

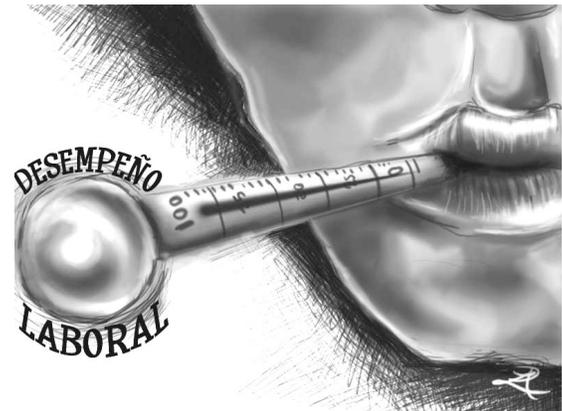
EXPECTATIVAS DE LOS INSTRUCTORES CLÍNICOS EN TERAPIA FÍSICA CON RELACIÓN A LA EJECUCIÓN CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES

EXPECTATIONS OF CLINICAL INSTRUCTORS ON PHYSICAL THERAPY IN RELATION TO THE CLINICAL EXECUTION OF STUDENTS

EXPECTATIVAS DOS INSTRUTORES CLÍNICOS EM TERAPIA FÍSICA EM RELAÇÃO À EXECUÇÃO CLÍNICA DOS ESTUDANTES

LOURDES REUS VELÁZQUEZ*
lourdesreus@cprs.rcm.upr.edu
CYNTHIA CRUZ GÓMEZ**
cynthiacruz@cprs.rcm.upr.edu
Universidad de Puerto Rico.
Puerto Rico

Fecha de recepción: 17 de noviembre de 2008
Fecha de aceptación: 18 de febrero de 2009



Resumen

PROPÓSITO: El propósito de esta investigación fue describir las expectativas de 19 instructores clínicos en terapia física acerca de la ejecución clínica de estudiantes de nivel de entrada de maestría en cuatro áreas de servicio a saber: ortopedia, cuidado agudo, rehabilitación y especialidad. **MÉTODO:** El estudio con diseño cualitativo con grupo focal, desde su conceptualización hasta su concreción, estuvo orientado por los enunciados teóricos relativos al método de grupo focal planteados por Morgan y Krueger. Conllevó un enfoque sistemático que incluyó: 1) categorizar la evidencia; 2) identificar temas relevantes; 3) parear el material transcrito con anotaciones del co-investigador; y 4) compartir los resultados con los participantes y el co-investigador para constatar los constructos emergentes. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Los aspectos contextuales emergieron como fundamentales en la exploración de las expectativas de la ejecución clínica de los estudiantes, toda vez, que aportaron elementos particulares con implicaciones en el desarrollo de competencias profesionales de los dominios de aprendizaje afectivo y cognitivo.

PALABRAS CLAVES: terapia física; expectativas; ejecución clínica; instructor clínico

Abstract

Aim: the aim of this research was to describe the expectations of 19 clinical instructors of physical therapy on the clinical execution of students entering the Magister program in four service areas to know: orthopedics, severe treatment, rehabilitation, and specialty. Methodology: the study with qualitative design with a focus group, from its conceptualization to its creation, was oriented by the theoretical wording related to the focus group method stated by Morgan and Krueger. It entailed a systematic approach that included: 1) categorizing the evidence; 2) identifying relevant topics; 3) pairing the transcribed material with the notes from the co-researcher; and 4) sharing the results with the participants and the co-researcher to ascertain the emerging constructs. RESULTS AND CONCLUSION: the contextual aspects emerged as fundamental when exploring the expectations of the clinical execution of students, as well as providing particular elements with implications on the development of professional competences of affective and cognitive learning domain.

Key words: physical therapy, expectations, clinical execution, clinical instructor

Resumo

PROPÓSITO: O propósito dessa pesquisa foi descrever as expectativas de 19 instrutores clínicos em terapia física acerca da execução clínica de estudantes de nível de entrada de mestría em quatro áreas de serviço: ortopedia, cuidado agudo, reabilitação e especialidade. **MÉTODO:** O estudo com desenho qualitativo com grupo focal, desde sua conceitualização até sua concreção, esteve orientado pelos enunciados teóricos relativos ao método de grupo focal colocados por Morgan e Krueger. Implicou um enfoque sistemático que incluiu: 1) categorizar a evidência; 2) identificar temas relevantes; 3) parear o material transcrito com anotações do co-pesquisador; e 4) compartilhar os resultados com os participantes e com o co-pesquisador para constatar os constructos emergentes. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Os aspectos contextuais emergiram como fundamentais na exploração das expectativas da execução clínica dos estudantes, considerando que eles contribuíram elementos particulares com implicações no desenvolvimento de competências profissionais dos domínios de aprendizagem afetivo e cognitivo.

