

Anexos

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Hoja de información y consentimiento informado | Anexos 1-2 |
| 2. Encuesta del alumnado | Anexo 3 |
| 3. Encuesta del profesorado | Anexo 4 |
| 4. Respuestas abiertas | Anexo 5 - 12 |
| 5. Preguntas y respuestas no analizadas en los resultados | Anexo 13 |

1. Hoja de información y consentimiento informado

Anexo 1

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en la fase piloto de un proyecto de innovación docente a realizar durante las prácticas curriculares del grado de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Su participación es voluntaria, pero es importante para obtener el conocimiento que necesitamos. Este proyecto ha sido remitido al Comité de Ética de Investigación Clínica para obtener su dictamen favorable. Para tomar una decisión sobre su participación es conveniente que:

- lea este documento entero
- entienda la información que contiene el documento
- pueda hacer todas las preguntas que considere necesarias
- tome una decisión meditada
- otorgue su consentimiento informado expresamente, si finalmente desea participar.

Se le entrega una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado si participa. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración en calidad de alumno/a, o profesor/a de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza porque nos interesa saber las respuestas a las preguntas que le haremos. El estudio va dirigido a todo el alumnado de 5º y 6º curso y al profesorado de prácticas tuteladas durante el período de febrero-marzo de este curso académico. Ya se ha llevado a cabo un estudio de características similares en la Universidad de Monterrey (Méjico) y en la Universidad de Lleida.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

Se trata de un estudio descriptivo transversal mediante cuestionario dirigido a conocer cómo se lleva a cabo el aprendizaje del razonamiento clínico durante las prácticas curriculares. Este estudio, que constituye el TFG de una alumna de sexto, es un pilotaje para el proyecto de Tesis doctoral de una alumna del programa de doctorado de la Facultad de Medicina.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Si usted decide participar, le vamos a hacer llegar una encuesta de respuestas abiertas y cerradas, con una duración prevista de 3 minutos (si sólo responde los ítems cerrados) y no más de 15 minutos si cumpleimenta también las preguntas abiertas. Es personal y no debe contestarse en grupo, entre varias personas. La encuesta tiene un formato online para facilitar el que llegue a un máximo número de personas, su comodidad a la hora de contestarla, y también en el momento de la recogida de datos una vez obtenido un número de encuestas suficiente. Trabajaremos con la plataforma de documento Google Form, que si no la conoce, le aseguramos que no ofrece complejidad alguna y no requiere más que un ordenador o dispositivo móvil con conexión a Internet. Le llegará el enlace a la encuesta al correo institucional o al correo de la Universidad de Zaragoza, según sea usted alumno (a) o profesor (a). Esta herramienta de Google Form permite guardar las respuestas sin que estén ligadas a una cuenta de correo, asegurando así el anonimato en las respuestas. Únicamente le pediremos que indique sus datos de filiación: edad, sexo, curso / tiempo de experiencia clínica y docente. Los datos serán tratados con estricta confidencialidad.

En una segunda fase del estudio, nos interesaría poder ampliar la información que obtendremos con la encuesta a través de una entrevista más extensa que también será en formato escrito pero para la cual sí

que necesitaremos la participación de aquellos que voluntariamente quieran acceder a ello: por eso hemos añadido a la encuesta inicial la opción de escribir una cuenta de correo para poder contactar. Esta segunda fase del estudio será llevada a cabo posteriormente antes de finalizar el año vigente.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

No va a suponer ningún riesgo ni molestia la participación en este estudio.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no es probable que obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance científico y al beneficio social. Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación. Tampoco los investigadores.

7. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su no de historia clínica ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

De acuerdo a lo que establece la legislación de protección de datos, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Además puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, pero sí se utilizarán los que ya se hayan recogido. En caso de que desee que se destruyan tanto los datos como las muestras ya recogidos debe solicitarlo expresamente y se atenderá a su solicitud. Los datos codificados pueden ser transmitidos a terceros y a otros países pero en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, no de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito o para su uso en publicaciones científicas pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

El promotor/investigador adoptará las medidas pertinentes para garantizar la protección de su privacidad y no permitirá que sus datos se crucen con otras bases de datos que pudieran permitir su identificación o que se utilicen para fines ajenos a los objetivos de esta investigación.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

9. ¿Quién financia el estudio?

Esta fase piloto del proyecto no cuenta con Financiación en la actualidad.

10. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea.

Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En la primera página de este documento está recogido el nombre y el teléfono de contacto del investigador responsable del estudio. Puede dirigirse a él en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

Anexo 2

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He podido contactar con el equipo investigador a través del 617941530 o tfgf2019@gmail.com

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque , lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante mencionado

Firma del Director TFG:

Fecha: 6 de marzo 2019

2. Encuesta del alumnado

Anexo 3

Cuestionario para el alumnado

Tus respuestas servirán para un posible proyecto de innovación docente dirigido a mejorar el aprendizaje de los alumnos durante sus prácticas curriculares. Este cuestionario, de respuesta voluntaria, es anónimo. Por favor, responde con sinceridad y honestidad.

*Obligatorio

1. Edad (años) *

2. Curso académico *

Marca solo un óvalo.

- 5º
- 6º

3. Género

Marca solo un óvalo.

- Femenino
- Masculino
- No binario

4. Experiencia previa en el ámbito sanitario: Si (enfermería; auxiliar clínica/celador; voluntariado ambulancia/cruz roja/residencias; otros (especificar)

Selecciona todos los que correspondan.

- Ninguna
- Enfermería
- Auxiliar clínica/celador
- Voluntariado ambulancia/ONGs sociosanitarias/residencias
- Otro:

5. Piensa en un/a gran profesor/a de prácticas (puedes nombrar más de uno/a): *

6. ¿Por qué lo/a has elegido como buen/a profesor/a? ¿Cuáles son las características que en tu opinión definen a un/a buen/a docente y que posee el profesor/a en que has pensado? *

7. Las rotaciones del alumnado de medicina por las distintas especialidades están planificadas y organizadas desde los distintos Departamentos implicados. ¿Crees que todo el profesorado se proponen que el alumnado alcancen los objetivos de la rotación por su servicio o departamento correspondiente? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

Explica tu respuesta

8. ¿Crees que el alumnado conocen los objetivos de la rotación por los distintos servicios cuando llegan a los mismos? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

9. Y cuando terminan? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

10. (Si la respuesta fuera no, danos información sobre tus expectativas acerca de las prácticas clínicas y su profesorado)

11. ¿Forma parte de los objetivos de la rotación del alumnado la mejora de sus competencias en razonamiento clínico? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

12. (Si la respuesta fuera NO danos información sobre tus expectativas, sugerencias, peticiones)

13. ¿Conoces el término Gut feeling? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

14. ¿Lo ha sentido alguna vez? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

15. Los y las médicos experimentan en ocasiones el sentimiento de que algo va mal con sus pacientes durante la consulta, aunque no sepan exactamente lo que es. Habitualmente esta percepción de alarma es una sensación visceral que alerta al médico y hace que se preocupe más por el estado de salud de su paciente. En otras ocasiones, lo que se produce es una impresión/sensación visceral de seguridad ante un/a paciente con un problema de salud potencialmente grave que lleva al médico a tranquilizarse en el abordaje de su situación clínica. En

el ámbito anglosajón estas sensaciones viscerales se denominan “gut feelings” ¿Has reconocido esa sensación durante las prácticas? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

16. ¿En qué especialidad/es?

