

# El Seguimiento Familiar como estrategia de aprendizaje en Clínica Ampliada

*Family Mentoring as a learning strategy in Extended Clinic.*

ARNAUDO, María Cecilia\*; ILLANES, Ana Inés\*\*

\* Lic. en Psicología. Centro de Estudios en Salud Colectiva del Sur (CeSCoS). Docente del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur (Bahía Blanca, Argentina).

\*\* Médica de Familia. Centro de de Estudios en Salud Colectiva del Sur (CeSCoS). Docente del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur (Bahía Blanca, Argentina).

**Contacto:** Prof. Lic. María Cecilia Arnaudo (mcarnaudo@gmail.com).

Fecha recibido: 11/06/2017

Fecha aceptado: 20/10/2017

## RESUMEN

La rotación de Medicina Familiar de la Universidad Nacional del Sur incorpora el Seguimiento Familiar (SF) como estrategia pedagógica orientada a la Clínica Ampliada. Con el objetivo de conocer las apreciaciones que tienen los estudiantes del SF como estrategia de aprendizaje, se realizó un estudio transversal y cualitativo. Se conformaron tres grupos focales con estudiantes que recientemente habían finalizado la rotación de Medicina Familiar. Los participantes subrayaron la experiencia de trabajo en terreno y la discusión con tutores y compañeros como la mejor estrategia de aprendizaje, en comparación con las actividades donde prevalece lo teórico. Asimismo, remarcaron al SF como escenario privilegiado para el reconocimiento de la complejidad que existe en la comunicación entre los diferentes niveles del sistema de salud, y para el entrenamiento en la técnica de visita y entrevista domiciliaria. Se reconoce a la Clínica Ampliada como herramienta esencial en el abordaje de situaciones complejas, y valoran el conocimiento de herramientas prácticas. Sin embargo, prevalecen dificultades al momento de definir los objetivos de intervención y la incorporación de conocimientos provenientes de otras disciplinas.

## ABSTRACT

The Family Medicine clerkship of the Universidad Nacional del Sur incorporates Family Mentoring (FM) as a pedagogical strategy oriented to the Extended Clinic. In order to know the appreciations that students have of FM as a learning strategy, a transversal and qualitative study was performed. Three focus groups were formed with students who had recently completed the Family Medicine clerkship. The participants underlined the experience of working in the field and the discussion with tutors and partners as the best learning strategy, in comparison with the activities where theory prevails. They also highlighted FM as a privileged scenario for the recognition of the complexity that exists in the communication between different levels of the health care system, and for training in interviewing and home visiting techniques. The Extended Clinic is recognized as an essential tool for approaching complex situations, and the participants value knowing practical tools for it. However, difficulties prevail when defining the intervention objectives and incorporating knowledge from other disciplines.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace décadas varios autores nos hablan acerca de que la salud es una construcción social e histórica y que cada pueblo, persona y comunidad tiene formas diferentes de entender y atender la enfermedad (1). Actualmente las discusiones se centran en favorecer una práctica humanizada y desde una visión integral (cuerpo, mente y sociedad). Sin embargo el modelo de atención vigente tiene varias consecuencias negativas; una de ellas es que es un modelo centrado en la enfermedad y no en la salud, es decir no se promueve el bienestar y el cuidado sino la cura y la rehabilitación cuando el daño ya existe. Estas acciones, costosas por naturaleza, fueron reemplazando paulatinamente la dimensión relacional, centrada en el vínculo con el usuario y el compromiso de ambos con la búsqueda del cuidado de la salud y de la cura, como finalidad última de un trabajo en salud, que se pauta por la defensa de la vida individual y colectiva (2,3).

Incorporar la dimensión relacional en el trabajo en salud implica centrar la praxis en sujetos concretos, quitando énfasis a la enfermedad como entidad objetiva para considerarla una parte más de la existencia. Una Clínica Ampliada, o "clínica del sujeto" en palabras de Basaglia, que involucra la ampliación del objeto del saber y de las intervenciones (4-6). Constituye así, una manera de avanzar contrahegemónicamente al modelo dominante de atención, estableciendo nuevas reglas de juego y de participación (3). Se trata finalmente de plantear un cambio en los modelos de atención desde la dimensión cuidadora, lo que implica abandonar la concepción de la misma desde los modelos de la racionalidad hegemónica donde hay alguien que sabe y otro que obedece o acepta para pasar a otro que incluya en la decisión a todos los actores que intervienen en el proceso de cuidado y atención: profesionales, usuarios, familias, etc. (7).

