Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Maestría en Ciencias de la Salud, orientación en Educación

TESIS

Percepción de la Comunicación en la Relación Médico-Paciente por los médicos pasantes en Servicio Social de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en Ciencias de la salud, orientación en Educación

Presenta:
Patricia Mastache Villalobos.

Dirigido por:
Dr. en C. José Trinidad López Vázquez

SINODALES

Dr. José Trinidad López Vázquez
Presidente — Firma

Dra.Ma.Guadalupe del Rocío Guerrero Lara
Secretario — Firma

Dr.César Gutiérrez Samperio
Vocal — Firma

Dra Ma. Luisa Leal García
Suplente — Firma

Mtra.María Teresa Mendoza Guijosa
Suplente — Firma

Med. Esp. Enrique A. López Arvizu.
Director de la Facultad

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Agosto de 2011
México

RESUMEN

Introducción: La calidad de la atención médica tiene como tema central la comunicación humana. Si la comunicación en la relación médico-paciente es deficiente, la posibilidad de conflictos es elevada. Tena et al. (2003) aseveran que según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), casi la mitad de los asuntos atendidos en esta instancia, se debe a trato inadecuado y a información incompleta o ininteligible, es decir, a situaciones que pudieron prevenirse a través de una mejor comunicación. Un resultado de este fenómeno es la práctica de la medicina defensiva, situación que ha causado impacto en los médicos, afectando su percepción en relación a su profesión. El **objetivo** de este estudio es describir la percepción de los médicos pasantes en servicio social de la Universidad Autónoma de Querétaro, con respecto a la comunicación en la relación médico-paciente. **Metodología:** Utilizando entrevistas a profundidad, (individuales y en grupos focales), análisis de redes semánticas y triangulación --herramientas de la metodología cualitativa-- se obtuvo información sobre el tema. **Resultados:** El análisis de los datos muestra que los médicos pasantes han definido la comunicación en la relación médico-paciente, como información vertical y empática de su parte hacia el paciente. Desde esta percepción consideran comunicarse adecuadamente con ellos, a pesar de las condiciones que no favorecen la comunicación en las comunidades donde prestan su Servicio Social. También se observó que la mayoría de ellos no tiene una definición clara de lo que es el ejercicio de la medicina defensiva, a pesar de que la practican. **Conclusiones:** La percepción que los médicos pasantes han construido sobre la comunicación en la relación médico-paciente se ve influida desfavorablemente por diferentes factores: su constructo de los objetivos de su labor y de la relación médico-paciente, la presión institucional y comunitaria en pro del ejercicio de la medicina defensiva y la insuficiencia de conocimientos para el trabajo en comunidades rurales y urbanas de bajos recursos. Por otra parte, esos mismos factores obligan al médico pasante a resignificar su ejercicio profesional, resultando de esto una acotación a su conciencia social, causando perjuicio a la sociedad mexicana.

(**Palabras clave**: percepción, comunicación, relación médico-|paciente, medicina defensiva, servicio social, médico pasante).

SUMMARY

Introduction: The central theme of quality of medical care is human communication. If communication is lacking in the physician-patient relationship, the potential for conflict is high. Tena et al. (2003) assert that according to the Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), that almost half of the cases treated in that agency are due to inadequate treatment and incomplete or unintelligible information, that is, situations which could be prevented through better communication. A result of this phenomenon is the practice of defensive medicine, which has affected physicians, affecting adversely their perceptions regarding their profession. **The aim** of this study is to describe the perceptions of medical interns in social service from the Universidad Autónoma de Queretaro, as to communication in the physician-patient relationship. **Methodology:** Using depth interviews (individual and focus group), semantic network analysis and triangulation --tools of qualitative methodology-- information was obtained on the subject. **Results:** Analysis of the data shows that medical interns have defined communication in the physician-patient relationship to be vertical and empathetic information from them toward the patient. From this perception they believe they communicate with them adequately, despite conditions unfavorable to communication in the communities where they carry out their social service. It was also noted that most do not have a clear definition of what defensive medicine is, although they practice it. **Conclusions:** The perception that medical interns have built regarding communication in the physician-patient relationship is negatively influenced by several factors: their construct of the objectives of their work and of the physician-patient relationship, institutional and community pressure towards defensive medicine, and insufficient knowledge for working in rural and poor urban areas. Moreover, these same factors force the medical intern to alter the meaning of his practice, resulting in a lessening of social conscience, harming Mexican society.

(**Keywords:** perception, communication, physician-patient relationship, defensive medicine, social service, medical intern.)

DEDICATORIA

Con todo mi corazón a mi amante y paciente esposo, Mike Porter, porque sin su apoyo este sueño no sería posible.

A Rubén y Abraham, mis niños por siempre, por haberme regalado su tiempo, que por derecho propio merecían.

A Geoffrey, Badí (+) y Elisa por enseñarme a ser madre y nunca reclamar mis errores.

A mis maravillosos padres, Elisa y Victor (+), por luchar por mi vida y regalarme la experiencia de este mundo.

A mis hermanos, Alicia, Victor, Lulú y Pepe, y mis cuñadas Lupita y Marce, porque sé que no importan mis decisiones, siempre estarán ahí.

A mis compañeros, Alma, Claudia, Germán, Jéssica, Magaly y Nury, por dos años de maravillosa convivencia y aprendizaje, que como persona, me hicieron crecer más de lo que yo esperaba.

AGRADECIMIENTOS

El agradecimiento es imprescindible para cerrar un ciclo y continuar el camino. Cuando hice el recuento de las personas que, fuera de mi familia, estuvieron de una u otra forma apoyando mi formación, no resistí la tentación de categorizarlas en dos grupos - supongo que será ya un hábito después de hacer esta tesis.

Primero quiero dar las gracias a quienes no pertenecen al medio de la Universidad Autónoma de Querétaro. Los mencionaré en el orden cronológico en que empezamos a compartir la vida. A las familias: Freulón-Hernández (Marc, Lidu, Tris y Naye), Soto-Ramos (Jesús, Ale, Caro y Chuy) y Nuñez-Navarro (Jesús, Celia, Je, Emy y Santy), mi más profunda gratitud por las innumerables veces que mis hijos Rubén y Abraham estuvieron en su casa en lo que yo estaba en clases.

Mi total reconocimiento como guía fundamental de este trabajo se lo doy al Dr. Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson, porque sin el maravilloso libro de su autoría que me obsequió y sus inestimables consejos, nunca hubiera entendido cabalmente la Metodología Cualitativa.

La otra categoría de personas que participaron durante la elaboración de esta tesis, las ubico dentro de la Universidad Autónoma de Querétaro, donde no sólo hubo profesores y profesoras, sino también gente en las oficinas administrativas y en el servicio de vigilancia, que me mostraron el camino a seguir. Entre los primeros, también mencionados en orden cronológico, mi más profundo agradecimiento al Dr. Adrián Hernández Lomelí y al Dr. José Trinidad López Vázquez por autorizar y apoyar que en la Facultad de Medicina se comenzara a realizar tesis con metodología cualitativa, la mía incluida.