17. ¿Crees que tus profesores/as las perciben? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

18. ¿Te lo explicaron? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

19. ¿Crees que tu profesor/a los tenía en consideración para la toma de decisiones clínicas? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

20. (Si la respuesta fuera no, danos información sobre tus expectativas acerca de las prácticas clínicas y sus profesores/as)

21. ¿Crees que es importante que el profesorado te explique todo lo que siente cuando visita a sus pacientes? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

22. ¿Cómo crees que debe hacerlo?

23. ¿En tu experiencia, los/las pacientes y/o familiares suelen manifestar ese tipo de presentimientos? *

Marca solo un óvalo.

- Si

- No

24. Por favor, comenta tu respuesta

25. ¿Serías tan amable de describirnos una experiencia propia de gut feeling que te impresionara especialmente?

Muchas gracias por haber respondido a esta encuesta. Si cambiarias de idea y desearas denegar tu consentimiento, por favor, envíenos un mensaje a la cuenta tfggf2019@gmail.com y todos los datos que hubieras generado serán eliminados. Si tienes interés en conocer los resultados de este trabajo, por favor, indícanos tu dirección de correo electrónico mandando un mensaje a la misma cuenta.

3. Encuesta del profesorado

Anexo 4

Cuestionario profesorado

Sus respuestas servirán para la fase piloto de un posible proyecto de innovación docente dirigido a mejorar el aprendizaje de los alumnos durante sus prácticas curriculares.

Este cuestionario de respuesta voluntaria es anónimo, por favor responda con sinceridad y honestidad.

*Obligatorio

1. ¿Puede indicarnos su área clínica de conocimiento? *

Marca solo un óvalo.

- Médica hospitalaria
- Médica extra hospitalaria
- Pediatría
- Psiquiatría
- Quirúrgica
- Médico-quirúrgica
- Otro:

2. Género

Marca solo un óvalo.

- Femenino
- Masculino
- No binario

3. Edad (años)

4. Años de experiencia clínica (respuesta numérica, sin decimales) *

5 Años como docente de prácticas (respuesta numérica, sin decimales) *

6. ¿Cree que todo el profesorado conoce los objetivos de la rotación de los alumnos de prácticas por su servicio o departamento? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

7. ¿Cree que el alumnado conoce los objetivos de la rotación por su servicio o departamento cuando llegan al mismo? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

8. ¿Y cuando terminan? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

9. ¿Forma parte de los objetivos de la rotación de los/las estudiantes la mejora de sus competencias en razonamiento clínico? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- No sabe/no contesta

10. ¿En qué sentido?

11. ¿Cree que puede ser interesante para los/las profesores/as asistenciales ampliar el conocimiento de la metodología docente en las prácticas? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

12. ¿En qué sentido?

13. ¿Conoce el término Gut feeling? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

14. ¿Los ha sentido alguna vez? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

15. Los/las médicos experimentan en ocasiones el sentimiento de que algo va mal con un paciente durante la consulta, aunque no sepan exactamente lo que es. Habitualmente esta percepción de alarma es una sensación visceral que alerta al médico y hace que se preocupe más por el estado de salud de su paciente. En otras ocasiones, lo que se produce es una impresión/sensación visceral de seguridad ante un paciente con un problema de salud potencialmente grave que lleva al médico a tranquilizarse en el abordaje de su situación clínica. En el ámbito anglosajón estas sensaciones viscerales se denominan “gut feelings” ¿Ha sentido/siente esto alguna vez? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

16. ¿Utiliza estas sensaciones en su práctica clínica? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

17. Describa su experiencia

18. En su opinión, ¿cuáles son los factores que colaboran en la aparición de los Gut Feelings? *
Selecciona todos los que correspondan.

- Personalidad propia
- Experiencia clínica
- Circunstancias de la consulta
- Tipo de queja del paciente
- Conocimiento previo del paciente/ la paciente

19. ¿Sería tan amable de relatarnos la experiencia de gut feeling que más le impresionó?

4. Respuestas abiertas

Anexo 5

Pregunta 6 del cuestionario del alumnado y sus respuestas: ¿Por qué lo/a has elegido como buena/a profesor/a? ¿Cuáles son las características que en tu opinión definen a un/a buena docente y que posee el profesor/a en que has pensado?

1. Simpático, Gran docente, entretenido, explica muy bien, implicado
2. Te deja participar, hablar, se dirige a ti básicamente no como si no existieras en el mundo. Delega en ti algún papel, te hace sentir parte del servicio
3. Respeto al alumno, tenerlo en cuenta, explicarle, dejarle colaborar en lo que pueda.
4. Se preocupa porque entendamos bien los conceptos, no solo se dedica a dar el temario de manera rápida como hace el resto
5. Por que me hizo participar activamente desde el primer día, además de explicarme todo a medida que me enseñaba, fue el rotatorio más práctico que he tenido, me sentí con responsabilidades y aprendí muchísimo. Las características son, involucrado con la docencia, exigente, comunicativo y cercano.
6. Ni siquiera es tutor de prácticas de la universidad, es adjunto en el hospital pero es uno de los que más se ha preocupado de que estuviésemos a gusto y aprendiésemos. En mi opinión las características que no deberían faltar en un buen docente son: - Ganas de transmitir conocimiento - Estar pendiente de tu alumno - Permitirle participar en las tareas para que se sienta útil Lo que no debería hacer un tutor: -Hacer como si no existieses -No explicarte nada -Hacerte sentir inútil - Encasquetar a tu alumno a el residente/enfermera/otros adjuntos
7. Buena comunicación y atento al alumno
8. Buen trato personal y disposición a enseñar; interés en que los alumnos aprendan todo lo que puedan en el rotatorio y que pasen por todos los servicios de cardiología; permite cierta independencia al alumno durante las tareas que manda (historiar, hacer pruebas...), sin llegar a suturarlo.
9. Interés por enseñar
10. Son atentos, explican bien y se preocupan porque los entiendas, buscan actividades extra para que no te aburras en las prácticas.
11. Se preocupa por su alumno
12. Humanidad, el alumno además de estar allí para aprender es una persona no una máquina. Buenos docentes, comprensivos, amables, Daban pie a preguntar cualquier duda por estúpida que fuera. Siempre dando opción a involucrarnos en el servicio y a poder hacer cosas (en el caso de los quirúrgicos)
13. Disponible a responder todas las preguntas
14. Porque me presentaban a los pacientes, resolvían mis dudas y me enseñaban a explorar, así como me ayudaban en los aspectos que flaqueaba
15. Los 3 tenían ganas de enseñar, tenían valores éticos, empatizaban con el paciente, se preocupaban por enseñarme, tenían humor (cosa que considero importante en el ámbito médico) , habilidades sociales con sus iguales, pacientes y superiores , y por supuesto tenían muchos conocimientos y ganas de compartirlos (quizás sea casualidad o no que todos son adjuntos jóvenes)