La rotación de Medicina Familiar durante la carrera de grado en Medicina de la Universidad Nacional del Sur (UNS) orienta la formación del estudiante hacia el contexto familiar y social en el abordaje del Proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado (PSEAC) en Atención Primaria de la Salud (APS). Pone énfasis en habilidades y competencias relacionales como la comunicación, la negociación con el usuario, las intervenciones con la comunidad, el trabajo interdisciplinario, el trabajo en equipo y el cuidado longitudinal de las personas, grupos y familias, profundizando el trabajo de reterritorialización del PSEAC. Su relevancia en la enseñanza de grado se vincula directamente con el perfil del egresado pretendido.

El SF es un componente central de la especialidad en Medicina Familiar y es una de las estrategias pedagógicas incorporadas en la formación de grado. El Seguimiento Familiar (SF) como estrategia de aprendizaje se realiza en dos momentos de la carrera de medicina. Durante los primeros tres años los estudiantes, en grupos pequeños (no más de 8 estudiantes), acompañados por un tutor, orientan

sus tareas hacia actividades de promoción de la salud y prevención de problemas prevalentes. En el último año, durante la Práctica Final Obligatoria en la rotación por Medicina Familiar, los estudiantes en pares son tutorados por un médico/a de familia en el abordaje de problemas complejos de usuarios de la comunidad. El proceso de enseñanza-aprendizaje está basado en el razonamiento clínico y el trabajo en equipo, tanto para la resolución de problemas como para la adquisición de habilidades de intervención con el usuario y la comunidad. Los escenarios de aprendizaje son los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la ciudad, el trabajo en terreno con la comunidad y los hogares de los usuarios.

El SF cuenta con una dimensión teórica sustanciada en seminarios, ateneos de problemas complejos y bibliografía seleccionada, y otra dimensión práctica en el territorio recopilada o registrada en un relato escrito de la experiencia. Esta práctica de SF propone realizar un acompañamiento diferencial a un usuario y su entorno familiar. Este usuario se selecciona por presentar problemas crónicos de salud, o que además haya sido externado recientemente, o bien reinternaciones recientes, o consultas frecuentes en el CAPS. Esta elección del usuario-grupo familiar se consensúa entre el equipo de salud, el tutor, los estudiantes, y finalmente se solicita consentimiento al usuario.

## OBJETIVO

El objetivo de este estudio es conocer las apreciaciones que tienen los estudiantes de sexto año de la carrera de Medicina de la UNS del SF como estrategia de aprendizaje.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, con metodología cualitativa, para el cual se convocó a todos los estudiantes de último año de la carrera de Medicina de la UNS, que finalizaron su experiencia de SF en el mes de noviembre del año 2015. Se indagaron y recogieron las apreciaciones sobre el SF mediante la técnica de grupo focal, la cual permite indagar en profundidad sobre un tema de interés por medio de las opiniones de un número representativo de actores involucrados en el tema.

El grupo focal para cumplir el objetivo debe conformarse de un número de no más de 10 personas que, por su relación con el tema de investigación, faciliten opiniones, valoraciones y apreciaciones sobre el mismo. A su vez es necesaria la figura de un coordinador que oriente la dinámica grupal asegurando que las interacciones respondan a los objetivos de investigación y un observador que recoja las manifestaciones no verbales y cualquier otra expresión pertinente (8).

Se conformaron tres grupos focales de 8 estudiantes cada uno. Se indagó en relación a tres categorías

de análisis: Objetivos de aprendizaje y estrategia pedagógica, Soporte teórico de la estrategia pedagógica, y Clínica Ampliada del SF. Cada grupo focal tuvo una duración de 80 minutos.