Entre los profesores de la Facultad de Medicina que, sin saberlo, me convencieron que el tema de mi investigación merecía estudiarse y a los cuales agradezco su entrega, puedo mencionar a la Dra. Minerva Escartín, por ayudarme a dar los primeros pasos en la comprensión de lo que es la investigación

científica, de hecho fue mi primera directora de tesis, hasta que decidí cambiar de metodología hacia la cualitativa; decisión que tomé gracias a lo aprendido en los seminarios de la Dra. Anita Rodríguez y del Dr. Carlos Barraza.

Entre los profesores que trascendieron su labor de enseñanza dejándome agradables recuerdos, quiero mencionar a la Dra. Ma. Luisa Leal García que fue mi gran impulsora para que yo explorara mis capacidades en la investigación cualitativa; la Dra. Ma. Guadalupe Guerrero Lara como ejemplo de disciplina y compromiso; la Mtra. Teresa Mendoza Guijosa y el Mtro. Nicolás Camacho Calderón por su amable persistencia en preguntarme siempre que me veían ¿cuándo terminas la tesis? y al Dr. Enrique Villarreal que me enseñó a observar la estadística como una disciplina "muy cualitativa". A todos ellos ¡gracias por acompañarme en este esfuerzo!

Extiendo un especial y afectuoso agradecimiento, a dos personas que me abrieron las puertas de dos Facultades donde se imparte el conocimiento que yo necesitaba para la realización de este trabajo: a la Dra. Phyllis Ann McFarland Morris de la Facultad de Filosofía y al Mtro. Antonio Flores González, de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

También no puedo más que reconocer y agradecer el esfuerzo que me regalaron los profesores de dichas Facultades, pues sin tener obligación alguna, me acogieron en sus seminarios, leyeron y corrigieron mis trabajos escolares y me aconsejaron sobre mi tesis: de la Facultad de Filosofía a la Mtra. Gpe. Matha Otilia Olvera Estrada y la Dra. Phyllis Ann McFarland Morris, y de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, a la Dra. Martha Ramírez López, a la Mtra. Blanca Isela Gómez Jiménez y al Prof. Alfonso Antonio Jiménez Rami.

Confieso particular reconocimiento a mi director de Tesis el Dr. José Trinidad López Vázquez, por su honestidad en reconocer sus límites metodológicos e impulsarme a buscar el conocimiento en otros lugares.

Agradezco toda la ayuda recibida de Sandra Bear Hernández y de Marichuy Pegueros, ambas secretarias de Investigación y Posgrado, ya que sin su valiosa guía los trámites de titulación hubieran sido difíciles y lentos.

Reconozco que fue imposible recordar a todas las personas que me han ayudado en esta etapa de mi vida, es por esto que les pido disculpas, pues no ha sido mi intensión ofender a nadie por omitir su nombre.

I N D I C E

RESUMEN i

SUMMARY ii

DEDICATORIA iii

AGRADECIMIENTOS iv

I N D I C E vii

INDICE DE TABLAS x

INDICE DE FIGURAS xi

GLOSARIO xiii

I.- INTRODUCCION 1

II.- REVISIÓN DE LITERATURA. 3

II.1 La percepción. 4

II.2 La comunicación. 6

II.3 La comunicación humana. 9

II.4 La relación Médico-Paciente (RMP). 14

II.5 La comunicación Médico-Paciente desde la empatía. 16

II.6 La RMP desde la medicina defensiva. 18

II.7 Los médicos pasantes y el servicio social. 24

II.8 Metodología Cualitativa. 29

II.9 Métodos de la investigación cualitativa. 37

El análisis del discurso. 37

Las Redes Semánticas. 39

La triangulación. 40

III.- Metodología. 47

III.1 Etapa Preparatoria. 48
Primera entrevista. 51
Segunda, tercera y cuarta entrevista. 53
Cuarta entrevista (particularidades). 54
III.2 Etapa de trabajo de campo. 55
La primera entrevista. 56
La segunda y tercer entrevista. 57
La cuarta entrevista. 58
III.3 Etapa Analítica. 59
El análisis del discurso. 59
El análisis de las Redes Semánticas. 61
La triangulación. 62
III.4 Etapa Informativa. 62
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 62
IV.1 Análisis del Discurso de las Entrevistas 63
La Comunicación. 65
Relación Médico-Paciente (RMP). 73
Medicina defensiva. 78
Contexto del Servicio Social. 84
IV.2 Redes semánticas 94
La Comunicación 95
Relación Médico-Paciente (RPM). 100
Medicina defensiva. 104
Servicio Social. 109
IV.3 Triangulación. 112

Comunicación. 113

Relación Médico-Paciente (RMP). 115

Medicina Defensiva. 117

Servicio Social. 119

V. CONCLUSIONES. 120

LITERATURA CITADA 125

ANEXOS 132

Tablas y guías utilizadas en la aplicación y análisis de las Entrevistas. 132

Guía temática para la Primera Entrevista 132

Guía temática para la Segunda y Tercera entrevista 134

Tabla guía para la categorización del discurso 136

Tabla guía para la categorización del discurso de la segunda, tercera y cuarta entrevistas. 140

Tabla para el vaciado de fragmentos del discurso según categoría y subcategoría. 147

Tablas, cuadros y formatos utilizados en la aplicación y análisis de las Redes Semánticas. 148

Formato para ser llenado por el participante. 148

Tabla para el vaciado de la jerarquización de palabras definidoras. 149

Cuadro para el cálculo del VMT (Valor M Total). 150

Tabla de resultados del Conjunto SAM 151

INDICE DE TABLAS

	Tabla	Página
Tabla II.1A	Características de los paradigmas de investigación según Pérez (1990) , Sandín (2003), Vargas (2007) y Mortis (s.a).	30
Tabla II.1B	Características de los paradigmas de investigación (continuación)	31
Tabla II.1C	Características de los paradigmas de investigación (continuación)	32
Tabla II.2	Comparación de criterios de validez entre dos paradigmas de investigación	46
Tabla II.3	Aspectos que legitiman la investigación cualitativa.	46
Tabla III.1	Preguntas y respuestas del marco metodológico.	49
Tabla IV.1	Conjunto SAM de la categoría Comunicación	99
Tabla IV.2	Conjunto SAM de la categoría RMP	103
Tabla IV.3	Conjunto SAM de la categoría Medicina Defensiva	107
Tabla IV.4	Conjunto SAM de la categoría Servicio Social	111
Tabla IV.5	Triangulación para la categoría: Comunicación	114
Tabla IV.6	Triangulación para la categoría: RMP	116
Tabla IV.7	Triangulación para la categoría: Medicina Defensiva	117
Tabla IV.8	Triangulación para la categoría: Servicio Social	119

INDICE DE FIGURAS

Figura		Página
II.1	Adquisición del conocimiento en el adulto.	6
II.2	Dinámica de la comunicación.	7
II.3	La transmisión de la información en la comunicación.	8
II.4	Niveles de interacción humana.	11
II.5	La comunicación humana.	12
II.6	La comunicación humana adecuada.	14
II.7	Modelo de la Relación Médico-Paciente.	16
II.8	Correlativos electrofisiológicos de la comunicación humana.	17
II.9	Etapas de la investigación científica.	33
II.10	Modelo del proceso epistemológico de la etapa preparatoria.	34
II.11	Guía para la recolección de datos y su análisis.	36
III.1	Constructo epistemológico de la presente investigación	50
III.2	Modelo de categorías, subcategorías y sub-subcategorías en relación a la percepción.	52
III.3	Modelo reelaborado de categorías, subcategorías y sub-subcategorías en relación a la percepción.	54
IV.1	Reelaboración del modelo de categorías, subcategorías y sub-subcategorías en relación al conjunto perceptual.	64

IV.2 Modelo de la interrelación entre categorías, subcategorías y sub-subcategorías establecidas desde la comunicación. 72

IV.3 Modelo de las interrelaciones entre las subcategorías de la RMP y la Comunicación. 78

IV.4 Modelo de las interrelaciones entre las subcategorías de la Medicina Defensiva. 83

IV.5 Modelo de las interrelaciones entre las categorías y las subcategorías resultantes del Análisis de Discurso de las Entrevistas. 93

GLOSARIO

Cognición.