16. Con INTERÉS en explicar y atender al alumno. Renovación de conocimientos. Amplia experiencia.
Buenas personas
17. Dedica tiempo a explicar los casos que se ven además de permitir participar lo máximo posible
18. Inteligente, comprometido, simpático
19. Porque han sido muy agradables conmigo, explican cualquier duda (y no dan por supuesto que sabemos muchas cosas) y porque te dejan implicarte y hacer cosas
20. Porque aprendí mucho de ellas en el ámbito clínico y en el humano, en mi opinión un buen profesor debería enseñarte a mejorar tus conocimientos en ambos ámbitos.
21. Que permite la docencia de prácticas practicando, pues de otro modo no es docencia práctica sino teórica o ni docencia. Con esta profesora he aprendido en dos semanas a explorar, cosa que no con otros profesores en prácticas siguientes o seminarios.
22. Empatía, animar a aprender, a ser autónomo, a confiar en uno mismo, ayudar a re despertar la vocación por la medicina.
23. Explica cada paciente antes de ir a verle en urgencias, explica por qué pide cada prueba, te permite realizar la exploración física y escribir la historia clínica para, después, revisarla él
24. 1º Trato y atención hacia mi persona (a ser posible como mínimo que tras la rotación se sepa mi nombre) 2º Trato hacia el paciente y resto de profesionales (delante y detrás de estos) 3º Que sea capaz de hacer que te integres en su jornada laboral 4º Que te explique aspectos básicos de las patologías más prevalentes en su área
25. Feedback humildad tratarte como igual
26. Conocimientos actualizados en su materia que pone en práctica en la clínica y sabe explicar a sus alumnos. Ganas de enseñar y de que aprendan los alumnos. Empatía. Amabilidad. Capacidad de simplificar conocimientos y datos.
27. Atención al alumno, voluntad de explicar lo que surja durante las prácticas y de que el alumno ponga en práctica procedimientos/exploraciones etc. Valoración del trabajo e interés del alumno
28. Dedicar tiempo a tu formación teórica aprovechando cada caso visto en prácticas, y dar la oportunidad de desenvolverte tú solo en las prácticas, dentro de lo posible, con el tutor a tu lado supervisando. Creo que las prácticas deben ser precisamente prácticas, hasta que no te enfrentas directamente a las distintas labores no rompes esa barrera de miedo en el trato al paciente, en escribir bien una historia clínica...
29. Explica el procedimiento mientras opera, hace todo lo posible para que podamos ver las cirugías, es meticoloso como profesional, nos explicó como coser y es una persona con la que es agradable hablar
30. No he elegido
31. Te deja participar y te explica las cosas bien, además puedes aprender de él como ejemplo
32. Interés en alumnado
33. Te hacen caso. Buenos médicos. Valoro que sea docente (que aprendas), que te haga caso y que trate bien a los pacientes
34. Es un buen médico y se nota el trato con el paciente y me hizo aprender de él y soltarme a la hora de realizar anamnesis y exploraciones
35. Integrar a los alumnos como parte del equipo, facilitar conocimientos y una relación tutor-estudiante adecuada, proporcionar confianza para preguntar.

36. Buena persona, sabe escuchar y transmitir la información muy bien.
37. Por su preocupación y docencia
38. Disposición para enseñar, buen trato al alumno, integrar y hacer partípice al alumno en la práctica clínica, accesible para preguntar dudas, capacidad docente, en su ausencia que hable con otros compañeros para que se hagan cargo del alumno
39. Empatía
40. Atención al alumno, explicaciones frecuentes y humanidad. Y educación.
41. Empatía, simpática, atención, explicación, confortable

Anexo 6

Explicación de las respuestas dadas en la pregunta 7 del cuestionario del alumnado: Las rotaciones del alumnado de medicina por las distintas especialidades están planificadas y organizadas desde los distintos Departamentos implicados. ¿Crees que todo el profesorado se proponen que el alumnado alcancen los objetivos de la rotación por su servicio o departamento correspondiente?

Explica tu respuesta.

1. Muchos de ellos sudan del alumno
2. Prácticamente ni saben de la existencia del portafolio
3. Rotundamente no. En mi experiencia solo "hacían" de tutores asociados un 10% de ellos.
4. He rotado por cirugía en el clínico y ha sido un mes en blanco, no he hecho nada
5. Algunos ni te conocen o les da igual y otros se lo toman más en serio.
6. En mi rotación me he encontrado con tutores que no me han dejado hacer una historia clínica en todo el mes, simplemente mirar lo que él hacía, eso los primeros días está bien, pero para aprender creo que debería haber hecho alguna por mí misma. Al igual con una exploración que es básico. Y encima me justificaba eso diciendo que no había tiempo. Sin embargo en mi hoja de rotación se me exigía la realización de historias clínicas y exploraciones.
7. Existen profesores desinteresados por sus alumnos
8. Por una parte algunos de los objetivos que aparecen en los portafolios (por ejemplo) son prácticamente irrealizables dependiendo del servicio en que te toque. Luego también tenemos a profesores que simplemente adoptan una forma de enseñar propia ignorando dichos objetivos.
9. No siempre parece que esa sea la principal intención del tutor. He llegado a pensar que sólo están por el dinero 6 por los puntos de experiencia laboral
10. Hay muchas diferencias entre las prácticas en los distintos servicios y hospitales.
11. No todo el profesorado tiene interés en la realización del alumno, algunos simplemente dejan que el alumno les acompañe a verlas venir, y otro directamente ni eso.
12. Comentando con otros compañeros se ven las diferencias de los objetivos. En hospital se ven unas cosas que en centro de salud no, y viceversa
13. Actualmente las prácticas de medicina son una ruleta rusa, puedes caer en un servicio muy bueno, con buen ambiente, con un tutor que está pendiente, que te invita a hacer cosas (HC, exploraciones, pedir pruebas, poner tratamientos bajo su supervisión) que te da cierta libertad y empuje para descubrir y aprender, que tengan ganas de enseñar o todo lo contrario puedes tener un tutor que realmente le de igual lo que aprendas, que vayas o no, que te involucres. Aquí hago un inciso porque la importancia de estos tutores es muy grande, ya que ellos pueden hacer que te guste o disguste una especialidad o incluso la medicina en general.
14. Algunos no demuestran interés, destacan la ignorancia de los alumnos sobre prácticas
15. En general por la experiencia o lo contado por otros alumnos compañeros los médicos que más explican y hacen caso no son los tutores y por lo tanto no son los que conocen mejor los objetivos de la rotación pero si los que más intentan que obtengas algo positivo de la rotación
16. En general sí, pero no todos
17. Aun no he pasado por allí, pero varios compañeros que han estado por ejemplo en cirugía me han comentado que los tutores no han estado nada pendientes de ellos
18. Muchas veces alcanzar los objetivos depende del tutor al que has sido asignada

