo, premisa esencial del ejercicio de la Baja Visión desde el punto de vista profesional.

Desarrollo

El plan de estudio de la especialidad Oftalmología, al referirse al Proceso Docente, plantea que:

“Se realizará mediante la *Educación en el Trabajo* como forma fundamental de organización del proceso docente – educativo durante el desarrollo de la actividad asistencial en las Áreas Clínicas, ya que el residente aprende en las propias actividades que realiza, aumentando el nivel de profundidad y el desarrollo de habilidades de mayor complejidad, bajo la orientación y el control del tutor.

En las Áreas Clínicas las actividades principales deben ser: pase de visita, atención ambulatoria, atención hospitalaria, guardia médica, discusión diagnóstica, atención médico-quirúrgica, entrega de guardia, y reunión de altas.

El Plan de Estudios puede tener Estancias o Rotaciones que correspondan a los contenidos de un módulo, varios módulos o parte de un módulo en el caso de las rotaciones, para los que se designan profesores que atenderán el proceso docente educativo durante esa etapa, con las mismas características explicadas en los párrafos anteriores.

Otra forma de organización de la enseñanza, a aplicar en la especialidad y que sirven de complemento a la Educación en el Trabajo, son las actividades académicas, que permiten a los residentes profundizar en el contenido teórico y en la fundamentación de su quehacer profesionales. Para organizar el proceso docente educativo en estas formas de organización de la enseñanza, se debe realizar la programación docente que se considera como el plan

que estructura los contenidos teóricos de los módulos que se cursan en un año, utilizando diferentes modalidades de la enseñanza en las que se **privilegien los métodos participativos y problémicos**, para el desarrollo de la independencia cognoscitiva y la creatividad. Como un elemento nuevo para este tipo de enseñanza se introducen las video conferencias, en correspondencia con el módulo que esté desarrollando el residente.

Estas actividades académicas pueden organizarse para un solo servicio o para varios servicios, de acuerdo a la disponibilidad de profesores, tutores y recursos materiales.

Los grupos para las actividades académicas no deben exceder de 20 residentes, aunque se pueden organizar hasta para un residente cuando fuese necesario.

Este es un programa favorecedor de los Métodos Participativos desde su concepción misma y si detenidamente lo estudiamos, encontramos que en gran medida las actividades a realizar requieren de la interacción grupal.

Según González, con los aportes de la psicología social norteamericana y marxista en el estudio de los grupos humanos y su dinámica de desarrollo, se populariza la utilización del grupo en la enseñanza, dando lugar a la conceptualización de una nueva forma de aprendizaje, el aprendizaje grupal, de amplia repercusión en la práctica educativa latinoamericana.

El aprendizaje grupal "...implica ubicar al docente y al estudiante como seres sociales, integrantes de grupos, buscar el abordaje y la transformación del conocimiento desde una perspectiva de grupo, valorar la importancia de aprender a interaccionar en grupo y a vincularse con los otros, aceptar que aprender es elaborar el conocimiento, ya que éste no está dado ni acabado; implica, igualmente, considerar que la interacción y el grupo son medio y fuente de experiencias para el sujeto, que posibilitan el aprendizaje, reconocer la importancia de la comunicación y de la dialéctica en las modificaciones sujeto grupo"

¿Qué se entiende por Aprendizaje Grupal?

Este es una concepción del aprendizaje que utiliza al grupo como vía fundamental para la construcción y reconstrucción de los conocimientos individuales y colectivos y en la transformación de la personalidad de sus miembros y del grupo.

Para Otmara González, en su "Propuesta a partir de la Teoría de la Actividad", el profesor deberá elegir entre toda la diversidad de métodos pedagógicos, aquel que más se ajuste al contenido de las acciones a formar, respondiendo estos a los objetivos y al contenido. Según la referida autora "en esta elección debe tenerse en cuenta, a su vez, no solo el garantizar la participación activa de todos los estudiantes, de forma individual o grupal, sino también criterios en relación con las condiciones en que se realiza la actividad, el número de estudiantes, la base material de estudio que ha de tener cada estudiante".

El proceso de enseñanza-aprendizaje debe ser flexible para ajustarse a las condiciones en que se produce (características del grupo de estudiantes, sus intereses y nivel de posibilidades individuales).

Con ello se ha de tratar de alcanzar no solo los conocimientos, sino también importantes cualidades de trabajo en grupo; fomentar el interés y motivación por el conocimiento y por su propio desarrollo como personalidad, como sujeto de su actividad social. (González, CEPES).