Conjunto de procesos psicológicos desarrollados en la obtención, uso, almacenamiento y modificación del conocimiento acerca del mundo y de las personas (Vera-Noriega, 2005).

Cuantitativo y Cualitativo.

Términos utilizados fundamentalmente en dos sentidos: uno literal y otro derivativo. El primero hace referencia al contraste en relación a la recogida de datos, el diseño de investigación y el análisis (técnicas y procedimientos); y el segundo tiene que ver con cuestiones epistemológicas más amplias (enfoques paradigmáticos) (Sandín, 2003).

Enfoque paradigmático.

Unidad general de consenso sobre una constelación de creencias, valores, técnicas, etc. dentro de una ciencia, compartidas por los miembros de una comunidad científica. Posee un carácter normativo con relación a los métodos y técnicas de investigación a utilizar (Sandín, 2003).

Emic.

Sistemas lógico-empíricos cuyas distinciones fenoménicas o “cosas” están hechas de contrastes y discriminaciones que los actores mismos consideran significativas, con sentido, reales, verdaderas o de algún otro modo apropiadas (Harris, 2009).

Método.

Modo ordenado y sistemático de proceder para llegar a un resultado o fin determinado (Diccionario Anaya de la Lengua, 2002). Particular técnica de investigación (Abbagnano, 2008).

Metodología.

Conjunto de métodos que se siguen en una disciplina científica, en un estudio o en una exposición doctrinal (Diccionario Anaya de la Lengua, 2002). El conjunto de los procedimientos metódicos de una ciencia o de varias ciencias (Abbagnano, 2008).

Método científico.

Suma de los principios teóricos, de las reglas de conducta y de las operaciones mentales y manuales que usan los hombres de ciencia para generar nuevos conocimientos científicos (Pérez, 1990).

Perspectiva teórica.

También llamada tradición teórica. Es la postura filosófica que subyace a una metodología y que proporciona un contexto y fundamentación para el desarrollo del proceso de investigación y una base para su lógica y criterios de validación (Sandín, 2003).

Postura epistemológica.

Es la orientación que toma el investigador durante la comprobación del conocimiento (Abbagnano, 2008).

Signo.

Cualquier objeto o acontecimiento, usado como evocación de otro objeto o hecho (Abbagnano, 2008).

Signo lingüístico.

Es la representación de un concepto y una imagen acústica, ésta última es la huella psíquica de la representación habitual del nombre. Como lo definió

Saussure, es la unión de un significado (concepto) y un significante (imagen acústica) arbitraria y linealmente (Gimate, 2007).

Sincrónico.
Estudio de la estructura o funcionamiento de un fenómeno social sin atender a su evolución (adaptado de la Real Academia de la Lengua Española, versión en internet, consultado el 2 de marzo de 2010).

Teoría del conocimiento.
También llamada epistemología o paradigmas de la investigación. Es el conjunto de saberes que tienen a la ciencia (su naturaleza, su estructura, sus métodos) como objeto de estudio (Sandín, 2003).

I.- INTRODUCCION

En la atención al proceso salud-enfermedad intervienen dos grandes actores sociales, por un lado el enfermo y su familia, y por el otro los hoy llamados proveedores de salud. Éstos últimos están conformados por las instituciones y las personas que ofrecen solución, o por lo menos atención, al problema de la enfermedad. Los médicos constituyen uno de los grupos que brinda atención a la salud de las poblaciones y tienen un papel crucial en este ejercicio, sobre todo el subgrupo que es conformado por los médicos pasantes en servicio social, ya que ellos, a pesar de que están todavía en formación profesional, son los encargados de atender a los grupos sociales vulnerables.

Los médicos se articulan con las personas que solicitan sus servicios a través de la Relación Médico-Paciente (RMP), que es definida por Sánchez, Rivera, Hernández, Villegas y Casares (2002), como la interacción entre personas (médico y paciente), que tiene su origen en el quehacer clínico y constituye el núcleo fundamental de la medicina.

En México y en el mundo se han hecho innumerables investigaciones sobre la interacción médico-paciente desde el punto de vista de los pacientes, sin embargo, desde el punto de vista de los médicos la investigación es escasa (Bascuñán, 2005; Sánchez, 2007). Más aún, no existe investigación en médicos pasantes en servicio social que trate este tema, siendo de gran importancia conocer cuál es el aprendizaje que estos jóvenes médicos están obteniendo con respecto a la RMP en su quehacer diario.

Por otra parte, Sánchez et al. (2002) mencionan que uno de los componentes fundamentales en la RMP es el de la comunicación, la cual debe de reunir características que permitan al médico y al paciente, y a la familia de éste, comprender la interacción del proceso de salud-enfermedad. Gómez, Sosa y Padrón (2006) puntualizan que la calidad de la atención médica tiene como tema central la comunicación humana, si la comunicación en la RMP es deficiente, la

posibilidad de conflictos es muy elevada. Rivera-Cisneros, Juárez-Díaz, Martínez-López, Campos-Castolo, Sánchez-González, Tena-Tamayo y Manuell-Lee (2003) han reportado que en México, más del 80% de los errores demostrables en medicina, tienen como trasfondo una ausencia, pérdida o comunicación inadecuada, siendo este un problema social que está dando por resultado, en gran número de casos, por un lado, la desconfianza del paciente y su familia ante las actitudes del quehacer del médico, y por otro lado, la práctica por parte del médico de la hoy llamada "medicina defensiva", actividad médica que observa el bienestar personal del profesional, y no del paciente y su enfermedad (Tena, Sánchez, Rivera y Hernández, 2003).

Siendo el interés de la investigadora conocer la percepción del médico pasante en relación a la comunicación que sostiene con sus pacientes, para esta investigación se determinó que por las características que tiene el ejercicio de la percepción, la metodología cualitativa contiene los métodos correctos para conocerla.

Las preguntas de las que parte esta investigación son: ¿cuál es la percepción que los médicos pasantes tienen sobre la RMP que ejercitan en su quehacer diario?, ¿cuál es la percepción que los médicos pasantes tienen sobre su comunicación en la RMP? y ¿cuál es la percepción que los médicos pasantes tienen sobre el ejercicio de la medicina defensiva?

La hipótesis provisional de trabajo que guió la labor de gabinete y las primeras etapas del trabajo de campo fue: "El médico pasante en servicio social practica la medicina defensiva deliberadamente, situación que interfiere con la comunicación adecuada con sus pacientes".

El Objetivo general de este trabajo es: Describir la percepción de los médicos pasantes en servicio social de la Universidad Autónoma de Querétaro, con respecto a la comunicación en la relación médico-paciente.