## RESULTADOS

### OBJETIVOS DE APRENDIZAJE Y ESTRATEGIA PEDAGÓGICA

Los estudiantes subrayan la experiencia de trabajo en terreno como la mejor manera de aprender en comparación a las actividades donde prevalece lo teórico (lecturas, bibliografía, seminarios). Sin embargo, reconocen dificultades al momento de definir los objetivos de intervención adecuados a cada situación familiar, por lo que muchas veces el diseño de dicha intervención quedaba diluido en un número de visitas domiciliarias, sin un foco específico:

“Lo que más nos sirvió es para ver que las intervenciones en consultorio son totalmente insuficientes en lo que son las enfermedades crónicas.” – E4, GF1

“Para mí la experiencia estuvo muy buena porque yo sentí que pudimos ayudar un montón al paciente más allá de lo que pedagógicamente significa.” – E1, GF3

Los estudiantes marcan la importancia de las discusiones con tutores y compañeros sobre cada intervención como el contexto más favorable para producir conocimiento. Es entonces en los momentos de reflexión e intercambio con compañeros y docentes que las dificultades al momento de establecer objetivos quedaban expuestas y se podía trabajar sobre ellas, redirigiendo los esfuerzos del estudiante hacia problemas más concretos y posibles:

“Yo creo que la experiencia de cada uno es la herramienta pedagógica en sí [...] que haya espacios de discusión con tu tutor en la Unidad Sanitaria, que no todos lo tenemos, y en lo grupal para ver si las cosas que estamos haciendo tienen sentido o cómo mejorar.” – E4, GF2

En esta misma línea marcan la estrategia de seguimiento familiar como escenario de aprendizaje privilegiado para el entrenamiento en la técnica de visita y entrevista domiciliaria, distinguiendo esta competencia como fundamental en el trabajo del médico de familia en el primer nivel de atención:

“No pudimos hacer una intervención concreta pero sí un acompañamiento de toda la patología [...] Alberto estuvo internado y lo fuimos a ver, pero así, intervenciones concretas no hicimos [...] Nos planteamos otros objetivos que por cuestiones de tiempo, lo que dura la rotación, no los pudimos lograr [...] Yo en mi caso lo que hice fue valorar el sentido de la visita domiciliaria, algo que algunos médicos han perdido o lo han dejado en manos del médico de familia.” – E2, GF1

“Nos dimos cuenta que no sabe nada, no sabe lo que se viene y entonces la estrategia va a ser trabajar sobre eso.” – E6, GF1 (hablando sobre el pronóstico de la usuaria)

“En su casa uno ve algo distinto.” – E3, GF3

### SOPORTE TEÓRICO

El Soporte teórico se vio reflejado como la dimensión más débil de la estrategia de SF. La valoración de la práctica en territorio como escenario privilegiado para la producción de conocimiento, hace que en algún sentido el material teórico facilitado en los seminarios resulte poco relevante para los estudiantes. En su lugar se valoran más los espacios de supervisión de la actividad con docentes expertos y tutores en terreno y el intercambio con los compañeros, pero particularmente la importancia de trabajar con situaciones de salud concretas, y no en clases teóricas tradicionales:

“El Soporte teórico estuvo bien pero la verdad es que del dicho al hecho hay un gran trecho [...] la mayor herramienta la adquirís con la experiencia.” – E2, GF2

“Para mí fue mucho más productivo lo que se charló en el seminario que lo que teníamos para leer en casa. Me servía mucho también la experiencia de mis compañeros, mis compañeros iban con preguntas, con dudas...” – E6, GF3

“De hecho el tema de los seminarios estaban preparados para dictarse de una forma y cuando vieron que la mayoría estaban trabajando tuvieron que adaptarse, preguntarnos por dónde íbamos y ver cómo nos podían ayudar.” – E5, GF1

Destacan también la necesidad de que las clases informativas sobre los fundamentos de la actividad y el encuadre de la misma tengan lugar antes del comienzo de las rotaciones en terreno:

“Las clases informativas tienen mucho peso antes de iniciar el seguimiento.” – E4, GF2

En cuanto al tipo de información, valoran positivamente la presentación de herramientas prácticas (como instrumentos estandarizados, role play sobre entrevista familiar, utilización de ecomapas y genogramas, etc.) y reconocen la dificultad que tienen para integrar conocimiento proveniente de otras disciplinas como la antropología y la psicología:

“Tuvimos una actividad muy interesante que fue la de terapia familiar... entrevista familiar, que fue muy rica y todos se metieron en el rol.” – E4, GF1 (la metodología de dicha actividad fue el role play)