19. Muchos profesores de prácticas no se marcan como objetivo que el alumno aprenda todo lo que debe, sino que se dejan llevar
20. En especial hay algún profesor asociado, tutor de prácticas, que lejos de responderme a alguna duda o enseñarme algo en general, ni me ha tratado bien. No puedo opinar todavía si hay o no departamentos en general mejores o peores.
21. Algunos profesores de prácticas parece que estén obligados a atender a los alumnos, no se involucran en nuestro aprendizaje
22. Personalmente algunos profesores solo son docentes por el mero reconocimiento profesional (y/o).
He pasado por servicios donde he estado un mes y no he llegado a saber quién era profesor asociado porque nadie se hacía cargo de nosotros
23. En muchos sitios se alcanza el acuerdo tácito yo te pongo buena nota/tú no te quejas de lo precarias que han sido tus prácticas
24. Hay profesores de prácticas a los que no solo no les importa si aprendes o no si no que además les da igual que estés como que no estés y te conviertes literalmente en un ficus en una esquina.
25. Por un lado hay objetivos que son poco realistas según dónde se realice la rotación, y por otro lado muchos de los tutores de prácticas no saben cuáles son los objetivos ni te dan oportunidad de ponerlos en práctica no.
26. He estado en servicios excelentes (ejemplo: Urología del HCU) y en cambio en servicios a priori muy interesantes no he aprendido apenas, y me he pasado el mes amargada y sintiendo que estoy perdiendo el tiempo.
27. He estado en cirugía, y lo único que he cumplido de objetivos son las sesiones clínicas. No he ni hecho curas, ni presentado un caso en el servicio, etc.
28. Creo que es complicado la dinámica de llevar a un estudiante de prácticas si no se tiene una guía de los objetivos y tareas detalladas. Actividades que el alumno puede y debe desempeñar.
29. Queda todo demasiado al azar de que te toquen las prácticas en un buen momento para tu tutor. Y muchas veces nos quedamos sin saber que hacer tanto los alumnos como los tutores.
30. Por desgracia, a la mayoría no les importa mucho que aprendas o no, se dignan a hacer su trabajo
31. No. En numerosas ocasiones no se interesan por ti, ni te enseñan, ni piensan en lo mejor para tu aprendizaje
32. Muchos no saben al comenzar las prácticas cuáles son los objetivos docentes.
33. Algunos tutores pasan de los alumnos, sin embargo otros (incluso aunque no sean docentes) se nota que les gusta enseñar
34. Hay profesores que pasan de los alumnos
35. Porque hay veces que ni caso te hacen
36. Mi experiencia ha sido muy buena hasta ahora. Pienso que he cumplido los objetivos propuestos en todas las rotaciones.
37. La mayoría ni saben los objetivos
38. En general los tutores sí que están atentos a que se cumplan los requisitos.
39. En general pocos tutores lo consiguen, suelen ir a lo suyo y no se preocupan mucho por el alumno

Anexo 7

Explicación (pregunta 10, ¿En qué sentido?) de las respuestas dadas en la pregunta 9 del profesorado: ¿Forma parte de los objetivos de la rotación de los/las estudiantes la mejora de sus competencias en razonamiento clínico?

1. Totalmente ya que es el razonamiento aplicado a la práctica asistencial
2. EXPLORACIÓN FÍSICA, ELECCIÓN RACIONAL DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS, OPCIONES DE TRATAMIENTO
3. Conocer la realidad de la clínica de la especialidad en cuestión y avanzar en los aspectos que son más relevantes para el manejo de los pacientes, yendo más allá de los aspectos teóricos y centrándose en los aspectos más relevantes de cada caso, a partir de la práctica clínica habitual.
4. En todos los sentidos (diagnóstico diferencial, comunicación, valoración del valor predictivo de los datos clínicos y complementarios....)
5. Hacerles pensar, coordinando lo aprendido en los libros de texto con la realidad del paciente que se encuentran delante y que no siempre corresponde al prototipo de paciente que se estudia.
6. Observan nuestra toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Creo que no todos se introducen realmente en el razonamiento de esas decisiones, aunque deberían. Influye también el nivel de conocimientos previos.
7. Diagnóstico diferencial
8. Interpretar. Clínica y pruebas con sentido clínico
9. Valorar casos reales y orientar el diagnóstico y el tratamiento
10. No es un objetivo específico. Lo planteo como reto personal de alumno para mejorar el abordaje de los diferentes escenarios clínicos a los que tiene que enfrentarse
11. Situaciones clínicas que reflejan cuadros incompletos, que no se ajustan la definición de la enfermedad de "los libros", diagnósticos diferenciales, y las situaciones donde participa el factor de la ética
12. Aprender a desarrollar razonamientos sobre la práctica clínica
13. Deben aprender a elaborar un diagnóstico diferencial con los datos de antecedentes, anamnesis, exploración y pruebas complementarias para trazar un plan diagnóstico y terapéutico para el paciente
14. APRENDER A LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO CON LOS DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA, LA EXPLORACIÓN Y LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. ADEMÁS SABER RAZONAR CUÁL SERÍA O SERÍAN LOS TRATAMIENTOS MÁS ADECUADOS EN EL CONTEXTO DE CADA PACIENTE.
15. Aplicación de los conocimientos a la práctica clínica
16. Comunicación con los pacientes mediante historia clínica, toma de decisiones
17. DEDUCCIÓN LÓGICA. ALGORITMOS DE DECISIÓN
18. Manejar la incertidumbre
19. Práctica orientada al paciente, historia clínica y resolución de casos
20. Para aplicar sus conocimientos teóricos a la clínica y el contacto con el paciente real.
21. Observación de signos síntomas clínicos para llegar a un diagnóstico; aprender diagnósticos diferenciales
22. Área salud pública - No clínica

23. Deben aprender no solo la teoría de cada enfermedad, sino como se desarrolla esta en un paciente real y cómo afecta esta al paciente y su entorno.
24. En el manejo de la incertidumbre y la capacidad de establecer diagnósticos diferenciales
25. RESOLVER CASOS SENCILLOS
26. Es uno de los pilares de la rotación, el aprender a razonar clínicamente

Anexo 8

Explicación (pregunta 12, ¿En qué sentido?) de las respuestas dadas en la pregunta 11 del profesorado: ¿Cree que puede ser interesante para los/las profesores/as asistenciales ampliar el conocimiento de la metodología docente en las prácticas?