Empezar diferentes líneas de investigación que lleven a comprender la relación médico-paciente en la actualidad es la trascendencia de este estudio.

Por último es necesario aclarar que debido a la aplicación en este trabajo de investigación el método de análisis del discurso, perteneciente al paradigma de investigación de la metodología cualitativa, ***el lector encontrará parte de la revisión de la literatura entretejida en los resultados****,* pues generalmente esta es la mejor forma que los científicos que estudian al hombre y a la sociedad, presentan el producto de su trabajo, para de esta manera lograr dos de los objetivos de la investigación cualitativa: relacionar los datos de la nueva investigación con otros materiales científicos (Herskovits, 1978 y Augé y Colleyn, 2005) y dar voz a los actores, reafirmando con este segundo objetivo, la guía epistemológica de la investigación cualitativa, es decir, ejercer el modelo dialéctico; que es el que nos lleva a conocer la naturaleza de la realidad social a partir de las continuas correcciones al conocimiento que hace el investigador sobre el tema, a través de la profundización en la comprensión de las relaciones, cualidades y patrones de los componentes desde el punto de vista del todo (Martínez, 2007).

II.- REVISIÓN DE LITERATURA.

Este capítulo contiene una revisión de los conceptos sobre los que se fundamentó la presente investigación.

Del apartado II.1 al apartado II.7 se presentan las teorías y los conceptos, sobre las categorías que se estudiaron para poder dar respuesta a las preguntas de investigación, de esta manera se logró determinar los criterios desde donde se observaría el problema de investigación.

Los apartados II.8 y II.9 dan cuenta de la base epistemológica de la metodología cualitativa y los métodos utilizados en esta investigación

II.1 La percepción.

La percepción ha sido definida desde diferentes disciplinas y posturas; al revisar las diferentes propuestas para la elaboración de este trabajo, se seleccionó la más adecuada para poder alcanzar el objetivo de esta investigación, es decir, describir la percepción que tienen los médicos pasantes con respecto a la comunicación en la RMP.

Revisando los conceptos que existen sobre lo que es la percepción se encontró que:

- En el Diccionario Anaya de la Lengua (2002) y en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001), se especifica como la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.

- Por otro lado Abbagnano (2008) afirma que se puede distinguir tres significados principales: el primero un significado muy general por el cual se designa cualquier actividad cognoscitiva en general y que no se distingue del pensamiento; el segundo significado es más restringido y por el cual se designa el acto o la función cognoscitiva en la que está presente un objeto real, es el conocimiento empírico (inmediato, cierto y exhaustivo), y el tercer significado es especifico o técnico por el cual se designa una operación determinada por el hombre en sus relaciones con el ambiente, es la interpretación de los estímulos. En este último, las teorías psicológicas contemporáneas reconocen en la percepción sus rasgos más evidentes.

- Desde el modelo de la psicología cognitiva, en esta disciplina se tiene la definición de Oviedo (2004), que la determina como

> “una forma de conocer el mundo; siendo la actividad cognoscitiva más elemental, a partir de la cual emergen todas las demás, como el aprendizaje, la memoria y el pensamiento, entre otros”.

Sin embargo en este trabajo, la percepción se determinará según lo que describe Forgus (1976). Él afirma que se trata de un proceso complejo, no aislado, conformado por un conjunto de tres procesos cognitivos al que llama “conjunto perceptual”, formado por:

- La percepción – entendida como el proceso de extracción de información, tomando ésta como los estímulos de trascendencia informativa, es decir, que dan origen a un tipo de reacción o adaptación del individuo.

- El aprendizaje – interpretado como la actividad por la cual la información es adquirida por la experiencia, pasando a formar parte del repertorio de datos del organismo.

- El pensamiento – concebido como la actividad que se ocupa de solucionar problemas.

Donde los procesos cognitivos de la percepción, el aprendizaje y el pensamiento presentan una estrecha relación reciproca en el adulto, por lo que es difícil separarlos en situaciones prácticas.

Examinando el desarrollo del proceso cognitivo en el humano, Forgus (1976) explica que al nacer los programas básicos por medio de los cuales la información se codifica se encuentran encajados en la estructura, conectados internamente y primordialmente son heredados. En esta etapa el aprendizaje y el pensamiento son inexistentes, u operan a un bajo nivel. Conforme el ser humano madura, la extracción de información requiere de un esfuerzo más activo por parte del organismo, por lo que el aprendizaje y el pensamiento representan un papel cada vez más importante, dando por resultado que la programación básica se modifique cada vez más, ampliándose y haciéndose más complejo el conjunto perceptual. Con la experiencia el individuo se vuelve capaz de extraer más información del

medio que lo rodea utilizando modelos de comparación creados con el repertorio de datos con los que cuenta el organismo.

Un modelo para representar el manejo de la información por el conjunto perceptual en las personas adultas, de acuerdo a la teoría que Forgus (1976) plantea y que la autora de este trabajo interpreta, es el siguiente:

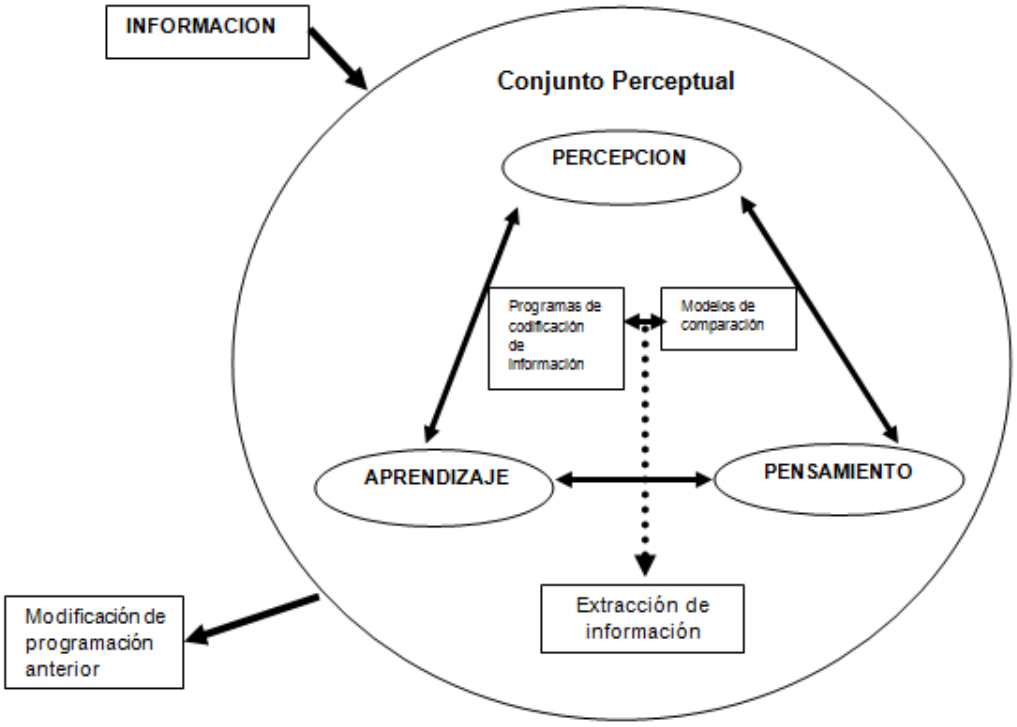


Fig II.1 Adquisición del Conocimiento en el adulto. Mastache (2009).