“Hubiese sido mucho más rico si fueran herramientas prácticas, algunas fueron demasiado sociológicas y antropológicas que están buenas pero no te dan mucha herramienta de aplicación.” – E7, GF3

“Estamos acostumbrados a otro tipo de conocimiento.” – E5, GF3 (en referencia a la apreciación de E7)

Refieren la necesidad de incluir seminarios específicos sobre cierre de SF, ya que en su experiencia les ha resultado instancias de suma complejidad y en muchos casos creen no haber realizado un cierre adecuado:

“Debería haber una clase específica de cierre de seguimiento, de objetivos, hasta donde llegar.” – E7, GF2

“Estuvo bueno porque era de a dos, por la comunicación no verbal. Ya al último nos mirábamos y sabíamos cómo cerrar, y eso no está escrito en ningún lado.” – E2, GF1

### CLÍNICA AMPLIADA

Finalmente, en relación a la categoría de la Clínica Ampliada, eje central en el diseño de la estrategia de SF, se observa que los estudiantes han podido enfocarse en la dimensión vincular y relacional para el trabajo, lo cual en un primer momento les produjo una sensación de “objetivo poco claro” o de no ser una intervención en salud:

“Cuando se planteó lo de lo vincular [como objetivo de trabajo] nos pareció muy poco... o nada.” – E2, GF1

“Nosotros actuamos más sobre lo vincular y familiar que fue el brazo fuerte que trabajamos [...] acá lo biológico es lo de menos, no estábamos preparados para eso [...] De lo patológico ni me acuerdo qué tenían, pero toda la historia familiar me la sé de arriba a abajo.” – E2, GF3

Sin embargo, a lo largo del seguimiento reconocen la importancia de este trabajo sobre todo en la negociación con el usuario y el fortalecimiento y acompañamiento de la familia que oficia de cuidadora, señalando este trabajo como fundamental en el abordaje de las enfermedades crónicas:

“Pudimos enseñarle a la familia cómo cuidarlo a él, por más que él nunca haya aceptado su enfermedad, porque nos decía ‘si yo digo que tengo esta enfermedad me estoy apropiando de ella’ [...] Durante las entrevistas él siempre hacía énfasis en esas creencias tipo ‘si yo digo que soy diabético me estoy poniendo la diabetes encima...’ Está bueno conocer ese concepto del paciente porque uno no sabe cómo actuar.” – E3, GF3

“A nosotros también nos pasó que nuestro paciente tenía la presión por las nubes, la diabetes mal controlada, una osteomielitis que nunca se le curó, antecedentes de cánceres extraños... y el problema para el paciente era que no veía.” – E1, GF2

“No sólo por visitar la casa por ser la casa, sino que vos empezás a evaluar vínculos en vivo y en directo...”

Podés observar cómo ese grupo familiar se puede organizar para ayudar en esa patología en cuestión.” – E4, GF3 (en referencia a la visita domiciliaria)

### SOPORTE TEÓRICO

El Soporte teórico se vio reflejado como la dimensión más débil de la estrategia de SF. La valoración de la práctica en territorio como escenario privilegiado para la producción de conocimiento, hace que en algún sentido el material teórico facilitado en los seminarios resulte poco relevante para los estudiantes. En su lugar se valoran más los espacios de supervisión de la actividad con docentes expertos y tutores en terreno y el intercambio con los compañeros, pero particularmente la importancia de trabajar con situaciones de salud concretas, y no en clases teóricas tradicionales:

“El Soporte teórico estuvo bien pero la verdad es que del dicho al hecho hay un gran trecho [...] la mayor herramienta la adquirís con la experiencia.” – E2, GF2

“Para mí fue mucho más productivo lo que se charló en el seminario que lo que teníamos para leer en casa. Me servía mucho también la experiencia de mis compañeros, mis compañeros iban con preguntas, con dudas...” – E6, GF3

“De hecho el tema de los seminarios estaban preparados para dictarse de una forma y cuando vieron que la mayoría estaban trabajando tuvieron que adaptarse, preguntarnos por dónde íbamos y ver cómo nos podían ayudar.” – E5, GF1