PALAVRAS CHAVE: terapia física; expectativas; execução clínica; instrutor clínico



Introducción



El Programa de Terapia Física de la Escuela de Profesiones de la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto

Rico, comenzó a ofrecer un currículo de nivel de entrada de maestría a partir de noviembre de 2002. Como parte de los cambios curriculares efectuados, el Programa adoptó un instrumento de evaluación de ejecución clínica del estudiante titulado Clinical Performance Instrument o CPI (1). El instrumento, originado por la American Physical Therapy Association (APTA) en 1997, fue sometido a un estudio piloto y a estudios de campo y fue adoptado ese año por los programas académicos a nivel nacional (2). El CPI consta de 24 criterios de ejecución y fue diseñado para la evaluación de la ejecución clínica del estudiante con relación a competencias de nivel de entrada a la profesión (1) (2). La mayoría de los criterios son observables en cada experiencia clínica. Los criterios de ejecución cuentan con una escala visual análoga utilizada para evaluar cada competencia individualmente. La escala consta de una línea horizontal que mide 100 milímetros y representa el continuo de puntos entre el nivel más inferior y el nivel más superior de ejecución clínica de un estudiante con relación a criterios de ejecución observables. Se espera que el evaluador coloque una marca vertical en la escala provista, lo que indica el nivel de ejecución del estudiante, uno cuyo alcance se extiende desde una ejecución clínica de novicio o “novice clinical performance” –con valor de 0– hasta una ejecución de nivel de entrada o “entry-level performance” –con valor máximo de 100ml– (1). El instrumento incluye ejemplos de

conductas, ubicada éstas en un cuadro sombreado debajo de la escala, a ser utilizadas para guiar la evaluación de la competencia del estudiante relativo al criterio de ejecución. Dadas las particularidades de las prácticas clínicas y la naturaleza compleja de las mismas, estas conductas no pretenden ser exhaustivas; existen conductas adicionales relevantes para un escenario en particular (1). La marca vertical requiere que el evaluador lleve a cabo su juicio profesional para determinar si la ejecución del estudiante es consistente con una práctica de nivel de entrada en su escenario particular. La anotación de la marca vertical implica que el evaluador tomará en cuenta cinco dimensiones a saber: calidad del cuidado, supervisión requerida, consistencia de la ejecución, complejidad de la tarea o ambiente y eficiencia de la ejecución (1).

La facultad del Programa de Terapia Física, cuando adoptó el CPI como instrumento para medir ejecución clínica de los estudiantes, estableció expectativas mínimas para la aprobación de cada curso de práctica clínica. Dichas expectativas están definidas en cada uno de los pronuntarios de los cursos de práctica clínica del currículo. Esto sirvió para uniformar el sistema de evaluación de ejecución clínica de los estudiantes. El CPI es aplicable a una amplia extensión de escenarios clínicos en terapia física y al continuo de experiencias de aprendizaje clínico (1). El mismo se encuentra en revisión por sus autores para atemperarlo a los cambios y tendencias de la profesión (3).

Los coordinadores y los administradores académicos, nos hemos dado a la tarea de revisar y re-conceptualizar los procesos académicos a partir de la evolución de los estándares de calidad de la agencia acreditadora hacia unos más rigurosos (4-7). Por otra parte, los procesos de toma de decisiones y de revisión de componentes curriculares han exigido participación activa de todos los componentes del Programa, entiéndase, la facultad clínica, la facultad académica y los estudiantes.

Dos elementos ligados al aspecto de adopción de un instrumento de evaluación de ejecución clínica del estudiante de nivel de entrada de maestría y que considero esencial en la reflexión en torno al contexto del componente de educación clínica, lo constituyen: las características de los entornos donde se llevan a cabo las diversas experiencias de educación clínicas del Programa y de sus respectivos componentes; y los diferentes niveles de práctica clínica, con expectativas concretas de acuerdo al nivel de práctica clínica, a partir de los cambios y tendencias de la profesión y de las particularidades de su entorno.

Los enunciados antes expuestos plantean determinados aspectos prioritarios para la educación clínica: la exploración en torno a las percepciones de los instructores clínicos con relación a las expectativas de ejecución clíni-

ca de los estudiantes en el contexto de su área de servicio; supone, tomar en cuenta los elementos constituyentes de la práctica clínica y los múltiples requerimientos del paciente o del ambiente (1) determinados éstos por políticas institucionales que incluyen las del Estado.