II.2 La comunicación.

La comunicación ha sido objeto de estudio científico desde diversos puntos de vista. Por tanto, conviene precisar el enfoque que será adoptado en esta investigación; al mismo tiempo, parece útil señalar otros enfoques posibles en el análisis de la comunicación, los cuales serán tratados superficialmente en este trabajo, y no ciertamente porque esos enfoques carezcan de importancia o de interés, sino por meras razones de método.

Los enfoques más importantes en el estudio de la comunicación son el de la tecnología y el de las ciencias sociales y aunque se reconozca el interés y la importancia del primer enfoque, conviene aclarar que no se tratarán temas tecnológicos, sino aspectos antropológicos-sociales, es decir, perspectivas culturales entendidas como un conjunto de rasgos que caracterizan a una sociedad determinada, tales como: ideas, conductas, prácticas, valores, etc. (Tena, 2009), no sin antes explorar conceptos básicos sobre lo que es la comunicación en general.

Como explican Satir (1978), Salazar, Montero, Muñoz, Sánchez, Santoro y Villegas (1979) y Grinberg et al. (1981), etimológicamente "comunicar" se refiere a compartir o a intercambiar, es decir, se trata de un proceso de interacción o transacción entre dos o más elementos de un sistema, donde estos elementos pueden ser humanos, animales, tecnológicos, ecológicos o una combinación de ellos. Grinberg et al. (1981) lo describe como un proceso dinámico, bilateral, conjunto, que se halla siempre avanzando sin punto de partida ni punto final. El modelo que propone la autora de este trabajo, para describir los conceptos de los autores anteriores es el siguiente:

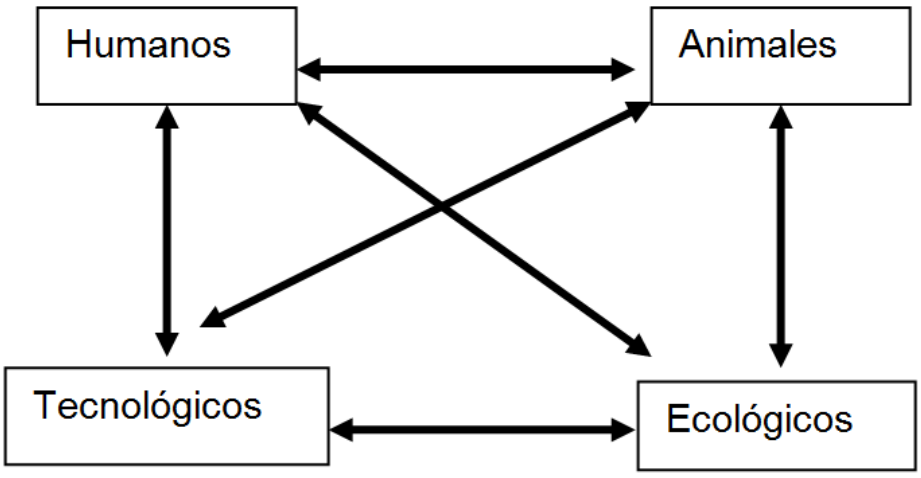


Fig. II.2 Dinámica de la comunicación.
Mastache (2009).

Satir (1978) y Raisbaum (1988) explican que la comunicación está basada en símbolos, que entendemos como: objetos, hechos o señales arbitrariamente seleccionados que poseen un referente culturalmente “convenido”, es decir que representan a otra cosa debido a su correspondencia o analogía que ha sido fijada arbitrariamente, aprendida y condicionada históricamente. De esta manera un individuo que nace en un grupo, o un miembro nuevo, debe aprender el vínculo entre símbolos y referentes que se han convenido en esa sociedad (no habiendo distinción si es humana o animal).

De Fleur y Ball-Rokeach (1982) clasifican a la comunicación por el proceso de transmisión de la información en:

1. Vertical expositivo o lineal; donde el transmisor se concentra en transferir información al receptor y éste puede interpretar los mensajes en forma distorsionada dada la ausencia de los procesos correctivos de adopción de papeles y de retroalimentación.

2. Horizontal; donde el transmisor reconoce el conocimiento previo que tiene el receptor por lo que promueve el planteamiento de las necesidades, la toma de decisiones y las acciones conjuntas.

El modelo que propone la autora de este trabajo, tomando como base los conceptos de Almaguer (2008) y De Fleur y Ball-Rokeach (1982), es el siguiente:

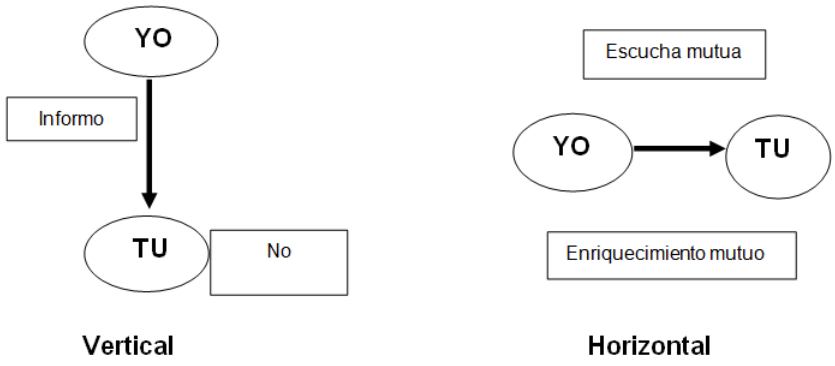


Fig. II.3 La transmisión de la información en la comunicación.
(Mastache, 2009)

II.3 La comunicación humana.

La comunicación humana es un punto central de este estudio, ya que a partir del conocimiento de ella se puede comprender la complejidad de la comunicación en la RMP.

La comunicación humana puede ser vista desde cuatro perspectivas principales, según De Fleur y Ball-Rokeach (1982):

1. Como proceso semántico; que depende para su uso de símbolos y reglas que han sido seleccionados por una determinada comunidad de lenguaje.

2. Como proceso neurobiológico; donde el sistema nervioso central desempeña un papel decisivo en el almacenaje y recuperación de las experiencias internas de significados para símbolos particulares.

3. Como proceso psicológico; en el que los significados de las palabras y otros símbolos desempeñan un papel central en la percepción del mundo y en la respuesta ante él.

4. Como proceso socio-cultural; en el que mediante un intercambio simbólico los seres humanos pueden desempeñar papeles, comprender las normas del grupo, definir un sistema de valores compartido y aplicar sanciones sociales.

En esta investigación se estudió como un proceso socio-cultural, ya que en estas áreas es donde se manifiesta la relación médico-paciente.

Como proceso socio-cultural la comunicación humana se desarrolla, según Salazar et al. (1979), a partir de la existencia de una serie de símbolos compartidos (código común), la disposición para comunicarse, la posibilidad de establecer el vínculo y la no existencia de interferencias. Los elementos anteriores determinan el que la comunicación sea adecuada o no.

Según Satir (1978) los componentes que cada persona trae al proceso de comunicación, con algunas excepciones como la ceguera o la sordera, son: el cuerpo, los valores propios, las expectativas del momento, los órganos sensoriales, la habilidad para hablar y el cerebro.

