

Dos estrategias educativas en el manejo de pacientes con diálisis peritoneal intermitente

Isabel Méndez Domínguez,* Rocío Olvera Santamaría,** Leonardo Viniegra Velázquez***
Patricia Espinosa Alarcón***

En este trabajo se comparan los efectos de dos estrategias educativas tendientes a incrementar la competencia clínica de la enfermera ante pacientes con diálisis peritoneal intermitente. Se realizó un diseño cuasi experimental con dos grupos de estudio. En uno se utilizó una estrategia habitual de tipo expositivo (EHE) y en el otro una estrategia promotora de la participación (EPP) o experimental. A todos los participantes se les efectuaron mediciones basales y finales con un instrumento construido exprofeso. Las mediciones basales permitieron apreciar la similitud de ambos grupos en relación con los tres indicadores con que se midió la competencia clínica. En cada grupo hubo un incremento significativo: EHE de 34.0 a 42.8 ($p < 0.05$) y EPP de 31.8 a 39.8 ($p < 0.01$), sin diferencias entre ambos después de las intervenciones educativas. La efectividad de las estrategias resultó semejante. Se hacen diversas consideraciones acerca de los obstáculos que enfrenta una estrategia educativa promotora de la participación de los alumnos.

Palabras clave: educación, diálisis peritoneal intermitente

Summary

The effect of two educational strategies that tend to increase the clinical competence of the nurse who treats patients with intermittent peritoneal dialysis are compared in this work. A quasi-experimental study was performed in two groups. In one group the usual expository type strategy was utilized (ETS). In the other group an experimental strategy that promotes participation (SPP) was used. Basal and end measurements were taken to all participants using an instrument especially designed for that purpose. Basal measurements allowed us to observe the similarity of both groups with respect to the three indicators used to measure clinical competency. There were significant increments in both groups: ETS from 34.0 to 42.8 ($p < 0.05$) and SPP from 31.8 to 39.8 ($p < 0.01$), with no difference between both groups after the educational interventions. The effectiveness of both strategies was similar. Several considerations are made concerning the difficulties confronted by an educational strategy that seeks to promote student participation.

Key words: education, intermittent peritoneal dialysis

* Hospital General de Zona Núm. 1, Chetumal, Quintana Roo

** Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, D.F., México.

*** Unidad de Investigación Educativa, Coordinación de Investigación Médica, Centro Médico Nacional Siglo XXI, D.F., México.

Introducción

El poder incontrastable de las grandes empresas transnacionales en comparación con la industria de nuestro país es uno de los indicios más representativos de las relaciones de dominio-subordinación que en la actualidad condicionan nuestra vida social y económica, cuyos antecedentes son una ancestral desmovilización que se traduce en la escasa participación social.¹

Esas relaciones sociales se ven reproducidas en la educación informal y formal bajo la tendencia predominante denominada pasiva.¹ Dentro de la educación *informal* esto ocurre en las relaciones que se establecen con diferentes agrupaciones, las cuales influyen en la personalidad y comportamiento de las personas, ejemplo de ello es la actitud autoritaria que asume de manera inconsciente el padre, ante la cual los demás integrantes de la familia adoptan actitudes de subordinación. En la educación *formal*, o escolarizada, hasta el momento el protagonista continúa siendo el profesor, a quien se le exige un gran cúmulo de conocimientos sobre una materia y manejar algunas técnicas didácticas que faciliten la transmisión de los contenidos, calificándolo de eficiente cuando la mayoría de sus alumnos obtienen altas calificaciones al evaluar su aprendizaje, que se basa principalmente en el recuerdo de información.