Como objetivo se estableció: describir las expectativas de los instructores clínicos que se desempeñan en las áreas de ortopedia, cuidado agudo, rehabilitación y especialidad (pediatría, geriatría, rehabilitación cardíaca) acerca de la ejecución clínica de los estudiantes.

Se anticipó, que a partir de la discusión en torno a las expectativas de los instructores clínicos sobre la ejecutoria clínica de estudiantes, podrían emerger patrones con respecto a las expectativas de conductas medulares que se espera desarrolle un fisioterapeuta de nivel de entrada a la profesión. Se antecedió además, el posible surgimiento de expectativas específicas matizadas por las condiciones y características de los contextos de rehabilitación antes descritos.

Método

Se utilizó un diseño cualitativo (8-11) donde el método de grupo focal propició el diálogo en torno a las expectativas de los instructores clínicos con relación a la ejecución clínica de los estudiantes y de las experiencias de educación clínica enmarcadas en diferentes contextos de fisioterapia a saber: ortopedia, cuidado agudo, rehabilitación y especialidad.

Se organizaron cuatro (4) grupos focales, constituidos por participantes de cada una de las mencionadas categorías de servicio de fisioterapia. Las áreas de servicio seleccionadas guardan congruencia con las áreas identificadas por la facultad del Programa de Terapia Física como esenciales para un continuo de educación clínica equilibrado dentro del marco del actual currículo de nivel de entrada (6,7). Un total de 19 educadores clínicos participaron en las entrevistas. Los grupos focales contaron con cinco participantes cada uno. Un grupo focal contó con cuatro participantes ya que una persona se excusó sin oportunidad de ser substituida.

El grupo focal requirió una planificación cuidadosa (10-17) que incluyó: la selección de participantes cualificados a base de criterios de elegibilidad; la construcción de preguntas guías que respondieron a los objetivos de la investigación; y la participación de un moderador con experiencia en entrevistas focales. Los criterios de elegibilidad de los participantes fueron ser instructor clínico activo del Programa de Terapia Física y tener conocimiento del instrumento CPI. Cada parti-

cipante seleccionado fue notificado por vía telefónica y por escrito con suficiente tiempo, lo que le permitió llevar a cabo los arreglos correspondientes en sus centros de práctica. Cada uno cumplimentó una hoja de consentimiento la cual incluyó las condiciones específicas de la investigación. Se veló en todo momento por la confidencialidad de la información y por el anonimato de los participantes.

En cada sesión de grupo focal la moderadora fue responsable de explicar el propósito de la discusión, formular las preguntas, facilitar la intervención de todos los participantes y llevar control del uso del tiempo. Un par, miembro de la facultad académica, asumió el rol de observador y anotador. Fue responsable además, de manejar el equipo de grabación, tomar notas de la discusión generada y compartir con la moderadora los puntos más sobresalientes de la discusión inmediatamente después de cada sesión de entrevista. Se utilizó un formato sencillo con el propósito de registrar las transcripciones y hacer acopio de los puntos sobresalientes o temas.

Durante las sesiones de grupos focales se utilizó el método propuesto por Morgan y Krueger (11, 12, 14,15). El enfoque implicó la siguiente secuencia: presentación de una visión amplia del tópico focal y la intención del estudio; monitoreo de la consistencia de las preguntas guías y los aspectos bajo discusión; transcripción del material grabado; recapitulación con los participantes al final de cada sesión de entrevista; intercambio del investigador principal con el co-investigador –quien fungió como observador-anotador– inmediatamente después de cada sesión; intercambio por escrito de los resultados preliminares del estudio con los participantes. Este intercambio proveyó confirmación en torno a la veracidad de las interpretaciones hechas por los analistas. Cada participante completó un perfil sociodemográfico diseñado por la investigadora con formato de cuestionario el cual fue administrado durante los primeros cinco minutos de cada sesión.

Para guiar la discusión la investigadora utilizó preguntas abiertas en torno al tema focal del estudio. Cada sesión de entrevista de grupo focal duró aproximadamente 90 minutos, lo que resultó en un abundante acopio de información en torno a experiencias de educación clínica.

El análisis de los datos que se detalla a continuación estuvo basado en el descrito por Morgan y Krueger (9). El mismo conllevó un enfoque sistemático, lo que aportó a la autenticidad de los resultados. El análisis a partir de las transcripciones (9,10) consistió en: 1) examinar y categorizar la evidencia; 2) identificar temas relevantes expresados por los participantes; 3) parear el material transcrito con anotaciones del observador-anotador. El proceso resultó en descripciones de los constructos emergentes, verificados éstos, por los participantes y el observador.



Resultados y discusión

La información demográfica del total de los participantes refleja un promedio de edad de los participantes de 36,4 años, dos participantes hombres y 17 mujeres, un promedio de 13,0 años de práctica clínica en fisioterapia y un promedio de 8,5 años de experiencia como instructor clínico.