Destacan también la necesidad de que las clases informativas sobre los fundamentos de la actividad y el encuadre de la misma tengan lugar antes del comienzo de las rotaciones en terreno:

“Las clases informativas tienen mucho peso antes de iniciar el seguimiento.” – E4, GF2

En cuanto al tipo de información, valoran positivamente la presentación de herramientas prácticas (como instrumentos estandarizados, role play sobre entrevista familiar, utilización de ecomapas y genogramas, etc.) y reconocen la dificultad que tienen para integrar conocimiento proveniente de otras disciplinas como la antropología y la psicología:

“Tuvimos una actividad muy interesante que fue la de terapia familiar... entrevista familiar, que fue muy rica y todos se metieron en el rol.” – E4, GF1 (la metodología de dicha actividad fue el role play)

“Hubiese sido mucho más rico si fueran herramientas prácticas, algunas fueron demasiado sociológicas y antropológicas que están buenas pero no te dan mucha herramienta de aplicación.” – E7, GF3

“Estamos acostumbrados a otro tipo de conocimiento.” – E5, GF3 (en referencia a la apreciación de E7)

Refieren la necesidad de incluir seminarios específicos sobre cierre de SF, ya que en su experiencia les ha resultado instancias de suma complejidad y en muchos casos creen no haber realizado un cierre adecuado:

“Debería haber una clase específica de cierre de seguimiento, de objetivos, hasta donde llegar.” – E7, GF2

“Estuvo bueno porque era de a dos, por la comunicación no verbal. Ya al último nos mirábamos y sabíamos cómo cerrar, y eso no está escrito en ningún lado.” – E2, GF1

## CLÍNICA AMPLIADA

Finalmente, en relación a la categoría de la Clínica Ampliada, eje central en el diseño de la estrategia de SF, se observa que los estudiantes han podido enfocarse en la dimensión vincular y relacional para el trabajo, lo cual en un primer momento les produjo una sensación de “objetivo poco claro” o de no ser una intervención en salud:

“Cuando se planteó lo de lo vincular [como objetivo de trabajo] nos pareció muy poco... o nada.” – E2, GF1

“Nosotros actuamos más sobre lo vincular y familiar que fue el brazo fuerte que trabajamos [...] acá lo biológico es lo de menos, no estábamos preparados para eso [...] De lo patológico ni me acuerdo qué tenían, pero toda la historia familiar me la sé de arriba a abajo.” – E2, GF3

Sin embargo, a lo largo del seguimiento reconocen la importancia de este trabajo sobre todo en la negociación con el usuario y el fortalecimiento y acompañamiento de la familia que oficia de cuidadora, señalando este trabajo como fundamental en el abordaje de las enfermedades crónicas:

“Podimos enseñarle a la familia cómo cuidarlo a él, por más que él nunca haya aceptado su enfermedad, porque nos decía ‘si yo digo que tengo esta enfermedad me estoy apropiando de ella’ [...] Durante las entrevistas él siempre hacía énfasis en esas creencias tipo ‘si yo digo que soy diabético me estoy poniendo la diabetes encima...’ Está bueno conocer ese concepto del paciente porque uno no sabe cómo actuar.” – E3, GF3

“A nosotros también nos pasó que nuestro paciente tenía la presión por las nubes, la diabetes mal controlada, una osteomielitis que nunca se le curó, antecedentes de cánceres extraños... y el problema para el paciente era que no veía.” – E1, GF2

“No sólo por visitar la casa por ser la casa, sino que vos empezás a evaluar vínculos en vivo y en directo... Podés observar cómo ese grupo familiar se puede organizar para ayudar en esa patología en cuestión.” – E4, GF3 (en referencia a la visita

domiciliaria)

También destacan haber podido experimentar la importancia del trabajo en equipo y en red y las dificultades en la articulación con diferentes actores y efectores de salud, destacando la complejidad que existe en la comunicación entre los diferentes niveles del sistema:

“A mí me sirvió para ver cómo es la articulación del paciente con niveles más complejos... lo difícil que es... lo agotador que es cuando uno se hace cargo de todas las cosas. Yo tenía la idea de que me iba a sentar a tomar un mate con la familia y hacer el genograma... y tenés que perseguir al Trabajador Social para ver si le hizo el trámite, con un montón de cosas que está bueno vivirlo.” – E1, GF1