Bajo esa mirada, la educación actual contempla como uno de sus objetivos el orientar hacia la formación profesional —entendiéndose por ello que desde el hogar y los primeros grados escolares se inicie una predisposición al trabajo— convenciendo al educando que es deber de todos, como consumidores, participar en la producción para responder a las exigencias de la sociedad en la que nos desenvolvemos.²

Las instituciones de salud en sus actividades de formación o capacitación de personal no escapan de esta

forma predominante de mirar la educación, perdiendo de vista que la prioridad del aprendizaje no radica en abarcar múltiples contenidos que en poco tiempo serán obsoletos, sino en la forma de acercarse a ellos, para proponerse fundamentalmente el desarrollo de capacidades profesionales que apunten hacia actitudes y acciones anticipatorias y permitan al individuo ser libre para pensar y asumir puntos de vista que sean fruto de su propia convicción.

En la educación de la enfermera desde su inicio se le inculca un papel de subordinación, de tal forma que va creciendo profesionalmente dentro de un ambiente de estricta disciplina que la lleva a interiorizar actitudes pasivas, pues, entre otras cosas, se le infunde el cumplimiento del *Juramento*, que como característica principal enmarca *obediencia y sumisión* ante el personal médico que representa la autoridad por sus conocimientos, limi-tándola en su iniciativa y convirtiéndola, frecuentemente, en simple ejecutora de órdenes durante toda su vida laboral. Amén de lo anterior, los cursos se basan principalmente en la patología (etiología, cuadro clínico y criterios de tratamiento) registrada en los libros y no en el problema clínico de cada paciente — que involucra enfermedad, padecimiento (manera particular en que cada persona manifiesta la enfermedad) y aspectos psicoso-ciales del individuo— propiciando una disociación entre la teoría y la realidad concreta.^{3,4} Todo esto constituye un obstáculo para la formación, capacitación y ejercicio de la enfermera, por consiguiente, es una dificultad para mejorar su aptitud clínica en forma continua, lo cual es indispensable para mejorar su desempeño en la atención de los pacientes con problemas específicos.

Teniendo en cuenta que el personal de enfermería se encuentra continuamente frente al paciente, le corresponde cubrir las necesidades que

de manera más inmediata surgen de las diversas situaciones que se presentan en razón de los problemas de salud de la población, requiriendo por lo tanto de actualización permanente. Sin embargo, es preocupante que a pesar de los esfuerzos que las instituciones realizan por capacitar a su personal mediante cursos, no se hace ostensible su potencial utilidad sobre la práctica de la enfermería y, por consiguiente, tampoco en la atención del enfermo.

Por tratarse de un problema creciente, este trabajo se relaciona con el manejo de la insuficiencia renal crónica. La mayoría de los pacientes con nefropatía requieren en algún momento de tratamiento sustitutivo. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, según datos nacionales registrados en 1992, había 106 unidades en las que se llevaba a cabo el procedimiento de diálisis peritoneal intermitente (DPI) y 101 en las que se realizaba diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC); con un total de 4689 pacientes inscritos a una de estas opciones de tratamiento sustitutivo.⁵

Entre las complicaciones que presentan los pacientes sometidos a diálisis, en particular los que están bajo DPI, encontramos la peritonitis, el catéter disfuncional y el edema pulmonar, entre otras; es importante hacer notar que en cada una de ellas el desempeño de la enfermera puede ser un factor clave, sobre todo en lo que se refiere a la detección temprana o a la acción oportuna cuando la instalación del cuadro es súbita. Si además tomamos en cuenta que en la enfermera recae de manera directa el manejo y cuidado del catéter peritoneal, el control de líquidos que ingresa a cavidad y la responsabilidad de enseñar al paciente y familiares el manejo del catéter, resulta evidente la trascendencia de un buen desempeño.

Lo anterior hace notar la necesidad de que la enfermera que se encuentre ante pacientes sometidos a DPI no

sólo cuente con conocimientos del manejo de la máquina de diálisis o el dominio de las técnicas que realiza en forma automática, sino que profundice en el entendimiento de lo que observa (signos y síntomas), basada en la anatomía y la fisiología del peritoneo, la interpretación de los datos de laboratorio, los principios de asepsia y antisepsia y concentración de soluciones. Conocimientos que al ser utilizados en forma integrada le permitan intervenir oportunamente con acciones propias o informar con precisión al médico.