Emergieron temas de gran relevancia, entre los cuales se destacan: 1) los fundamentos teóricos de la profesión; 2) las habilidades genéricas y su relevancia para el desarrollo de las destrezas clínicas propias de la profesión; 3) el proceso de instrucción clínica a partir de las necesidades de los estudiantes y de los elementos del contexto; 4) el establecimiento de las metas del cuidado como un área crítica en todos los contextos; 5) la dimensión de supervisión del estudiante practicante descrita en función de la dimensión de la calidad de la ejecución y de los estándares institucionales.

La construcción de las siguientes categorías permitió la organización y síntesis de los resultados del estudio y la correspondiente discusión alrededor de los aspectos sobresalientes.

Las expectativas y los contextos

Las resultantes descripciones de las expectativas de ejecución clínica develaron el alcance de la significación de las conductas y competencias profesionales en determinados contextos. Congruente con el estudio de Jette, Bertoni, Coats, Johnson et ál. (18), los atributos de conocimiento, destrezas clínicas, manejo del tiempo, seguridad, toma de decisiones clínicas, comunicación interpersonal y conducta profesional fueron percibidos por los instructores clínicos como conductas que ilustran la capacidad de los estudiantes de practicar a nivel de entrada a la profesión.

Los participantes de las áreas de especialidad de pediatría, ortopedia, rehabilitación cardíaca y geriatría focalizaron en aspectos tales como: la importancia del cuidado integral del paciente/cliente; el enfoque funcional en el establecimiento de metas de cuidado; la expectativa de una comunicación efectiva que responda a las situaciones

y necesidades emergentes; la

educación como herramienta

terapéutica con el paciente, familia y cuidadores; la importancia

de los fundamentos teóricos propios del área para la práctica clínica especiali-

zada; la relevancia de los elementos y conductas afectivas con expectativas definidas como esenciales en las áreas de destrezas interpersonales y de comunicación; competencias éstas que reflejaron comunalidades en los grupos focales, y que han sido citadas consistentemente en la literatura como competencias y características esperadas de un fisioterapeuta de nivel de entrada a la profesión (18-26). Estos son considerados esenciales en el instrumento CPI.

Con relación al grupo focal del área de ortopedia, las descripciones reflejaron prominencia en aspectos tales como: la identificación del conocimiento teórico como relevante y fundamental para el posterior desarrollo de destrezas de tipo psicomotor disponibles en la práctica clínica; la diferencia entre metas cuantificables y metas funcionales en fisioterapia; la creciente tendencia hacia la especialización y la aplicación de técnicas innovadoras; la importancia del modelo de toma de decisiones clínicas y el rol del instructor clínico y el logro de competencia asociadas al sistema musculoesquelético; la relevancia del componente de educación como herramienta terapéutica; la pertinencia del uso del personal de apoyo y la delegación de tareas en la provisión de un cuidado efectivo y eficiente.

Los participantes del área de cuidado agudo focalizaron en los siguientes aspectos: la seguridad del paciente como elemento crítico; la dimensión de la complejidad del ambiente y sus retos y la relación de ésta con los grados de supervisión y guía; la prevención como elemento esencial en la intervención; la adaptación del estudiante a nuevos entornos de práctica y sus requerimientos; y la educación para la optimización de las intervenciones en el contexto de una corta estadía del paciente y de las restricciones que imponen las aseguradoras de servicios de salud. En el grupo focal del área de cuidado agudo los participantes comentaron sobre la importancia del apoyo de personal del equipo interdisciplinario para un cuidado que preserve la seguridad del cliente y mantenga la calidad del servicio.

Los aspectos prominentes relativos al contexto de los servicios de rehabilitación se resumen como sigue: los elementos afectivos relacionados al proceso de adaptación del estudiante al ambiente y las exigencias que lo caracterizan; el trabajo en equipo y las implicaciones en torno al manejo del tiempo, la comunicación, la documentación, sistemas de referido y la dimensión de eficiencia.

La conclusión del estudio de Jette et ál. (18), establece que los estudiantes de nivel de entrada no tienen que ser independientes en todas las situaciones clínicas y coincide con las expectativas descritas por tres participantes de los grupos focales de especialidad y ortopedia.