Salazar et al. (1979) agrega que la comunicación humana se puede dar en dos niveles:

- el macrosocial que es el que se desarrolla en la sociedad global, como por ejemplo el de la cultura como fenómeno de comunicación y
- el microsocial que es el que se desarrolla en las instituciones y organizaciones pequeñas (naturales o artificiales), a nivel diádico (entre dos personas) e intrapersonal.

Desglosando estos niveles, tenemos una interacción humana que de menos número de elementos a más elementos se desenvuelve de la siguiente manera:

1. Intrapersonal; es el nivel más elemental donde el sujeto se comunica consigo mismo mediante símbolos verbales implícitos o representaciones imaginables (el pensar es una forma de comunicación consigo mismo (De Fleur y Ball-Rokeach, 1982). Sus contenidos y funciones están determinados socialmente.
2. Diádica; del latín dyas – dualidad o pareja, como su nombre lo describe es la comunicación que se da entre dos personas. En este nivel es donde se desarrolla la comunicación del médico con el paciente primordialmente.
3. Grupal; es el tipo de comunicación que se desarrolla entre un pequeño conjunto de personas con nexos diferenciales entre sus miembros por lo que el flujo y los contenidos de la comunicación no son homogéneos determinando posiciones de liderazgo o poder en el grupo. La comunicación del médico y el paciente se desarrolla en este ámbito cuando es necesario que intervenga la familia del paciente.
4. Organizacional; se refiere a la comunicación que se desarrolla entre diferentes grupos de personas que tienen normas y fines comunes.

5. Social; es el tipo de comunicación que se utiliza para informar, educar, distraer y persuadir a una colectividad u organizaciones de personas.

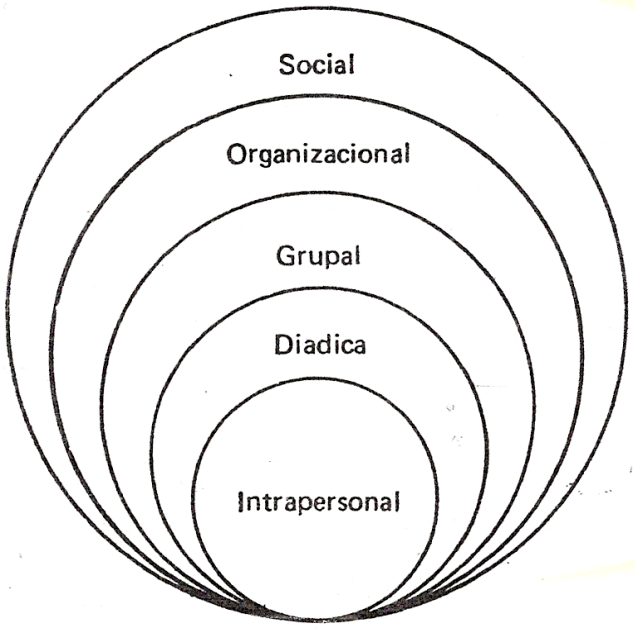


Fig. II.4 Niveles de interacción humana.
Imagen tomada de Salazar et al. (1979) pag 35.

La comunicación humana puede presentar dos estilos cuando se le utiliza en sus relaciones cara a cara o en los contactos interpersonales, según lo indican De Fleur y Ball-Rokeach (1982), Salazar et al. (1979) y Satir (1978):

- verbal, que puede incluir la emisión de sonidos, que pueden ser reflejos, articulados (lingüísticos) o no articulados (paralingüisticos).

- no verbal en diferentes modalidades: visual (contacto visual, movimientos oculares, uso de artefactos como vestidos y cosméticos), kinestésico (gestos, postura, tensión muscular, movimientos, mímica, distancia interpersonal, uso del espacio personal y social), auditivo (sonidos, cualidades de la voz, pausas), olfativo (uso de lociones, limpieza personal), táctil (sensibilidad de la piel al tacto, temperatura), respiratorio (ritmo), gustativo.

Sin embargo, se sabe que los significados absolutamente paralelos entre ambas partes son improbables, excepto en los casos de mensajes muy triviales,

ya que en muchas ocasiones puede haber perturbaciones físicas (como exceso de ruido o luz escasa), biológicas (fallas de memoria, lesión cerebral), psicológicas (una percepción defectuosa de la situación), sociales o culturales (desconocimiento entre un símbolo y su referente), o una mezcla de ellas.

Concluyendo, Salazar et al. (1979) definen a la comunicación en las relaciones humanas como: “El mecanismo por el cual existen y se desarrollan las relaciones humanas, es decir, todos los símbolos de la mente junto con los medios para transmitirlos a través del espacio y preservarlos en el tiempo”.

Resumiendo las ideas anteriores tenemos que la comunicación consiste en la transmisión, tanto verbal como no verbal, de las abstracciones simbólicas de la realidad, para lograr y mantener la comprensión interpersonal. Es este último enunciado lo que se tomó como definición de comunicación humana en este trabajo, por lo que la investigadora realiza el siguiente esquema para la visualización del concepto:

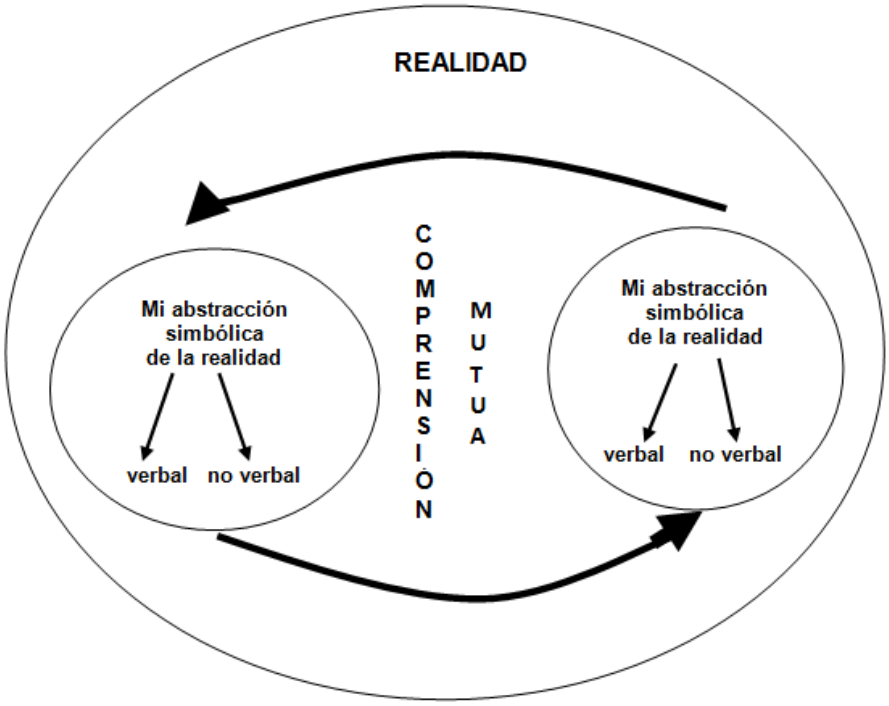


Fig. II.5 Modelo de la comunicación humana adecuada entre dos individuos.
Mastache (2009).

Teniendo ya una visión general de lo que es la comunicación y la comunicación humana, surge la pregunta: ¿cuál es la comunicación adecuada en las relaciones humanas?