De esa manera se logrará que la enfermera deje de realizar actividades puramente rutinarias (acciones que aunque no alcanza a comprender en su razón de ser, ejecuta por tratarse de indicaciones médicas escritas) y avance hacia una verdadera competencia profesional y recupere su lugar como valiosa colaboradora en la atención del paciente.

Como se mencionó, los pacientes que ameritan manejo con DP van en aumento, situación que en Quintana Roo ha dado lugar a la apertura reciente de unidades de DPI, que requieren personal con capacidad para afrontar este problema de salud y brindar adecuada atención médica.

Consideramos que el tipo de intervención educativa a utilizar en la capacitación del personal es fundamental en el mejor manejo del paciente con DP. En la búsqueda de estrategias educativas dirigidas al personal de enfermería sobre DP, solamente encontramos un artículo en el que se refiere una intervención educativa basada en la resolución de problemas, sin encontrar diferencias entre ésta y la intervención control.⁶ En este estudio no se menciona la validez y confiabilidad del instrumento de medición del aprendizaje.

Ante la necesidad de construir un instrumento para medir los efectos de las actividades educativas encaminadas a la atención de pacientes en DPI,

dejaremos en claro que por el ejercicio de la enfermería entendemos:

Llevar a cabo medidas de prevención, diagnóstico o tratamiento, por lo que la parte fundamental de su aprendizaje es la acción, siendo importante enriquecer cada experiencia con la consulta de información para posteriormente complementarla con el intercambio de ideas y puntos de vista que permitan la contrastación con la realidad concreta, es decir, con el problema que presenta el paciente. Esta concepción es claramente diferente de la idea de aprendizaje dependiente de actividades teóricas desvinculadas de la práctica clínica.

Por lo anterior, en un intento por avanzar y teniendo como marco de referencia un enfoque participativo¹ de la educación, se planeó la realización de una estrategia educativa diferente para mejorar la competencia clínica de la enfermera, entendida ésta como el conjunto de aptitudes y capacidades complejas que le permiten afrontar con prestancia los problemas clínicos de los pacientes a su cuidado.

Objetivo

El propósito de este trabajo es comparar los efectos de una estrategia educativa habitual con los de una estrategia que promueva la participación del personal de enfermería por medio del análisis reflexivo de situaciones reales en su área de actividad (unidad de diálisis) y la discusión de las características de los pacientes (casos resumidos).

Material y métodos

Elaboración del instrumento

De acuerdo con nuestro concepto de competencia clínica, para su medición se consideraron los siguientes indicadores:

1. Reconocimiento de datos clínicos. Capacidad de la enfermera para reconocer los datos clínicos y de laboratorio del paciente que fundamentan sus acciones al momento de atenderlo, y le permiten dar aviso oportuno al personal médico.
2. Reconocimiento de complicaciones. Habilidad de la enfermera para identificar en sus fases precoces ciertos procesos patológicos que aparecen en el enfermo.
3. Ejecución de medidas apropiadas. Acciones propias de la enfermera que al ser llevadas a cabo contribuyen a una evolución favorable del paciente.

Se estructuró un instrumento de medición a partir de seis casos resumidos de los expedientes clínicos de pacientes sometidos a diálisis peritoneal. La primera versión del instrumento incluyó 129 preguntas (procurando frases cortas), con las cuales se pretendió discriminar experiencia clínica y no recuerdo de información.

La validación del instrumento la llevó a cabo una ronda de expertos: tres médicos y cuatro enfermeras con amplia experiencia en el área de nefrología (servicio de diálisis). Se realizaron diversas modificaciones, resultado de las opiniones de los expertos, hasta lograr en todas las preguntas incluidas el acuerdo de los tres médicos y de tres o cuatro de las enfermeras. Fueron eliminadas aquellas preguntas que no alcanzaron ese grado de acuerdo.