1. En mejorar en que sea más útil para conocer la especialidad
2. Técnicas de tutorización
3. TALLERES DEL ICE
4. Conocer algunas directrices que faciliten la homogeneidad de la formación y el desarrollo de herramientas concretas (aprendizaje basado en casos)
5. En todos, de nuevo.
6. ¿Cómo atraer el interés de personas no especialmente inclinadas a nuestra especialidad?
7. Formación específica, planteamiento claro de objetivos, alcanzables
8. Objetivos Teoría en programa docente
9. Unificando el formato y el cumplimiento de objetivos por los alumnos
10. Carecemos de cualquier formación docente reglada. Solo tenemos la que de forma individual y voluntaria nos hemos preocupado de adquirir
11. Nunca hemos recibido formación sobre metodología docente y ello seguro que hace que la docencia recibida por el alumnado sea muy desigual en función del profesor a cargo
12. Difusión de objetivos docentes y resultados de aprendizaje y formación en metodología docente
13. Pedagogía activa, retroalimentación, escenarios de aprendizaje
14. Establecer con más claridad los objetivos y en ocasiones metodología docente
15. ESTABLECER UNOS OBJETIVOS CONCRETOS EN CADA ESPECIALIDAD Y QUÉ SE NECESITA PARA OBTENERLOS
16. Entrenamiento de habilidades de comunicación y transmisión de conocimientos y habilidades
17. BUSCAR MAS RENTABILIDAD EN LA ROTACIÓN. CAMBIAR ALGÚN CRITERIO DE EVALUACIÓN
18. Cursos ad hoc baremables como mérito
19. xx
20. Formación en herramientas educativas, formación de formadores
21. Sería deseable que exista un guion de mínimos común a todos los alumnos, ampliable según posibilidades. Y que incluya metodología adaptada a la ECOE.
22. Aprender siempre es bueno
23. Unificar criterios
24. Hay que aprender a enseñar, y eso es algo sobre lo que no tenemos nada de formación
25. Para mejorar su capacidad docente
26. DOTAR DE HERRAMIENTAS QUE LUEGO PUEDAN FACILITARSE A LOS ALUMNOS
27. Mejorar las formas de transmitir el conocimiento y el razonamiento

Anexo 9

Explicación (pregunta 17, describa su experiencia) de las respuestas dadas en la pregunta 16 del profesorado: ¿Utiliza estas sensaciones en su práctica clínica?

1. Es parte de lo que siempre se ha llamado también ojo clínico, intuición, olfato clínico y deriva cuando se está atento a todas las señales que emite el paciente y el médico, forma parte de la interacción y el "olfato clínico, médico..." Mi experiencia es que es una parte integrada en la forma de hacer las cosas
2. ES UNA SENSACIÓN OCASIONAL INFRECUENTE
3. Creo que la práctica debe basarse ante todo en datos objetivos (respecto de la enfermedad) y tal vez lo que se describe con esa sensación es una capacidad de percibir y tener en cuenta algunos signos (sutiles) de gravedad (o no) en el paciente. Entiendo que lo que hay que profundizar es en la percepción de los detalles y no atribuir cada actuación a ese gut feeling
4. Si me quedo inquieto con esa sensación reviso lo que he hecho, vuelvo a citar al paciente tratando de enmendarlo o reevalúo en el caso hospitalario, o si no hago nada no estoy bien hasta pasados días
5. La intuición de que algo no va bien te obliga a profundizar en los medios disponibles para probarlo
6. Experiencia
7. Variando la entrevista y conducta diagnóstica
8. La experiencia permite adquirir esta "habilidad" solo a algunos profesionales. Muchas veces está fuera de toda evidencia recogida en los protocolos y guías clínicas. Es algo único que hace diferentes a unos médicos respecto a otros. Es esa genialidad que algunas veces hemos visto en nuestros maestros y que no sabemos explicar
9. Impresión que da el paciente más por su aspecto, actitud, que por los síntomas o pruebas complementarias
10. Creo que se usan a veces de una forma irracional y otras veces se contrarrestan al aplicar los protocolos y guías clínicas
11. OBSERO LAS EMOCIONES DEL PACIENTE, SUS GESTOS Y SU MANERA DE ESTAR EN LA CONSULTA ASÍ COMO LAS PALABRAS QUE UTILIZA PARA DESCRIBIR SU ESTADO DE SALUD
12. Cuando un paciente grave creo que va a ir bien animo más a la familia
13. En el mismo momento en que ves al paciente en la consulta, te haces una idea de cómo está
14. ES UN SEXTO SENTIDO. SE POTENCIA CON LOS AÑOS DE TRABAJO. SIENTES QUE ALGO "ENCAJA" O TODO LO CONTRARIO. SIENTES QUE ALGO SE TE ESCAPA. EN MI EXPERIENCIA DEBES FIARTE DE ESTOS SENTIMIENTOS PORQUE AL FINAL ESTÁN JUSTIFICADOS RESPONDEN A LA FRASE DE "ALGO NO ME GUSTA" O "SEGURO QUE NO TIENE NADA"
15. Continuamente en el contexto clínico-diagnóstico
16. Pacientes con poca sintomatología pero con sensación de gravedad. A veces en postparto inmediato o postcirugía con hemorragia interna incipiente...
17. Soy Obstetra y es habitual tener que discernir lo verdaderamente grave de lo menos grave o quizás no importante. Esa sensación de Corazonada (En castellano) la tengo todos los días. La mayoría de las ocasiones las corroboro, nunca sin dejar de confirmar objetivamente mis presentimientos.
18. Aumenta tu nivel de alerta.

19. PACIENTES QUE SABES QUE VAN A IR MAL

20. Por ejemplo cuando entra un paciente pro un síntoma inespecífico y sin encontrarse mal, pero tú ves algo en su cara que te hace sospechar que algo no va bien

Anexo 10

Explicación (pregunta 22, ¿Cómo crees que debe hacerlo?) de las respuestas dadas en la pregunta 21 del alumnado: ¿Crees que es importante que el profesorado te explique todo lo que siente cuando visita a sus pacientes?