Para Ken Bain, “el asunto más importante es el diseño de los objetivos de aprendizaje que servirán para guiar la evaluación y, en consecuencia, el progreso de aprendizaje de los alumnos.

En el estudio de la Baja Visión se definen como objetivos los siguientes:

Que el estudiante domine los conceptos de Débil Visual, Ciego Legal, Ciego, Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía, Agudeza Visual (AV), Capacidad Visual, Campo Visual (CV), así como su vinculación con la práctica profesional diaria.

A partir de estos conceptos básicos dominar las habilidades necesarias para la confección de la Historia Clínica del paciente con Baja Visión hasta llegar a un diagnóstico.

Ya definidos los objetivos de la actividad, es importante el sistema de conocimientos a desarrollar, el cual estará estrechamente vinculado con las habilidades necesarias para el dominio del tema así como con las experiencias previas y las relaciones con el mundo circundante. Conociendo esto, podemos definir los contenidos a impartir los cuales seleccionaremos dándoles un orden lógico y secuenciado. Estos contenidos deben tener los requerimientos de ser científicos, actuales, asequibles y articulados tanto vertical como horizontalmente. Es esta la razón por la que dentro del programa de la especialidad, es el módulo de la Baja Visión uno de los últimos en impartirse pues requiere de conocimientos previos que se conjuguen y faciliten el conocimiento de dicha rama.

Los contenidos propiamente dichos estarán dirigidos a:

Definición de Débil Visual, Ciego legal y Ciego. De ellos, saber identificar en cada paciente si existen dichas condiciones y cual de ellas y que especialista es el encargado de su atención.

Dominar la epidemiología de la Baja Visión según área geográfica y desarrollo económico social de los diferentes países y regiones.

Conocer cuando un paciente es un discapacitado, deficiente o minusválido y que ayuda puede ofrecérsele en cada caso por el especialista adecuado.

Programa de Baja Visión en Cuba. Sus particularidades así como de la Detección Precoz y Atención a Edad Temprana.

Historia Clínica del paciente con Baja Visión. Interrogatorio, Antecedentes Patológicos personales y Familiares, Toma de la AV con cartillas específicas de la disciplina, exploración del CV central y periférico, de la Visión de Colores y de Contraste, examen de los Anexos, Segmento Anterior, Medios, Fondo de Ojo, Movimientos Oculares, Reflejos Pupilares y Tensión Ocular.

Diagnóstico Positivo. Cuales son los que con mayor frecuencia causan la Baja Visión.

Las Habilidades a desarrollar fundamentalmente son:

Toma de la AV con las cartillas de Feimblum, Lea Hyvarienne (para distancia), Zeiss (para cerca) ya sea con corrección o sin ella. Interpretar el estudio de CV periférico (Confrontación, Pantalla Tangente, Computarizado: Optopus, Microperimetría) y central (Test de Amsler).

Análisis clínico de los resultados para llegar a un diagnóstico Positivo. Identificar a través de los conocimientos y habilidades desarrolladas, cuando un paciente es portador de la condición y requiere la ayuda del especialista.

Mediante el desarrollo de las actividades se promoverán los valores adecuados para el trato con estos pacientes siendo premisa indispensable la sensibilidad humana y la paciencia.

El horario estará diseñado para que el estudiante se incorpore a las actividades durante ocho horas al día, vinculado directamente a la práctica asistencial regida por la educación en el trabajo. Cada jornada comenzará con la conferencia correspondiente y se continuará con la aplicación práctica de los conocimientos recibidos y desarrollados hasta el logro de las habilidades necesarias. (El diplomado tendrá una extensión dos semanas).

Los grupos deben poseer como máximo diez miembros.

Las actividades se desarrollarán en las áreas correspondientes al Servicio de Baja Visión de la provincia, específicamente en la consulta de Baja Visión, consulta de Optometría, de CV y de Rehabilitación. Además se contará con el apoyo de las consultas y servicios del Centro Oftalmológico del Hospital “Faustino Pérez” en los casos que se requiera.

Para desarrollar estas acciones se cuenta con recursos materiales como aula docente, Técnicas de Informática y Computación, medios necesarios para completar el examen físico así como materiales de oficina necesarios.

También se cuenta con especialistas en la materia, optometristas, rehabilitadores y trabajadores sociales.

Para alcanzar el objetivo primero, se propone utilizar como Métodos Participativos las Discusiones y Situaciones. En ambos casos se realizará una orientación breve sobre el tema en cuestión y se orientará la búsqueda y estudio de los conceptos, para en el caso de la Discusión; provocar un intercambio de ideas, opiniones y experiencias de forma verbal entre los participantes. Dentro de esta modalidad fundamentalmente trabajaremos con la Discusión en Grupos Pequeños, Discusión Reiterada y la Discusión Conferencia por considerarlas las más apropiadas.