El reconocimiento de las habilidades genéricas; sus implicaciones en la ejecutoria profesional

Un instructor clínico del área de pediatría aludió enfáticamente en las habilidades genéricas, discutidas por May, Morgan, Lemke, Karst y Stone (1995) y Masin (2000) en la literatura (19, 20), e implicó la relevancia de estas conductas para el éxito en la práctica profesional. A pesar de que el término habilidades genéricas, según como fue definido por los mencionados autores fue utilizado por un solo participante del grupo focal de especialidad, emergieron comentarios de participantes de otros grupos sobre conductas profesionales identificadas en el instrumento CPI como criterios de ejecución que son congruentes con las habilidades genéricas a saber: destrezas interpersonales y de comunicación, uso efectivo del tiempo, uso de la retroalimentación constructiva, profesionalismo y destrezas de solución de problemas (1;18-21). Emergieron además, comentarios de los participantes en torno a las habilidades genéricas discutidas consistentemente en la literatura (18-20, 22, 23): compromiso con el aprendizaje, manejo del stress, responsabilidad y pensamiento crítico. Cónsono con el estudio de Hayes, Huber, Rogers y Sanders (24), los instructores clínicos entrevistados focalizaron en las conductas de profesionalismo y comunicación catalogadas “no-cognitivas” por los mencionados autores. Entre las conductas tipo “no cognitivas” incluyen: demostrar empatía con el paciente; incluir al paciente en el diseño de metas de intervención, demostrar manejo eficiente del tiempo; delegar apropiadamente; y demostrar un acercamiento integral del paciente. El estudio de Hayes et al (24) concluyó, que los instructores clínicos necesitan identificar a tiempo aquellas conductas inaceptables de tipo cognitiva y no-cognitiva; éstos afirmaron, que se espera que los estudiantes cambien sus conductas a partir de la retroalimentación en torno a las áreas problemáticas.

Según Masin (20), las habilidades genéricas están muy ligadas a las conductas identificadas en el CPI (1, 19, 20). Por ejemplo, las habilidades de comunicación y relaciones interpersonales corresponden al criterio o ítem número 6 del instrumento (1). La habilidad genérica denominada profesionalismo corresponde al ítem número tres del CPI, el cual establece, que el estudiante demuestra conducta profesional durante las interacciones con otras personas (1).

Con respecto a las áreas profesionales de comunicación interpersonal y conducta profesional, el modelo desarrollado por Jette et al (18) establece las mencionadas áreas profesionales como las esperadas de una ejecución de nivel de entrada; apuntan además, la prominencia que tienen estas áreas sobre los aspectos de conocimiento, las destrezas clínicas y la toma de decisiones clínica. Los

instructores clínicos participantes resaltaron los atributos de cortesía, confianza en sí mismo, respeto y habilidad para interactuar con las personas del entorno clínico y para demostrar efectivamente sus conocimientos y destrezas a pacientes y familias de éstos, instructores clínicos y miembros del equipo de salud. Los resultados reflejan consistencia en cuanto al énfasis de los participantes de los cuatro grupos focales en torno a expectativas de ejecución clínica relacionadas con destrezas de comunicación interpersonal y conducta profesional.

El documento Normative Model of Physical Therapist Education (7) publicado por la APTA, propone que el nuevo graduado podrá involucrarse en conductas específicas y complejas pertinentes a los niveles cognoscitivo, psicomotor y afectivo durante la provisión de servicios de terapia física. Zettergren y Beckett (27) plantean, que algunos estudiosos sugieren que la educación tradicional del fisioterapeuta enfatiza las destrezas técnicas, tales como examen e intervención y no enfatiza en las conductas cognitivas, psicomotoras y afectivas complejas necesarias para la evaluación del paciente/cliente, para el establecimiento de la prognosis y el diagnóstico en terapia física y para la evaluación de los resultados de la intervención. Estas conductas incluyen: pensamiento crítico, aprendizaje a lo largo de la vida y reflexión (7). May et ál. identificaron conductas adicionales que incluyen: destrezas interpersonales, destrezas de comunicación, solución de problemas, uso efectivo del tiempo y recursos, uso de retroalimentación constructiva, profesionalismo, responsabilidad y manejo de estrés (19).

Valores medulares o Core Values de la profesión

Los participantes describieron algunos componentes medulares denominados core values por la APTA (23). Comentaron, que los estudiantes deben rendir cuentas por sus acciones y buscar o solicitar ayuda del instructor clínico y del personal de apoyo para garantizar un cuidado seguro y de calidad. Implicaron además, excelencia y profesionalismo cuando aludieron a la forma en que se mantienen actualizados y asumen responsabilidad por el aprendizaje. Emergieron ejemplos de conductas consideradas críticas o esenciales en el CPI, de las que se espera que el estudiante logre un nivel de entrada, a saber: comunicación efectiva con otros, adhesión a las políticas institucionales, respeto y profesionalismo (1). Durante las entrevistas, los participantes focalizaron en áreas del dominio afectivo, lo que implicó un sistema de valores y expectativas de los clínicos alrededor de las competencias de carácter afectivo, sin que resultara esto en subestimación de las competencias de dominio cognitivo y psicomotor.