1. Con paciencia y dedicación, adecuado al tiempo disponible
2. Como cuando hablan con los residentes, parece que te dejan apartado siempre y que no puedes escuchar
3. Como él crea que pueda entenderlo
4. Después de ver el paciente, comentar qué impresión le ha dado, etc.
5. Al menos explicarte porque le ha dado la sensación de que algo iba mal con él, quizás así también aprendamos a intuirlo
6. Paciencia y siendo claro
7. Por supuesto debería hacerlo sobre una base (por ejemplo que si cree que le va a pasar algo al paciente es porque lo conoce y sabe cuáles son sus antecedentes, etc.)
8. Quizás no todo, los profesores son personas y querrán tener su "privacidad" como todos, pero sería de ayuda a la hora de manejar los propios sentimientos que se hablará de esas sensaciones a veces, porque por muy "fuertes" o "hechos a estas cosas" que dice la gente que somos los estudiantes de medicina, las primeras veces que ves / oyes ciertas cosas de pacientes se hace duro de manejar
9. Sí y no, porque en algunos, sobre todo en los que tengan mala relación o malas experiencias con él, nos inducen una contratransferencia negativa
10. Recordando que un paciente es algo más que una cita, un numero de historia clínica o un diagnóstico, si ese médico a pesar de su rutina diaria puede tener ese sentimiento puede explicarlo, si por el contrario su rutina impide el sentimiento no puede explicarlo
11. Antes y después de entrar el paciente a la consulta
12. Hablando
13. Después de ver a cada paciente
14. Hablando entre cada paciente sobre su opinión y sensaciones, pero comprendo que en la mayoría de ocasiones no hay tiempo
15. De una forma sencilla, empática y contrastando con las nuestras para entendernos mutuamente.
16. Hablándose de las sensaciones que ha tenido con cada paciente al salir de la consulta
17. Cuando ya no se está delante del paciente, haciendo al alumno partícipe de una reflexión que incluya explicar por qué ha actuado de la manera que lo ha hecho con ese paciente, cuáles son sus impresiones y en qué basa sus decisiones siguientes
18. Simplemente manifestando la seguridad/incertidumbre que le genera un paciente, y explicando al alumno qué estrategias utiliza para manejar bien cada caso médicaentemente
19. De una forma calmada y respetuosa para con el paciente e intentando hacerse entender lo mejor posible
20. Siendo franco y sincero

21. Entre consulta y consulta
22. Describiendo lo que siente y por qué cree que es ese sentimiento
23. De la forma mejor posible
24. Con confianza en el alumno, humanizado
25. Con un minuto de reflexión después de cada uno.
26. De la forma que sepa, solo más atención

Anexo 11

Respuestas a la pregunta 19 del cuestionario del profesorado: ¿Sería tan amable de relatarnos la experiencia de gut feeling que más le impresionó?

1. Un paciente que no sabía que le pasaba y al auscultarlo un bloqueo completo
2. Son muchas y variadas, coinciden con sospechar que algo no va bien y confirmarse al encontrarlo..
3. NO, ES CONFIDENCIAL
4. No recuerdo
5. No puedo responder a esta pregunta
6. Paciente con dolor de rodilla cuyo relato de la sintomatología me impresionó desde el principio de problema reumático. Ninguna de las pruebas practicadas llegó a demostrar esa sospecha, ni siquiera la consulta con el especialista correspondiente. Al contrario, lo único que se halló fue una rotura meniscal, que fue intervenida. Este paciente reapareció en la consulta 9 años después, ahora ya con el diagnóstico de artritis reumatoide seronegativa. Fue la primera vez que me ocurrió.
7. Mujer joven con cuadro nada claro de dolor abdominal siendo todos los análisis y las pruebas de imagen negativas salvo una pequeña cantidad de líquido libre en espacio de Douglas atribuido a ovulación y considerando que se trata de cuadro funcional por todos los médicos y residentes que la han valorado. El médico adjunto de guardia en una primera valoración por un aviso para ajuste de la analgesia dice que esa paciente, lo más probable es que tenga una neoplasia ovárica. A base de insistir, se realiza una laparoscopia varios días después y confirma que hay carcinomatosis pélvica y la biopsia confirma que se trata de un ca ovárico.
8. Paciente joven con cefalea, consulta muy concurrida y con retraso. TAC craneal realizado e informado como normal. Con las prisas no revisé las imágenes del TAC, sólo leí el informe. Aun así se solicitó una RMN y el paciente tenía un tumor cerebral. Al revisar a posterior las imágenes del TAC ya se veía el tumor. No ver las imágenes supuso un retraso en el diagnóstico. No farme y pedir otra prueba supuso llegar al diagnóstico aunque algo más tarde.
9. PACIENTE QUE VIENE REMITIDA POR SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON SÍNTOMAS MUY INESPECÍFICOS Y REFIRIENDO UNA PATOLOGÍA BANAL Y QUE POR SU EXPRESIÓN PROFUNDAMENTE TRISTE ME ANIMÓ A REALIZAR UNA EXPLORACIÓN MUY COMPLETA QUE IBA MÁS ALLÁ DE LO QUE DESCRIBÍA Y ME PERMITIÓ DIAGNOSTICAR UN CARCINOMA DE FARINGOLARINGE
10. Un paciente con fracaso multiorgánico por una gangrena de Fournier que salió adelante a pesar de la alta mortalidad.
11. Varias, especialmente cuando tienes un mal presentimiento y el paciente fallece a los pocos minutos
12. SOSPECHA DE PATOLOGÍA MALIGNA EN PACIENTE CUYAS PRUEBAS ERAN TODAS NEGATIVAS. NO DEJÉ DE BUSCAR, AÚN FUERA DE PROTOCOLO HASTA QUE SE CONFIRMARON MIS SOSPECHAS
13. Fue en el diagnóstico de lo que resultó ser un cáncer de pulmón
- 14.
15. Una hemorragia postcirugía estable que luego se complicó
16. En mi práctica diaria visito a pacientes embarazadas con amenaza de parto pretérmino y las confirmar el diagnóstico y pronóstico de cada caso de forma adecuada y protocolizada con todos mis medios a mi alcance, me fio de mi "Corazonada" y casi siempre acierto, con gran satisfacción

por mi parte y sobre todo por la de la paciente con la que comparto esa sensación que le ayuda a superar sus miedos.