“Es fundamental la valoración del equipo de salud... lo importante de darse cuenta que somos una red.” – E2, GF1

En este sentido también se trabajó sobre las dificultades que implica para los estudiantes el manejo del vínculo con el usuario. A algunos casos por ejemplo les resultaba en un ejercicio “forzado” de la simpatía y la cordialidad no pudiendo por otra parte limitar la demanda de la familia o mantener una distancia operativa que les permita generar un vínculo manteniendo a su vez presentes los objetivos terapéuticos:

“Surge algo que es ético que va más allá de lo formativo.” – E4, GF2

“Los chicos fueron a un asado y yo les dije que no tenían que ir... el cierre del seguimiento [con la familia] debería ser súper importante.” – E7, GF1

Se destaca por último, la reflexión que realizan los estudiantes sobre el objetivo de la actividad y del trabajo en salud, entendiendo que esta herramienta es fundamental para el trabajo con situaciones complejas, atravesadas por variables que van mucho más allá de lo biológico y que en este campo la creatividad en el diseño de las intervenciones implica el desarrollo de un proyecto singular para cada persona:

“A medida que iban transcurriendo los encuentros, nos sentíamos más capacitadas y no sé de dónde íbamos sacando recursos para abordar las diferentes situaciones.” – E2, GF2

“A veces tenés que sacar el conejo de la galera.” – E3, GF3

“Es una herramienta súper válida... cuando tu objetivo no es curar a esa persona.” – E2, GF1

## DISCUSIÓN

La Medicina Familiar considera a la familia como unidad de cuidado, y pretende acompañar las modificaciones que la familia, como concepto, ha

experimentado. Pretende correrse de abordajes reduccionistas que interpretan a la familia sólo como soporte de asistencia al paciente. Entonces, el SF exige la adecuación e incorporación de conocimientos para el abordaje de diferentes situaciones vitales, la diversidad en las constituciones familiares y las distintas influencias culturales. Es en este último punto donde la bibliografía le resulta insuficiente a los estudiantes, pues en muchos casos son problemas de definición compleja, y probablemente el equipo docente piense en "soluciones" y no en la mejor manera de definir los problemas. Se deberían explorar dispositivos de aprendizaje al modo del Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas (ABRP), o las supervisiones clínicas psicoanalíticas como una manera de trabajar el caso por caso de manera colectiva en los seminarios, en lugar de situar clases estructuradas de manera tradicional donde se expongan sólo los contenidos teóricos (9-12).

Los estudiantes destacan el uso de tecnologías leves como el acogimiento, la producción de vínculo con el usuario y su familia, la capacidad de autonomía y gestión compartida con equipo de salud y usuarios (3,7,13-14). El SF permite entonces incorporar otros elementos de formación que permiten dotar de flexibilidad y adecuación el proceso de trabajo en salud. En un sentido general, podemos decir entonces que la estrategia de SF permite trabajar la Clínica Ampliada en la carrera de grado de Medicina (5-6).

Consideramos que SF permite, al menos de modo breve y para muchos estudiantes de modo inaugural, enfrentarse a las propias limitaciones, tanto personales como profesionales, que acontecen en la práctica cotidiana en salud. Esto último identificado por expresiones de los estudiantes orientados como preocupación o frustración al momento de evaluar los resultados de sus intervenciones, o al referirse a las dificultades que experimentan al gestionar recursos o articular con otras instituciones de salud (15).

## CONCLUSIÓN

Los estudiantes de sexto año de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur subrayan la experiencia de trabajo en terreno y la discusión con tutores y compañeros como la mejor estrategia de aprendizaje, en comparación con las actividades donde prevalece lo teórico. Asimismo, remarcan al SF como escenario privilegiado para el reconocimiento de la complejidad que existe en la comunicación entre los diferentes niveles del sistema, y para el entrenamiento en la técnica de visita y entrevista domiciliaria. Se reconoce a la Clínica Ampliada como herramienta esencial en el abordaje de situaciones complejas, y valoran el conocimiento de herramientas prácticas. Sin embargo, prevalecen dificultades al momento de definir los objetivos de intervención y la incorporación de conocimientos provenientes de otras disciplinas.