De Fleur y Ball-Rokeach (1982) nos dice que las emociones, que son la raíz del interés por alguien, rara vez se expresan con palabras y con mayor frecuencia se manifiestan a través de otras señales. Éstas son una forma de comunicación clave para el desarrollo de las relaciones humanas y surgen de la sintonía emocional.

Este tipo de interacción es llamado “empatía” (del griego *empatheia*, “sentir dentro” o capacidad de percibir la experiencia subjetiva de otra persona), o como la define Sánchez-Queija et al. (2006) es una “experiencia vicaria (persona que sustituye o representa a otra) del estado emocional del otro”. Además se debe de diferenciar la empatía de la simpatía, siendo ésta última la inclinación de experimentar la situación crítica de otra persona sin compartir nada de lo que la otra persona siente (Diccionario Anaya de la Lengua, 2002).

La empatía se construye sobre la conciencia de las propias emociones para poder interpretar los sentimientos de otras personas, y exige suficiente calma y sensibilidad para que las sutiles señales de los sentires de otra persona puedan ser recibidas e interpretadas. Marroquín (2002) afirma que debe existir un nivel mínimo de empatía para el funcionamiento interpersonal, ya que si uno no es capaz de percibir, por lo menos en grado mínimo, si la otra persona está alegre, enfadada, rabiosa, etc., es muy difícil que no se tengan dificultades relacionales. Goleman (2000) puntualiza que: la imposibilidad de registrar los sentimientos de otro es un trágico fracaso en lo que significa ser humano, porque la raíz del interés por alguien, surge de la sintonía emocional, de la capacidad de empatía.

Tomando las ideas de los autores anteriores, la autora de esta investigación propone el siguiente modelo para representar la comunicación humana adecuada:

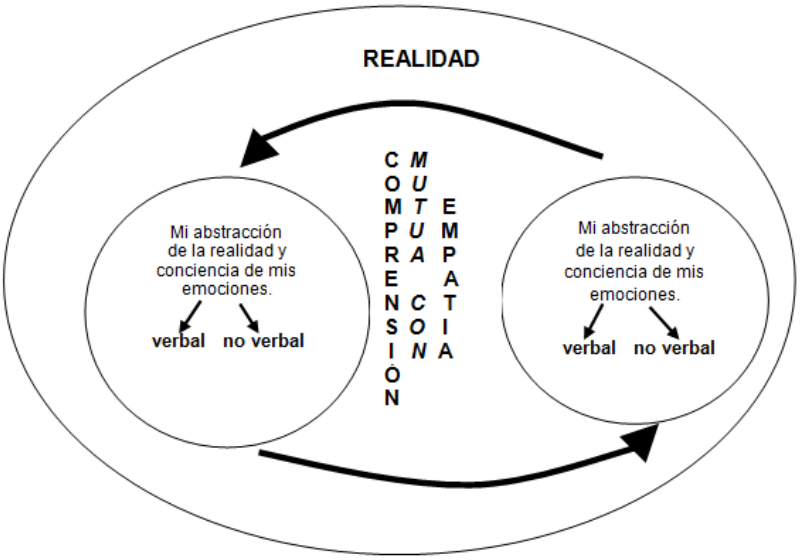


Fig. II.6 Modelo de la comunicación humana adecuada entre dos individuos. Mastache (2009).

II.4 La relación Médico-Paciente (RMP).

La Relación Médico-Paciente (RMP) puede ser definida desde diferentes aspectos, por ejemplo desde la mirada de las relaciones humanas, desde el punto de vista legal, desde la conceptualización médica o desde la visión general de las personas.

Sánchez et al. (2002) afirman que en las relaciones humanas la RMP es una interacción entre personas que tiene su origen en el quehacer clínico y constituye el núcleo fundamental de la medicina. Desde el punto de vista legal tanto Rivera y Sánchez (2004) como Sánchez (2007) definen la RMP como un contrato generalmente no escrito, sustentado entre personas autónomas, que son libres de iniciar o romper esta relación en la medida que el paciente no sea abandonado.

El mismo Sánchez (2007) define la RMP desde la perspectiva médica, entendiéndola como: La interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la

enfermedad. Vera-Delgado (2004) ahonda en ese fin u objetivo del médico, y dice que el médico debe ser:

> *"un médico integral, para preservar el equilibrio físico y mental del ser humano, promover su salud orgánica y espiritual, recuperar su autoestima y su amor propio, estimular su crecimiento intelectual, su madurez emocional y su reafirmación como sujeto definido de un derecho fundamental humanitario".*

Tena y Sánchez (2005), proporcionan la siguiente definición: la RMP es una forma especial de relación entre dos personas; por lo general una de ellas, el enfermo, acude motivado por una alteración en su salud a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente.

Otra definición que simplemente refleja lo que la gente espera de esta relación, es: la RMP es la comunicación productiva y grata que debe de existir entre un paciente y su médico tratante para intercambiar información y tomar decisiones de común acuerdo; cuando la vida está en juego es necesario participar activamente, no permitir ser cosificado o convertirse en un número más de una estadística. El trabajo en equipo con el médico representa afrontar el padecimiento con responsabilidad y es una experiencia gratificante que ayuda al paciente a superar muchos problemas médicos y psicológicos del padecimiento.

Por último, tenemos la definición de Manrique (2007), y ésta es la que se usará en esta investigación:

> *"es una relación interpersonal íntima, directa, inmediata y única entre dos seres humanos en trance, uno de enfermedad y otro de prueba y deseo de servir. A partir del diálogo, cuyo contenido se presume confidencial, médico y paciente intercambian opiniones y sentires y comparten vivencias".*

El modelo que propone la autora de este trabajo para esta definición es el siguiente:

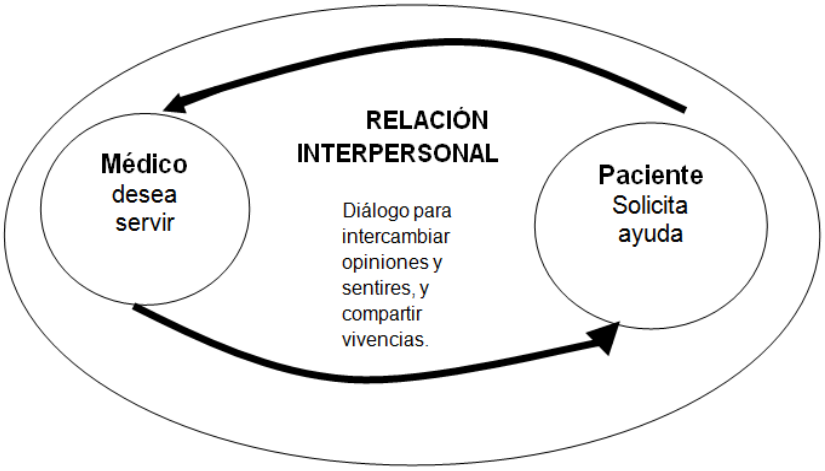


Fig. II.7 Modelo de la Relación Médico-Paciente.
Mastache (2009).

Al examinar las definiciones anteriores podemos encontrar un fondo completamente humanista y no solamente científico.

En pocas palabras, si la medicina fuera exclusivamente científica se dejaría de reconocer que la medicina es arte y ciencia al servicio del hombre, como lo afirma Vera-Delgado (2004).