17. Una paciente joven frequentadora que acudía a veces por alguna crisis de ansiedad. Un día vino por parestesias en los pies, cefalea inespecífica y mucho nerviosismo. Toda la exploración era normal. Lo que podía parecer una nueva crisis de ansiedad,.....sin embargo, algo me dijo que aquello no lo era, y la derivé a urgencias, ---fue una rotura de aneurisma
18. Pacientes oncológicos diagnosticados en estadios iniciales pero con muchos factores de mal pronóstico. Una paciente joven con ca de cérvix. En respuesta completa del tumor primario presento metástasis ósea en un mes. Tenía unos 30 años
19. Complicación quirúrgica de un paciente, que me reprochó todo

Anexo 12

Respuestas a la pregunta 25 del alumnado: ¿Serías tan amable de describirnos una experiencia propia de gut feeling que te impresionara especialmente?

No recuerdo nada en concreto

1. Un paciente de UCI, tras semanas conectado a ventilación mecánica, con varios momentos de mejora y posteriores "retrocesos", había habido un empeoramiento progresivo de los parámetros del paciente aunque aparentemente se le veía igual. Los médicos habían acordado trasladar a los familiares su opinión de que lo mejor era limitar el esfuerzo terapéutico. Una de las hijas antes de que el médico dijera nada le transmitió que ella sentía que su padre estaba llegando al final de sus días, aunque le hubieran dicho los días previos que estaba estable
2. Un paciente con dolor y pesadez en las piernas, hematuria microscópica, edad avanzada, larga evolución. No le habían dado importancia, pero el médico de familia que lo atendió no se quedaba tranquilo. Buscando una posible neo de vejiga, próstata, se le realizó una ecografía. Se detectó casualmente un hematoma mural importante en aorta, que de otra manera no se hubiera diagnosticado precozmente.
3. Una señora con cáncer de vejiga en estadio IV (yo aun no conocía el diagnóstico) que era muy positiva, demasiado incluso, y al salir de su habitación me dio la sensación que la señora no estaba nada bien a nivel de salud, lo cual me confirmó el médico.
4. En la rotación de familia, vino una chica con estado general muy debilitado, mucho dolor epigástrico y había tenido vómitos. No encajaba del todo en gastroenteritis ni en apendicitis. Mientras el médico escribía, yo me quedé oyendo con el fonendo sus ruidos intestinales y oí una especie de soplo que no supe identificar. No le comenté al médico que había sentido algo raro porque pensé que sería una tontería, pero me quedé dándole vueltas. La mandó a casa con algo de medicación y con la recomendación de ir a urgencias si se mantenía el cuadro. Al día siguiente nos enteramos que había sido apendicitis.
5. Ver la cara de preocupación o que se echen a llorar en consulta
6. Paciente que no suele venir nunca y de pronto acude con un síntoma atípico.
7. Dos casos de cáncer de páncreas uno en digestivo y otro en medicina de familia, de reciente diagnóstico.
8. Cuando vino un paciente de mediana edad con vértigos desde hace una semana. Él no quería venir a urgencias porque sabía que si acudía le iban a decir algo "malo" o que se quedaría ingresado y él no quería quedarse ingresado porque su mujer ingresó el año pasado y falleció en el hospital, venía acompañado de su hermano que era el que lo había animado a venir. Dadas las características del vértigo le hicimos un TAC craneal en el que se observaron múltiples metástasis cerebelosas presumiblemente de un cáncer de colon curado hace 5 años.

5. Preguntas y respuestas no analizadas en los resultados

Anexo 13

1. Matizaciones (pregunta 12, Si la respuesta fuera NO danos información sobre tus expectativas, sugerencias, peticiones) de las respuestas dadas en la pregunta 11 del cuestionario del alumnado:

1. En mi opinión si, pero que el tutor con el que vas dedique algo de su tiempo a eso me parece solo ficción.
2. Si que es parte de los objetivos, aunque con algunos tutores no se ponga en práctica
3. Al menos en cirugía en el clínico, no te dejan prácticamente hacer nada, lo cual implica que terminas el mes sin haber hablado con ningún paciente y si haber hecho ni una historia clínica por tu cuenta
4. Hay poca práctica real, muchas veces estas sirven sólo para ver si la elegirías en el mir, más que para aprender sobre la especialidad.

2. Especialidades en las que el alumnado reconoció los GF. Pregunta 16 del cuestionario del alumnado:

1. En todas
2. Infecciosas
3. Medicina Interna
4. Cirugía general
5. en las médicas
6. Neurología
7. Nefrología
8. Medicina de familia
9. Medicina Interna, Urología
10. Cirugía General
11. Neumología (oncología)
12. Medicina interna, medicina de familia
13. (aun no he pasado por casi ninguna, pero en familia alguna si)
14. Familia, Psiquiatría, Pediatría
15. Urgencias (en Bruselas)
16. Familia
17. Medicina de familia, UCI, Medicina Interna, Psiquiatría
18. Urgencias
19. En medicina interna (haciendo prácticas en verano en san Sebastián)
20. familia, urgencias
21. Familia
22. Interna, familia, urgencias
23. Medicina de familia y oncología
24. Trauma o en cirugía
25. Digestivo, Medicina de familia y Medicina Interna
26. Familia y paliativos

27. AP,
28. En urgencias

3. Matizaciones (pregunta 20, Si la respuesta fuera no, danos información sobre tus expectativas acerca de las prácticas clínicas y sus profesores/as) de las respuestas dadas en la pregunta 19 del cuestionario del alumnado: ¿Crees que tu profesor/a los tenía en consideración para la toma de decisiones clínicas?

1. Es muy difícil generalizar tanto porque he estado con muchos.
2. No me queda muy claro si se refiere a los médicos que yo he sentido que han sido importantes (que si que habrían tenido la consideración) o otros que he tenido que he sido asignados que no tenían dicha consideración
3. Acabo de empezar el rotatorio por lo que no creo que sea aun el momento de dar mis impresiones
4. Me gustaría sentir las como una serie de retos en los que mejorar.
5. Que se dedique a enseñar
6. mayor participación e independencia

4. Explicación (pregunta 24, por favor, comenta tu respuesta) de las respuestas dadas en la pregunta 23 del cuestionario del alumnado: ¿En tu experiencia, los/las pacientes y/o familiares suelen manifestar ese tipo de presentimientos?