## REFERENCIAS

1. Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009 Colección Salud Colectiva.
2. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*. 2010;6(3):275-293.
3. Campos GWS. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada [Internet] 1997 [citado 30 marzo 2016] Disponible en: <http://documents.mx/documents/clinica-ampliada-gaston-souza-campos.html>.
4. Basaglia F. A Instituição negada. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
5. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2a ed. Brasília: Ministerio da Saúde, 2007.
6. Campos GWS. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. En: Campos GWS. Gestión en Salud: En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
7. Campos, GWS. Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.
8. Guarechi P, Gonçalves Boecke M, Bones Rocha K, Calesso Moreira M. Grupos focales en Psicología Comunitaria. En: Saforcada E, Castellá Sarriera J (comps.). Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós; 2008.
9. Fornell JM, Julia X, Arnau J, Martínez-Carretero JM. Feedback en educación médica. *Educación Médica*. 2008;11(1):7-12.
10. Moraes Horta AL, Zagallo Camargo M, da Silva CruzMG, DaspettC. Contando histórias familiares: estratégias de aprendizagem no cuidado com família. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25(2):128-133. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026829015>.
11. Roselli N. Teoría del aprendizaje colaborativo y teoría de la representación social: convergencias y posibles articulaciones. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 2011;2(2):173-191. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/238>.
12. Vasconcelos Pessanha R, Cunha Scarparo FT. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto - enferm*. 2009;18(2):233-240. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200005>.
13. Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la

- producción subjetiva del cuidado. Salud colectiva. 2011;7(1):9-20. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652011000100002&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100002&lng=es).
14. Merhy E. Salud: Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
15. Onocko R. Humano, demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. En: Spinelli H (comp.). Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial. pp.103-120.
- 

## **Anexo 1 – Estructura de desarrollo del Seguimiento Familiar (SF)**

1. Duración 8 semanas (mínimo 8 encuentros entre usuario-grupo familiar y estudiantes)
2. Definición de usuario-grupo familiar: equipo de centro de salud, tutor, estudiante y usuario (preferentemente alguien que haya sido dado de alta por patología crónica)
3. Metodología de registro: Cuaderno de campo donde se presente consentimiento informado de usuario.
4. Etapas en la práctica:
5. Descripción de la persona/familia, su ámbito y su situación.
6. Desarrollo de un Proyecto Terapéutico Singular<sup>a</sup>,
7. Cierre de acompañamiento y vinculación con equipo de salud para continuar seguimiento.
8. Contenido de los Seminarios:
  - Fundamentos teóricos metodológicos de la actividad
  - Modelo médico y sus implicancias
  - Lógica del cuidado
  - Clínica ampliada
  - Micro-política del trabajo vivo
  - Tecnologías vinculares
  - Proyecto terapéutico singular

Evaluación presentación de registro escrito de SF y evaluación según grilla de cotejo (Anexo 2) y desempeño observado por tutor.

---

<sup>a</sup>. El Proyecto Terapéutico Singular (PTS) es el diseño, negociado entre el usuario y el equipo de salud, de una estrategia de intervención adecuada al problema de salud, la motivación de la persona para resolver el mismo y los recursos disponibles. En el PTS se acuerdan objetivos a corto, mediano y largo plazo que funcionan como eje estructurante de la intervención.

**Anexo 2 – Ejemplo Grilla de Cotejo para evaluación.**

Estudiantes		
Categoría	Definición	Nota (del 1 al 10)
Contenido	Evaluación de la actividad de intervención realizada durante el proceso, incluye, la cantidad de visitas, la estrategia implementada, las resoluciones de los conflictos, el cumplimiento de los objetivos y la devolución de las familias/personas. Cumplimiento de los tres componentes (cuaderno de campo, evolución).	10
Reflexión sobre la práctica	Presenta evidencia de reflexión sobre las problemáticas que surgieron. Describe las instancias de encuentro con tutores y docentes para avanzar sobre las dificultades.	10
Síntesis Teórico Prácticas	Adecuada utilización de la bibliografía, las clases teóricas, de consulta, sobre los problemas planteados. Reflexiona e interviene en base a ellas, las justifica y las cita en las actividades.	10
Presentación	Ordenada, completa (cuaderno, evolución), creativa (utiliza diferentes recursos para presentar los resultados de la actividad)	10
Nota final		10