La versión final quedó constituida por los seis casos resumidos y 90 preguntas, con opciones de respuesta falso, verdadero y no sé.⁷ Las preguntas se distribuyeron equitativamente en cada uno de los indicadores.

La calificación se obtuvo restando la suma de respuestas incorrectas a la de las correctas; la opción no sé no influyó en la calificación.

Se realizó una prueba piloto con 10 enfermeras (nivel mínimo enfermera general) de un hospital del segundo nivel y que no laboraban en la institución donde se desarrollaron las estrategias. Para el cálculo de lo esperado por azar se aplicó el instrumento a 10 trabajadores de diversas categorías administrativas (excepto médicos y enfermeras) y se utilizó una fórmula matemática.⁸

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió al cálculo del coeficiente por medio del método de semipartición y la fórmula 20 de Kuder Richardson.⁹

Se efectuó un estudio cuasi experimental¹⁰ por la imposibilidad de aleatorizar a los participantes, quienes fueron seleccionados con base en criterios administrativos.

El estudio consistió en comparar una estrategia educativa promotora de la participación (EPP) contra la habitual de tipo expositivo (EHE), en relación con el manejo de los pacientes sometidos a diálisis peritoneal.

Ambas estrategias incluyeron desde personal del área operativa (enfermera general) hasta personal directivo de enfermería (subjefe de enfermeras).

Fueron asignados 13 participantes para la estrategia habitual y 14 para la promotora.

Aunque no fue posible aleatorizar a los participantes, en los grupos se igualaron las categorías y distribuyeron equitativamente, por ejemplo: de las cuatro enfermeras con experiencia en el servicio de DPI sin cursos previos, dos se asignaron a la EHE y dos a la EPP, seleccionándolas por sorteo (aleatorio simple).

Debido a la imposibilidad de llevar a cabo de manera simultánea las dos estrategias, se decidió impartir primero la habitual y tres meses después (cuando administrativamente se asignó fecha) la promotora de la participación, para evitar contaminación del modo de trabajo de las participantes.

Antes y después de las intervenciones se les efectuaron mediciones de competencia clínica a todas las enfermeras, a quienes se les calificó mediante un procedimiento ciego.

Intervenciones educativas

La duración de ambas fue de 40 horas (cinco días de 8 horas de actividades) con el mismo contenido programático.

1. La EHE se desarrolló con base en el método expositivo.² Cada conferencia duraba aproximadamente 50 minutos. Los temas eran secuenciales y estaban a cargo de una enfermera encargada de diálisis como profesora titular y de diversos profesores invitados (entre ellos un cirujano general, un médico internista y un cardiólogo).

Los alumnos se limitaron a escuchar y a efectuar de manera esporádica preguntas que eran resueltas por los expositores. Como complemento se proporcionó material bibliográfico (fotocopias de libros) para su reproducción y lectura en casa. Se efectuó trabajo en pequeños equipos (cuatro participantes) para discutir el tema a tratar y exponer las conclusiones, quedando a cargo de la profesora llegar al consenso del grupo.

Cuando se trató de procedimientos de enfermería se realizó un

dictado de los pasos a seguir y una demostración de cada uno de ellos por parte de la profesora titular. En total, tres veces se acudió al área de diálisis por un tiempo de aproximadamente 90 minutos cada vez.

2. La EPP estuvo a cargo de uno de los autores. Se contemplaron dos actividades básicas:
 - Observación directa del paciente
 - Discusión de casos reales resumidos en el salón de clases.