Expectativas críticas o esenciales

Al igual que el estudio de Sliwinski, Schultze, Hansen, Malta y Babyar (26), los participantes de todos los grupos focales describieron expectativas altas (puntuajes sobre 80 milímetros en la línea visual análoga) para las primeras cinco áreas de ejecución consideradas críticas o esenciales en las primeras tres semanas de la práctica. Wetherbee y Giles (28) concluyeron que la mayoría de los programas encuestados en su estudio no requieren que el estudiante demuestre ejecución de nivel de entrada en todos los criterios de ejecución del CPI. Su estudio arrojó que no hay diferencias significativas cuando se comparan las expectativas de ejecución clínica establecidas por la facultad de programas de nivel de entrada de maestría con las establecidas por programas de nivel de entrada doctoral.

La supervisión como elemento fundamental

La dimensión de supervisión emergió como un elemento fundamental en todas las áreas de cuidado, niveles de práctica clínica y contextos. Independientemente del nivel en que se encuentra el estudiante, sea éste un nivel de novicio o un nivel avanzado, los comentarios y experiencias descritas por los participantes reflejan la dimensión de supervisión y guía al estudiante. Dicha dimensión está definida en el instrumento de evaluación de ejecución clínica o CPI como el nivel y extensión de asistencia requerida por el estudiante para lograr una ejecución de nivel de entrada a la profesión (1).

De igual forma, las verbalizaciones de los participantes son consistentes con respecto a lo que establece el instrumento como progresión a lo largo de las experiencias, donde el grado de monitoreo requerido se espera progrese de uno a tiempo completo, hacia uno que es mínimo. Este último, es característico de una ejecución independiente con consultoría al instructor clínico (1). El modelo de supervisión dinámica propuesto por Anderson, descrito éste por Strochschein, Hagler & May (5), implica cambios en los roles asumidos por los estudiantes y los clínicos. Este modelo sugiere, que idealmente, el elemento de la supervisión debe progresar por tres fases: se mueve de la fase de evaluación y retroalimentación a la fase de transición y, finalmente, a la de auto-supervisión. La primera fase se asocia al estudiante que tiene poca competencia en un área en particular y el instructor clínico asume un rol activo como guía y modelo; la fase de transición implica una toma de decisiones compartida entre el estudiante y el instructor clínico; en la fase de auto-supervisión el estudiante es suficientemente independiente y descansa en el educador clínico, principalmente para consultoría. Ésta le permite la reafirmación de su juicio clínico.

Cónsono con las definiciones de supervisión y complejidad de tarea establecidas en el instrumento CPI (1) y con las descritas en el modelo de Anderson en Strochschein, Hagler & May (5), los comentarios de los participantes reflejaron que el grado de supervisión o guía varía con la complejidad del paciente o del ambiente y con el nivel de experiencias de educación clínica y destrezas de los estudiantes. Esta diferenciación en términos de gradaciones en niveles de supervisión según los contextos ha sido documentada en el estudio de Jette et ál. (18). Los hallazgos sugieren, que se requiere mayor nivel de supervisión con el fisioterapeuta de nivel de entrada en un escenario de cuidado agudo al compararlo con el fisioterapeuta que desempeña en el escenario de cuidado ambulatorio. Las descripciones en torno al elemento de supervisión del estudiante convergieron con más frecuencia en los grupos focales de cuidado agudo, rehabilitación y ortopedia. Además, se apreció una discusión a profundidad en torno al elemento de supervisión del estudiante.

Otros roles del fisioterapeuta y la variedad de contextos

Los participantes comentaron sobre la importancia de la educación, de la prevención y de los servicios con alcance comunitario, lo que es consistente con el énfasis en la prevención de la enfermedad y discapacidad y la promoción de salud, bienestar y aptitud física establecido en los documentos Guía de Práctica del Terapeuta Físico (APTA Guide to Physical Therapist Practice) (4) y A Normative Model for Physical Therapist Professional Education (7).

Las experiencias descritas por los participantes del área de especialidad, particularmente los del contexto de pediatría, reflejan una combinación de contextos de provisión de servicios y los elementos adscritos a éstos. Describieron dos tipos de servicios donde se involucran los estudiantes: servicios que combinan los escenarios de ambiente natural y los escenarios de terapia física tradicionales. Los escenarios de ambiente natural incluyen actividades y ambientes asociados a un día típico escolar del niño; incluye la escuela, el hogar, y actividades con pares y personal escolar (21, 29). Este tipo de experiencia introduce elementos del cuidado de terapia física que son innovadores, lo que podría representar retos para el estudiante, toda vez que se desvía de los conceptos y definiciones tradicionales de servicio directo a pacientes. Se espera un acercamiento integral donde todos los miembros de la familia del paciente/cliente y los maestros desempeñan un rol relevante.