1. Los pacientes suelen ser más sensibles a la patología y a su proceso, porque son ellos quienes lo padecen. Muestran inquietud, preocupación, y generalmente ganas de entender. Para el médico es el paciente 7678 que ve con ese problema y está cansado, por lo que en general, lo que yo he visto es escasas explicaciones y empata muy deficiente en muchos casos.
2. Algunos sí, te comentan que creen que tal cosa no les está yendo bien, que no siente que está yendo bien en algo
3. Aunque normalmente sus preocupaciones se deben al desconocimiento, la mayoría de cosas suelen ser normales, por ejemplo gente mayor que se nota que tiene pérdidas de memoria y ha venido preocupada por si tenía Alzheimer, luego en realidad la mayoría no lo tienen si no que es algo normal con su edad
4. Sobre todo lo he visto en matrimonios de personas de avanzada edad, que llevan mucho tiempo juntos. En la consulta a veces uno manifiesta, como presentimiento, que el proceso que está pasando el otro se va a agravar (por ejemplo)
5. Creo que los pacientes cuando van a la consulta se olvidan del 50% de lo que han pensado alguna vez en decirle al médico.
6. Muchas veces cuando un paciente dice que algo no está bien debemos escucharlo bien atentamente y reflexionar sobre lo que nos dice, que un signo o síntoma de una enfermedad no aparezca en el Harrison, no significa que el paciente no lo tenga.
7. Cuando se conoce mucho a una persona es más fácil ver el cambio en su estado de salud
8. Basándose en experiencias previas y en información extraída de internet

9. Creo que todos tenemos sensación de si es banal o grave algo que nos pase, aunque no creo que sea similar a lo que percibe un profesional de un paciente, en el caso personal tiene más que ver todavía con la forma propia de ser.
10. Los familiares cercanos saben cuando alguien esta peor o mejor
11. Lo he visto por ejemplo en situaciones de un diagnóstico grave o una situación terminal, en la que, antes de que se les diga nada, los familiares o los propios pacientes están inquietos/preocupados porque presienten lo que se avecina aunque aparentemente todo fuera bien
12. A muchos pacientes les asustan los problemas médicos que puedan tener, creo que hay que dedicar tiempo a informarles correctamente y a tranquilizarlos. También me parece difícil pero necesario desarrollar la habilidad de transmitir seguridad y confianza al paciente, incluso cuando nosotros mismos tenemos dudas en algún aspecto. Creo que el paciente puede entender que su caso cree incertidumbre al médico, y nuestra labor entonces es darle una solución (qué vamos a hacer al respecto).
13. Hay personas que se suelen quejar mucho y no es tan evidente, pero cuando no es de quejarse y esta constantemente refiriendo dolor, los familiares se preocupan mucho, igual que si esa persona está mas somnolienta o mas pálida
14. depende de la confianza que tengan con el médico/a
15. En ocasiones, pero no pocos. Depende de la confianza en el medico.
16. "doctor, no estoy bien"
17. Se nota a veces cuando algo es diferente en las personas cercanas
18. Si, en general la gente en su subconsciente conoce la gravedad del proceso.
19. algunos lo expresan
20. Los pacientes saben que las cosas van mal aunque no sepan explicar porqué.

5. Respuestas a la pregunta 25 del cuestionario del alumnado: ¿Serías tan amable de describirnos una experiencia propia de gut feeling que te impresionara especialmente?

1. Una paciente con carcinoma broncopulmonar que pensábamos que tenía una TBC pero ya impresionaba de cáncer.
2. Un paciente con un cáncer laringeo que se descubrió demasiado tarde.
3. Un día fuimos a ver a una paciente que llevaba un año padeciendo un tipo de cáncer bastante agresivo, ese día nada más ver a la paciente, su aspecto, su expresión y sobre todo su mirada, me dio muy mala espina, muy mal presentimiento y a los dos días falleció.
4. En el rotatorio de Urgencias pude ver un paciente que acudió por un episodio de gastroenteritis aguda. A simple vista parecía que tenía mal estado general, con sudoración profusa. Tuvo la suerte de acabar en el box de vitales a pesar de que no lo triaron como una emergencia, porque a los pocos minutos de empezar a monitorizarlo entró primero en taquicardia ventricular y después en fibrilación ventricular, por lo que tuvieron que aplicarle RCP y des fibrilar (el paciente tenía antecedentes de varios episodios de IAM que al parecer fueron el sustrato de las arritmias)
5. Paciente agitado que amenazaba con "cortarse las venas", sin antecedentes de intentos autolíticos, finalmente se calmó y se dio de alta: finalmente un día se envalentonó y se disparó en la cabeza: fallo pero su cara siempre guardará el recuerdo.

6. Un niño en urgencias que tenía mal aspecto, en familia una mujer muy mayor que estaba con malestar
7. A veces pacientes con calo ponderal que sospechas inmediatamente de patología tumoral, cuando se confirma siempre es impactante por la gravedad de la enfermedad.
8. Una apendicitis que se pensó que era algo banal y resultó necesitar cirugía
9. Un paciente con dolor torácico que clasificaran de ansioso seguramente por un ECG normal, que a mí me daba sensación de grave aunque no tuviera gran disnea y no tan mala apariencia general, y luego resultara ser de origen cardíaco.
10. No recuerdo nada en concreto
11. Un paciente de UCI, tras semanas conectado a ventilación mecánica, con varios momentos de mejora y posteriores "retrocesos", había habido un empeoramiento progresivo de los parámetros del paciente aunque aparentemente se le veía igual. Los médicos habían acordado trasladar a los familiares su opinión de que lo mejor era limitar el esfuerzo terapéutico. Una de las hijas antes de que el médico dijera nada le transmitió que ella sentía que su padre estaba llegando al final de sus días, aunque le hubieran dicho los días previos que estaba estable.
12. Un paciente con dolor y pesadez en las piernas, hematuria microscópica, edad avanzada, larga evolución. No le habían dado importancia, pero el médico de familia que lo atendió no se quedaba tranquilo. Buscando una posible neo de vejiga, próstata, se le realizó una ecografía. Se detectó casualmente un hematoma mural importante en aorta, que de otra manera no se hubiera diagnosticado precozmente.
13. Una señora con cáncer de vejiga en estadio IV (yo aún no conocía el diagnóstico) que era muy positiva, demasiado incluso, y al salir de su habitación me dio la sensación que la señora no estaba nada bien a nivel de salud, lo cual me confirmó el médico.
14. En la rotación de familia, vino una chica con estado general muy debilitado, mucho dolor epigástrico y había tenido vómitos. No encajaba del todo en gastroenteritis ni en apendicitis.
15. Mientras el médico escribía, yo me quedé oyendo con el fonendo sus ruidos intestinales y oí una especie de soplo que no supe identificar. No le comenté al médico que había sentido algo raro porque pensé que sería una tontería, pero me quedé dándole vueltas. La mandó a casa con algo de medicación y con la recomendación de ir a urgencias si se mantenía el cuadro. Al día siguiente nos enteramos que había sido apendicitis.
16. Ver la cara de preocupación o que se echen a llorar en consulta
17. Paciente que no suele venir nunca y de pronto acude con un síntoma atípico.
18. Dos casos de cáncer de páncreas uno en digestivo y otro en medicina de familia, de reciente diagnóstico.