La primera consistía en acudir al servicio de diálisis en ocasiones sucesivas para observar y, en la medida de lo posible, interrogar al paciente y ver cómo evolucionaba desde su ingreso hasta su egreso. Para esto, y con el propósito de llevar a cabo una discusión de lo observado, se contaba con una guía previamente estructurada. No fue posible desarrollar esta actividad debido a que el único paciente que se encontró el primer día no colaboró, y en los siguientes días los pacientes no acudieron a pesar de estar citados. No fue sino hasta el cuarto día que se pudieron observar los procedimientos de enfermería.

Lo anterior nos obligó a centrar la estrategia en la segunda actividad, es decir, en la discusión de casos resumidos, que se desarrolló de la siguiente manera:

Los resúmenes fueron entregados un día antes de su discusión junto con

Cuadro I. Comparación de calificaciones en dos grupos expuestos a dos diferentes estrategias educativas

Grupo expuesto a	Momento				Prueba de Wilcoxon
	Antes promedio	Antes rango	Después promedio	Después rango	
Estrategia expositiva	34.0	16-49	42.8	12-62	<0.05
Estrategia promotora	31.8	12-48	39.8	28-48	<0.01
<i>U de Mann Whitney</i>		NS			NS

NS = no significativa

el material de consulta que facilitaba resolver individualmente los casos, que al igual que el instrumento de medición contaban con opciones de verdadero, falso y no sé (ver elaboración del instrumento). Posteriormente, al asistir a la sesión diaria se integraron mesas de trabajo con cuatro o cinco participantes, para llevar a cabo una discusión en la que defendieron sus respuestas con base en su experiencia y conocimientos (segunda fase). Finalmente, se procedió a la sesión plenaria en un intento por confrontar los argumentos que apoyaban sus respuestas (debate grupal); actividad que fue promovida por la profesora del curso.

Como actividad complementaria cada participante entregó por escrito los argumentos en que basaba sus respuestas de cada caso, con lo que se buscó de cierta forma verificar que se esforzaran por buscar información, confrontarla con la situación clínica, reflexionar sobre sus puntos de vista y dentro de lo posible emitir juicios y/o proponer alternativas.

Análisis estadístico

Para analizar la información se utilizó estadística no paramétrica.¹¹

Con los resultados globales:

- La U de Mann Whitney para comparar a los grupos entre sí, tanto antes como después de las estrategias educativas.
- La prueba de rangos pareados de Wilcoxon para comparar cada grupo antes y después de las estrategias.
- La prueba de McNemar para valorar la significancia de los cambios observados antes y después de las estrategias.

Con los resultados por indicador:

- La U de Mann Whitney para comparar los grupos antes y después de las estrategias.

- La prueba de rangos pareados de Wilcoxon para comparar al interior de cada grupo, antes y después.
- El análisis de varianza de Kruskal Wallis para contrastar las calificaciones de los tres indicadores al interior de cada grupo, antes y después.
- El coeficiente de correlación de Spearman para estimar el grado de asociación entre los indicadores en cada grupo.

Resultados

Para obtener los coeficientes de confiabilidad se trabajaron 37 puntuaciones, de las cuales 10 correspondían al grupo piloto, 13 a la medición basal de la EHE y 14 a la medición basal de la EPP. Con el método de semipartición, para el total de preguntas se obtuvo un coeficiente de 0.92, y por indicadores: reconocimiento de datos clínicos y de complicaciones probables: 0.92, y para medidas apropiadas 0.93. El coeficiente obtenido fue de 0.87 al aplicar la fórmula 20 de Kuder Richardson a estas mismas calificaciones, y por indicadores: reconocimiento de datos clínicos 0.92, complicaciones probables 0.74 y medidas apropiadas 0.94.

Para el cálculo de lo explicable por azar, la mediana del grupo de personal administrativo respecto a calificaciones globales fue de 2, con un rango de -18 a 14. Al proceder matemáticamente, para el total de preguntas (90) el intervalo ± 18 correspondía a lo esperado por azar con una confianza de 95%, y para 30 preguntas (de cada indicador) se determinó un intervalo de ± 10 . Como puede observarse, existe una estrecha aproximación entre el cálculo empírico de lo esperado por azar (personal administrativo) y el teórico, por lo que en el análisis ulterior se emplearon los valores teóricos.