Los comentarios de los participantes de los cuatro grupos focales reflejan la prominencia del aspecto de tra-

bajo multidisciplinario e interdisciplinario y la importancia de la participación activa del estudiante y del impacto que ésta tiene en la provisión de servicios de terapia física. El área de ejecución de comunicación, definida ésta en el ítem número 6 del CPI (1), estuvo muy ligada al aspecto de los roles y contribuciones de todos los participantes del cuidado de terapia física con enfoque multidisciplinario.

Conclusiones e implicaciones curriculares

Los aspectos contextuales emergieron como fundamentales en la exploración de las expectativas de la ejecución clínica de los estudiantes, toda vez, que añaden elementos particulares con implicaciones en el desarrollo de competencias profesionales del dominio afectivo y cognitivo. Los temas emergentes, tanto generales como específicos, implican que la provisión de servicios de terapia física a poblaciones y contextos particulares, así como el alcance de dichos servicios, justifican exploración a profundidad en torno a áreas específicas inherentes a la evaluación de la ejecución clínica de estudiantes. Entre éstas figuran: la autosuficiencia del estudiante; las implicaciones para un servicio eficiente y costo-efectivo; las habilidades genéricas (19) como determinantes de la ejecución clínica; las habilidades de adaptación a cambios emergentes relacionados con la tendencia de prestación de servicios de salud.

La dimensión afectiva conjugó elementos definidos en la literatura profesional de fisioterapia (1, 7, 19, 27) y permeó las expectativas de todos los componentes involucrados en las experiencias de educación clínica. Esta dimensión fue un punto focal en el grupo de rehabilitación.

Las descripciones producto de las entrevistas focales reflejaron, que los estudiantes cuentan con una base de conocimiento para la toma de decisiones clínicas propias de un terapeuta físico de nivel de entrada a la profesión. El estudio ilustró el rol fundamental de la instrucción clínica para el logro de los objetivos académicos, clínicos y propios del estudiante.

Las implicaciones para el currículo de terapia física giran en torno a los siguientes aspectos:

El programa académico podrá retomar el tema de las habilidades genéricas identificadas por May et ál. (19) con miras a:

1. Reflexionar en torno al grado de énfasis en la inclusión en el currículo de las conductas profesionales esenciales para el éxito en la profesión a diferencia de aquellas dirigidas a destrezas técnicas.
2. Reflexionar en torno al orden que ocupará el énfasis de la evaluación de conductas profesiona-

les asociadas al dominio afectivo; si deberá ocurrir previo a las experiencias de educación clínica, si se visualiza mayor ocurrencia durante las experiencias o si esperaría un balance con respecto a contenidos teóricos y experiencias prácticas.

3. Examinar las expectativas relativas a las áreas de comunicación interpersonal y conductas asociadas a ésta, por resultar un área de comunalidad durante la exploración; el examen deberá tomar en cuenta el alcance que tienen dichas áreas en el currículo y en la práctica clínica.

4. Explorar en torno a otros elementos relevantes al área de educación clínica tales como: aspectos contextuales y cómo inciden las particularidades y complejidades del ambiente y de los escenarios de fisioterapia en la ejecución clínica de los estudiantes.

Agradecimientos

Agradecemos el auspicio de la Escuela de Profesiones de la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Agradecemos a la Dra. Carmen L. Colón Santaella, Catedrática adscrita al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, por su continua colaboración durante el proceso de la investigación.

Nuestro agradecimiento a los participantes del estudio por sus valiosas aportaciones y disponibilidad. ©

* Lourdes Reus Velázquez

Doctor en Educación. Maestría en Salud Pública con concentración en Administración. Catedrática y Coordinadora Académica de Educación Clínica, Programa de Terapia Física, Escuela de Profesiones de la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

** Cynthia Cruz Gómez

Maestría en Salud Pública con concentración en Salud Materno Infantil. Catedrática Asociada y Directora Asociada, Programa de Terapia Física, Escuela de Profesiones de la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.