En cuanto a las Situaciones, pueden combinarlas con la Enseñanza Problemática, enfrentando a los alumnos a determinadas situaciones reales (evaluación del paciente en consulta, análisis de la Historia Clínica del paciente) o muy cercanas a la realidad, en las que se presentan problemas concretos vinculados con su futura actividad profesional.

Incidentes Sencillos: En este caso, con la medición de la AV y el CV se invitará al estudiante a definir si el paciente clasifica o no como Débil Visual

Referente al segundo objetivo se considera que lo más oportuno sería emplear las Situaciones con actividades Programadas Simples y Familiarización Progresiva con el Caso.

También son de utilidad las Técnicas Interactivas donde se muestre como tomar la AV, explorar el CV, examinar al paciente en cuestión, entre otras. Con ellas lograremos un alto grado de interacción entre los miembros del grupo; con una activa participación en un intercambio de opiniones y criterios acerca de los materiales y conceptos dados. Son de utilidad aquí el Concordar y Discordar y la Discusión Confrontación.

La Enseñanza Problémica es, en esencia, base en la formación de un especialista de la medicina dedicado a la atención directa al paciente, pues cada paciente valorado implica un sin número de situaciones problémicas a identificar y resolver. Aquí serían de aplicación las Tareas y Preguntas problémicas y la Exposición Problémica. (Enseñar con Aprendizaje Basado en Problemas).

También las simulaciones son de aplicación para el logro del segundo objetivo propuesto.

En ellas se modelan tareas profesionales que reproducen de forma simplificada, las condiciones reales en las que estas se desarrollan. De forma organizada en equipos los participantes resuelven tareas y adoptan decisiones. Dentro de sus tipos las más aplicables para este caso serían la Modelación Participativa y la Modelación Combinada. (Flechsigt, Schiefelbein.)

Conclusiones

Es un reto grande formar individuos íntegros, capaces y con una mente creadora. Son los docentes los encargados de alcanzar dicha meta, pero siempre con la activa participación del individuo, de sus intereses, motivaciones y siempre insertado en un determinado contexto. Si además, se encuentra insertado en un grupo con intereses afines, se potencializará la adquisición del conocimiento.

Los Métodos participativos estimulan esta concepción y son fundamentales para lograr las metas propuestas. Durante demasiado tiempo se ha trabajado en la teoría del Enseñar Diciendo (Tendencias Pedagógicas Tradicionales) donde el docente es el centro del proceso y se reduce al estudiante a ser un receptor de información.

Afortunadamente nuevas formas de enseñanza se desarrollan y aplican en la actualidad, más Aprendiendo Haciendo. En estas nuevas concepciones, el alumno pasa a ser parte importante del proceso de transferencia de conocimientos. En esta nueva filosofía, los ejercicios, las simulaciones y otros tipos de técnicas pedagógicas participativas se transforman en el vehículo adecuado para introducir al alumno en el mundo del aprendizaje eficaz y desarrollador.

Bibliografía.

1. Apuntes sobre la rehabilitación visual. 1998. Madrid.
2. Bain, Ken. 2009. Lo que hacen los mejores profesores universitarios. Curso de Métodos Participativos.
3. Balaguer Cabrera, J. R. 2005. Ministro de Salud Pública. Resolución Ministerial No.206 de Mayo de 2005. Ciudad de la Habana : Editorial MINSAP.
4. ¿Cómo
transformar una clase en una vivencia didáctica? Ponencia presentada en el Congreso Internacional Virtual de Psicología Educativa (CIVPE-2001) Disponible completo en: <http://www.formaciondeformadores.com>
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de prevención de ceguera. 2005. p: 7-9.
6. Enseñar con Aprendizaje Basado en Problemas. Material 7. 2009. Curso de Métodos Participativos. Ciudad de la Habana : Editorial MINSAP.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Viceministerio de Docencia e Investigaciones. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. 2005. Programa de la Especialidad de Oftalmología para Residentes cubanos. Ciudad de la Habana : Editorial MINSAP.
8. Flechsig, Kart-Heinz; Schiefelbein, E.. /s.a/. 20 Modelos Didácticos para América Latina
9. González Pacheco, O. 2005. Requerimientos generales del proceso docente. Una propuesta a partir de la Teoría de la Actividad. La Habana : CEPES. U. H.
10. Santiesteban Freixas, R. 2006. Historia de la Oftalmología en Cuba. Ciudad de la Habana : Editora Ciencias Médicas.