En el cuadro I se observa que en cada uno de los grupos hubo un incremento significativo en la calificación global después de las estrategias. Al efectuar la comparación entre los dos grupos antes y después de las estrategias, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Al comparar las estrategias por cada uno de los indicadores antes y después de su aplicación, únicamente en el reconocimiento de datos clínicos se encontró una diferencia significativa a favor del grupo expuesto a la EHE (cuadro II).

Al analizar los resultados por indicador en el interior de cada grupo antes de las estrategias, únicamente

Cuadro II. Comparación de calificaciones por indicador entre los grupos

Grupos expuestos a	M o m e n t o							
	Antes				Después			
	DC	C	M	KW	DC	C	M	KW
Estrategia expositiva	12.5	9.5	12.6	NS	17.5	11.0	14.1	<0.05
Estrategia promotora	14.1	6.4	11.3	<0.05	12.4	13.8	13.5	NS
U de Mann Whitney	NS	NS	NS		<0.01	NS	NS	

DC= Reconocimiento de datos clínicos

C = Reconocimiento de complicaciones

M = Ejecución de medidas apropiadas

KW = Prueba de Kruskal Wallis

NS= No significativa

Cuadro III. Alumnos con resultados globales dentro de lo explicable por azar

Momento	Grupo expuesto a Estrategia expositiva (N=13)	Grupo expuesto a Estrategia promotora (N=14)
Antes	2	2
Después	1	0

se encontró diferencia estadística en el grupo de la EPP, que se explica por el bajo nivel de reconocimiento de complicaciones. Después de su aplicación, las diferencias significativas se observaron en el grupo de la EHE, como se aprecia en el cuadro II.

En el cuadro III se observa que en el grupo de la EHE existieron dos puntuaciones antes de la estrategia y una después de ella, dentro del rango explicable por el azar. En el otro grupo, antes de la EPP dos personas obtuvieron calificaciones incluidas en tal rango y ninguna después.

En el análisis de la proporción de cambios en las puntuaciones de los sujetos después de las estrategias, se aprecia que con la EHE 83% de los participantes incrementó sus puntuaciones y 17% las bajó; con la EPP 86% las subió y 14% las bajó. Al aplicar la prueba de McNemar se apreció que la efectividad de ambas intervenciones fue significativa desde el punto de vista estadístico (cuadro IV).

En el cuadro V se presentan los resultados de cada indicador antes y después para cada grupo. Se pueden advertir semejanzas, con diferencias importantes únicamente en el caso de la EHE en el indicador de reconocimiento de datos clínicos, que presentó un incremento de 40%; en el caso de la EPP el incremento fue mayor de 100%.

Finalmente, al buscar asociación entre los indicadores se encontró gran diversidad en ambos grupos, antes y

después de las estrategias. En ningún caso se observó una correlación fuerte.

Discusión

El instrumento utilizado fue el resultado de un cuidadoso proceso de elaboración, en el que se incluyó la participación de médicos con el propósito de que sus respuestas avalaran las de las enfermeras expertas. Consideramos por tanto que nuestro instrumento tiene validez de criterio y contenido y aceptable confiabilidad.

Las dos estrategias educativas que se compararon en este trabajo no resultaron diferentes en cuanto a efectividad.

Consideramos que los cambios con una y otra estrategia son claros, sin

embargo, si tomamos como referencia su posible significado educativo los incrementos son moderados. Se desearía que la repercusión favorable estuviera presente en los tres indicadores o globalmente con un aumento más sustancial, como ya se observó en un estudio en el que la estrategia experimental fue promotora de la participación para ejercitar la habilidad cognoscitiva.¹²

No debemos perder de vista que los cambios logrados en cada estrategia fueron principalmente a expensas de un indicador diferente. La diferencia del indicador influido puede atribuirse a la forma como se desarrolló cada intervención, ya que la EHE se basó en conferencias que resaltaban los signos y síntomas del padecimiento y en la EPP se intentó ver de manera más integrada al paciente.