Bibliografía

- American Physical Therapy Association (1997). *Clinical performance instrument* (1ª Ed.). Alexandria, Virginia: APTA.
- American Physical Therapy Association (2002). The development and testing of APTA clinical performance instruments. *Physical Therapy*, Alexandria, Virginia, 82, 329-353.
- American Physical Therapy Association (2005). *Physical therapist clinical performance instrument- revisions and current status*. Manuscrito presentado en reunión nacional grupo de interés de administradores académicos y educadores clínicos. Pasadena, California, 1º octubre, 2005.
- American Physical Therapy Association (2003). *Guide to physical therapist practice*. (2a ed.). Alexandria, Virginia.
- Strohschein Jennifer, Hagler Paul y May Laura (2002). Assessing the need for change in clinical education practices. *Physical Therapy*, Alexandria, Virginia, 82, 160-172.
- Commission on Accreditation for Physical Therapy Education (2006). *Evaluative criteria for accreditation of education programs for the preparation of physical therapists*. Alexandria, Virginia: American Physical Therapy Association.
- American Physical Therapy Association (2003). *A normative model for physical therapist professional education: Version 2003*. Alexandria, Virginia: American Physical Therapy Association.
- Patton Michael Quinn (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2ª ed.) Newbury Park, California: Sage.
- Cresswell John William (1994). *Research design: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Marshall Catherine y Rossman Gretchen (1999). *Designing qualitative research*. (3a ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Morgan David (1988) *Focus groups as qualitative research*. vol16. Newbury Park, California: Sage University on Qualitative Research Methods.
- Morgan David. y Krueger Richard (1998). *The focus group kit*. London, United Kingdom: Sage Publications.
- Connaway Lynn Silipigni (1996). *Focus group interviews: A data collection methodology*. Library Administration & Management, 10, 231-39.
- Krueger Richard (1994). *Focus groups: a practical guide for applied research*. (2a ed.) Thousand Oaks, California: Sage.
- Krueger Richard (1993). Quality control in focus groups research. En Morgan David. (ed). *Successful focus groups: Advancing the state of the art*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Vaughn Sharon y Schumm Jean Shay (1996). *Focus group interviews in education and psychology*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Stewart David, Shamdasani Prem. y Rook Dennis (2007). *Focus groups: theory and practice*. (2ª ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Jette Dianne, Bertoni Alicia, Coots Renee, Johnson Heidi, et al. (2007). Clinical instructors' perceptions of behaviors that comprise entry-level clinical performance in physical therapist students: a qualitative study. *Physical Therapy*, Alexandria, Virginia, 87, 833-843.
- May Warren, Morgan Barbara, Lemke Janet, Karst Gregory y Stone Howard (1995). Model for ability based assessment in physical therapy education. *Journal of Physical Therapy Education*. Alexandria, Virginia, 9, 3-6.
- Masin Helen (2000). Integrating the use of the generic abilities, clinical performance instrument, and neurolinguistic psychology processes for clinical education intervention. *Physical Therapy Case Reports*. Wrentham, Massachusetts, 3, 258-266.
- Masin Helen (2002). Education in the affective domain: A method/model for teaching professional behaviors in the classroom and during advisory sessions. *Journal of Physical Therapy Education*. Alexandria, Virginia, 16, 39-45.
- Henkin Allan, Dee Jay y Beatus Joseph (2000). Social communication skills of physical therapist students: an initial characterization. *Journal of Physical Therapy Education*, Alexandria, Virginia, 14, 32-38.
- American Physical Therapy Association. (2002). *Professionalism in physical therapy: Core values*. Alexandria, Virginia: American Physical Therapy Association.
- Hayes Karen, Huber Gail, Rogers Jean y Sanders Babette (1999). Behaviors that cause clinical instructors to question the clinical competence of physical therapist students. *Physical Therapy*, Alexandria, Virginia, 79:653-667.
- Wolff-Burque Melissa (2005). Clinical instructor descriptions of physical therapist student professional behavior. *Journal of Physical Therapy Education*, Alexandria, Virginia, 19, 67-75.
- Sliwinski Martha Maclot, Schultze Kathleen, Hansen Ruth Lyons, Malta Shanna y Babyar Suzanne (2004). Clinical performance expectations: A preliminary study comparing physical therapist students, clinical instructors, and academic faculty. *Journal of Physical Therapy Education*. Alexandria, Virginia, 18, 50-57.
- Zettergren Katherine y Beckett Ronald (2004). Changes in critical thinking scores: An examination of one group of physical therapy students. *Journal of Physical Therapy Education*, Alexandria, Virginia, 18, 73-79.
- Wetherbee Ellen y Giles Scott (2007). Physical therapist education programs' performance expectations of students on clinical experiences. *Journal of Physical Therapy Education*, Alexandria, Virginia, 21, 48-55.
- Kaminker Marcia, Chiarello Lisa, O'Neil Margaret y Dichter Carol Gildenberg (2004). Decision making for physical therapy service delivery in schools: A nationwide survey for pediatric physical therapists. *Physical Therapy*. Alexandria, Virginia, 84, 919-931.