En la educación participativa, en este caso la EPP, uno de sus principales componentes consiste en buscar y analizar la información requerida a partir de una necesidad surgida de la realidad concreta. En la clínica, el referente necesario es el paciente, por lo que al no haber tenido la oportunidad de observar el proceso de atención del enfermo en diálisis ni tampoco de entrevistarlo como se había planeado, el núcleo primordial para procurar la vinculación entre prác-

Cuadro IV. Cambios en los participantes antes y después de las estrategias

Grupo expuesto a	Elevar nivel		Bajan nivel		Prueba de McNemar
	N	%	N	%	
Estrategia expositiva (N=12)	10	(83)	2	(17)	<0.05
Estrategia promotora (N=14)	12	(86)	2	(14)	<0.01

* Se eliminó un sujeto debido a que en ambas mediciones tuvo calificaciones totales dentro de lo explicable por azar

tica y teoría fue a todas luces insuficiente e impidió, en cierta medida, que la intervención educativa fuese realmente promotora de la participación. Aunado a esto, nos enfrentamos a la escasa familiaridad de los alumnos con la dinámica de la estrategia, pues como ya se ha mencionado, acostumbrados a ser receptores pasivos de información fue notoria la vacilación y la dificultad para resolver los casos que exigían reflexión sobre el problema clínico del paciente y la búsqueda de información pertinente, lo que impidió, la mayoría de las veces, una verdadera confrontación de puntos de vista.

Lo anterior pone de manifiesto que llevar adelante una estrategia educativa promotora de la participación no es sólo cuestión de proponérselo, debe enfrentarse la resistencia —involuntaria— de los alumnos que atraviesan por un periodo de confusión en tanto comprenden y aprenden a desenvolverse ante las nuevas reglas que implican reflexión, búsqueda, aplicación, desarrollo de un punto de vista propio, etcétera. Esto mismo nos plantea el cuestionamiento sobre la duración de un curso que aspira a promover efectivamente la participación del alumno; al parecer, una semana es insuficiente dado el periodo de acostumbramiento a las nuevas circunstancias.

A pesar de tal situación logramos acercarnos al cometido de hacer reflexionar a las participantes respecto a que atienden enfermos y no enfermedades. Al revisar los comentarios que externaron las alumnas en relación con los cursos encontramos lo siguiente:

Acerca de la EPP, 10 personas opinaron favorablemente sobre la dinámica, manifestando que al final se cubrieron sus expectativas de aprendizaje, aun cuando les había sido difícil trabajar de tal manera; ocho de ellas refirieron que como resultado del curso apreciaron de manera diferente al paciente, comprendiendo

mejor su problema de salud. Ocho participantes presentaron sugerencias como éstas: que se continúe con la misma modalidad educativa y disponer de más tiempo para el curso, ya que en los tres primeros días el esfuerzo se centró en comprender qué se pretendía con una forma tan poco habitual de trabajar, situación que les generaba estrés al momento de realizar las diferentes tareas.

En el caso de la EHE la mayoría de los comentarios se centraron en el desempeño de la profesora titular. En cuanto a la dinámica, existieron dos opiniones favorables y dos desfavorables: las sugerencias se encaminaron hacia aspectos administrativos (disponibilidad de material y su reproducción) y de organización (puntualidad de los docentes).

Tomando en cuenta el papel trascendente que tiene el profesor en el proceso educativo, no podemos dejar de considerar como aspecto importante la poca experiencia de la profesora de la EPP en la realización de este tipo de estrategia, quien pretendió lograr en los alumnos un aprendizaje diferente al tradicional a pesar de ciertas condiciones que resultaron adversas para tal propósito.

Como ya se había mencionado, la duración de la EPP parece insuficiente. Por lineamiento institucional, la

duración más conveniente por costos es de cinco días con ocho horas de sesión; sin embargo, con esta jornada se observó cansancio en los participantes, ya que para cubrir el contenido programático se tuvo que trabajar en promedio dos casos diarios sin importar su extensión, situación que está lejos de favorecer la reflexión, proceso insustituible para asumir puntos de vista propios que permitan a su vez la participación. Sin perder de vista los resultados de cada intervención, consideramos interesante realizar un seguimiento para ver qué tanto se mantiene el efecto de las estrategias a lo largo del tiempo.

En la medida en que se adentren los profesores en este enfoque de educación participativa y los educandos adquieran experiencia para desenvolverse en este tipo de estrategia educativa, sin dejar de lado adecuaciones en la organización y duración de los cursos, será posible alcanzar efectos más profundos.

Agradecimientos

Por su valiosa colaboración en la realización del estudio, a los doctores Yolanda Téllez y José Antonio Bautista, así como a las enfermeras Isis Guzmán y María Maximina Caleano.

Cuadro V. Comparación de los indicadores antes y después en cada grupo

Indicador	Estrategia expositiva			Estrategia promotora		
	Antes	Después	PW	Antes	Después	PW
DC	12.5	17.5	< 0.05	14.1	12.4	NS
C	9.5	11.0	NS	6.4	13.8	<0.01
M	12.6	14.1	NS	11.3	13.5	NS

PW = Prueba de Wilcoxon

DC = Reconocimiento de datos clínicos

C = Reconocimiento de complicaciones

M = Ejecución de medidas apropiadas

Referencias

1. **Viniegra L.** Hacia una redefinición del papel de la universidad en la sociedad actual. México: Revista de la Coordinación de Estudios de Posgrado, UNAM 1990;19:49-61.
 2. **Nérci I.** Metodología de la enseñanza. Traducción María Celia Eguibar. 4ª edición. México: Kapelusz; 1990. p. 1-19,160-164, 248-451.
 3. **Viniegra L.** ¿Qué significa la resolución de un problema clínico? Rev Invest Clin 1981;33:151-159.
 4. **Viniegra L.** Cómo acercarse a la medicina. México: Limusa; 1991. p. 222.
 5. **Su HL, Abascal MA, Martínez OG, Sorina ML.** Aspectos epidemiológicos de los pacientes en diálisis en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Memorias de la Segunda Reunión Nacional de Investigación Médica, Oaxtepec, Morelos, 10-13 de noviembre de 1993 (resumen 91).
 6. **Thomas KG, McGillis G, Pinson G.** *Effect of an educational intervention on nurses' knowledge of a peritoneal dialysis cyclor.* USA: ANNA J 1993;20:144-146.
 7. **Viniegra L.** Comparación de la utilidad de dos tipos de exámenes teóricos para evaluar el aprendizaje clínico. Rev Invest Clin 1982; 34:73-78.
 8. **Pérez PR, Viniegra L.** Método para calcular la distribución de las calificaciones esperadas por azar en un examen del tipo falso, verdadero y no sé. Rev Invest Clin 1989;41:375-379.
 9. **Downie NM, Heath RW.** Métodos estadísticos aplicados. Traducción Mei Mei Alicia Chu P. 5ª edición. México: Harla; 1986. p. 380.
 10. **Bisquerra R.** Investigación experimental. **En:** Métodos de investigación educativa. Guía práctica. España: CEAC; 1989. p. 165-166.
 11. **Siegel S, Castellan J.** Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta. 4ª edición. México: Trillas; 1995. p. 437.
 12. **Espinosa P y Viniegra L.** Efecto de una estrategia educativa sobre la habilidad para la lectura crítica en estudiantes de medicina. Rev Invest Clin 1994;46:447-456.
-