II.5 La comunicación Médico-Paciente desde la empatía.

Cuando se hace uso de todos o la mayoría de los elementos de la comunicación de calidad se entra a lo que Grinberg, Cueli y Szydlo (1978) y Grinberg et al. (1981) han llamado “comunicación directa”. Ésta consiste en la detección no verbal de contenidos complejos manifestados a través de imágenes, sensaciones corporales, pensamientos y emociones, que son elementos de la percepción, compartidas durante la comunicación adecuada paciente-terapeuta.

Esta comunicación de calidad ha podido ser demostrada objetivamente, pues cursa, además de por canales fisiológicos conocidos, por otros canales para los que no se conocen vías fisiológicas. Ellos la han explicado a través de una hipótesis que indica el desarrollo de campos neuronales (resultante sinérgica de todo el conjunto de activaciones neuronales) capaces de abandonar la estructura

cerebral e internarse en el espacio, e interactuar con organizaciones energéticas complejas. Fenómeno que ha sido estudiado por ellos a partir del registro de las manifestaciones de actividad cerebral (electroencefalograma o EEG) de pacientes en comunicación terapéutica con un analista, encontrando similitudes entre los patrones EEG registrados en diferentes localizaciones cerebrales de los dos miembros de la mancuerna terapéutica, siendo los patrones más similares a medida que aumenta los niveles de comunicación y diferenciándose cuando la comunicación baja de nivel. Concluyendo que dos cerebros adquieren y manifiestan los mismos patrones de actividad dependiendo del nivel de comunicación (sobre todo de la no verbal) que ocurra entre ellos.

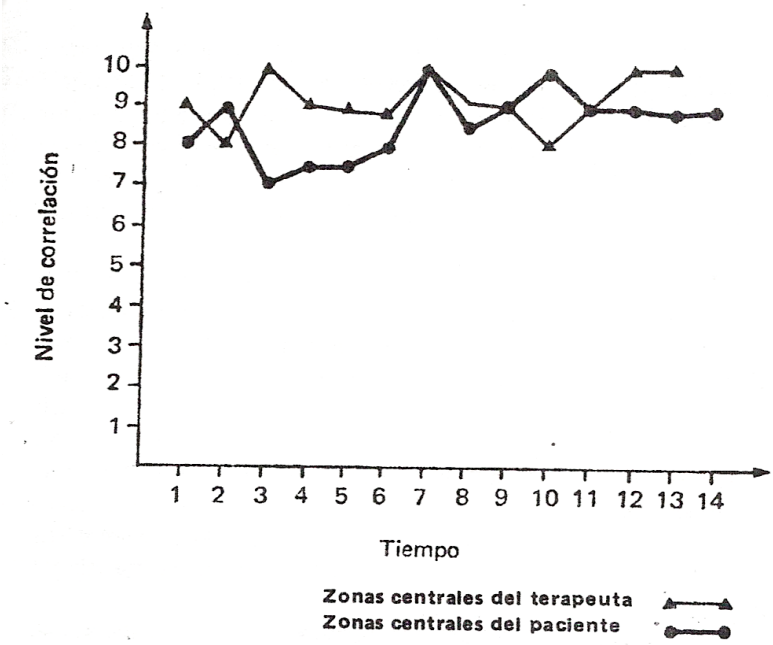


Fig. **II.8** Correlativos electrofisiológicos de la comunicación humana.
Tomado de Grinberg et al. (1981), pág. 283.

Posiblemente Grinberg y su equipo de trabajo han medido lo que Goleman (2000) describe como las notas y acordes emocionales que se deslizan en las palabras y las acciones de las personas, ya que ambos en sus escritos marcan en forma importante algunos de los aspectos de la comunicación no verbal.

Tena y Sánchez (2005) dicen que la comunicación en la relación médico-paciente es entendida como un proceso de intercambio de información que tiene como finalidad el entendimiento mutuo, para lograr enfrentar de mejor manera la enfermedad, y Rogers citado por Marroquín (2002) dice que la empatía es un elemento central para que el paciente pueda ser inducido a cumplir con determinadas prescripciones. Y es la búsqueda de esta comunicación empática lo que lleva a que la relación médico-paciente se desarrolle con símbolos únicos o complejos, expresados en forma verbal y no verbal, con perturbaciones de todo tipo, en cualquiera de las cuatro perspectivas descritas por De Fleur y Ball-Rokeach (1982), en los diferentes niveles de comunicación, en sus dos estilos, etc.; en pocas palabras la comunicación en la relación médico-paciente es muy compleja, por lo que no hay que sorprenderse que en el estudio de Sánchez-González et al. (2007), se reporte que ocho de cada 10 residentes de especialidad presentaron carencias significativas de conocimientos y habilidades sobre la comunicación humana.

II.6 La RMP desde la medicina defensiva.

Hoy en día la relación médico-paciente (RMP) ha cambiado en comparación a lo que era en la llamada “época de oro de la medicina en México”, que comprendió desde los años 30s a los 70s, y que se caracterizó por la estima, respeto y admiración de los pacientes hacia sus médicos; así en la séptima década del siglo XX se dieron las primeras demandas contra los médicos (Vargas, 2006).

Uno de los factores que han contribuido a esta situación ha sido el avance tecnológico que allana el acceso al conocimiento a través del ciberespacio, no solo de la medicina sino de otros campos del saber, situación que puede facilitar o complicar la RMP, dado que este medio crea un paciente más informado sobre su enfermedad, al igual que de sus derechos como ciudadanos y como consumidores, refiere Sánchez (2007).

Esto ha dispuesto una manera más compleja de la relación del paciente con el médico, caracterizada por pérdida de la confianza y del respeto de los pacientes

hacia sus médicos, donde los primeros acuden a los segundos por su competencia técnica y no por su calidad profesional y humana.

La situación descrita anteriormente en la articulación de este binomio social, ha cristalizado en un fenómeno llamado "medicina defensiva", definida por Tena et al. (2003), como *"una alteración en la forma de ejercer la medicina, inducida por amenaza o posibilidad de demanda y caracterizada por una deficiente comunicación y desconfianza entre médicos y pacientes, haciendo de esto una fuente de un elevado número de conflictos en la Relación Médico-Paciente".*

Desafortunadamente hoy en día, las evidencias en relación a las quejas que registra la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), muestran que poco a poco se ha minimizado el importante papel que ocupa el pilar del arte médico, es decir, la comunicación de calidad en la RMP, un ejercicio básico para el buen desempeño en la medicina (Tena et al., 2003).

La introducción del libro de Oriol y Espinosa (2002), lleva a reflexionar sobre la importancia cada vez mayor que está teniendo el estudio de la Medicina desde el punto de vista humanista, intentando resarcir el deterioro que ha sufrido la RMP. Así podemos leer en esta obra:

> *"Cuando el médico tecnócrata se olvidó del HOMBRE, comenzó el fracaso de la piedra angular de la medicina: la relación médico-paciente, y esa ruptura afectiva pronto tuvo efectos desfavorables, pues al perder el enfermo la CONFIANZA, ¡la FE!, no sólo la esfera mento-espiritual se vio afectada, también se vieron negativamente influidos los resultados terapéuticos.*
>
> *La consecuencia final es ésta: la medicina triunfante en el terreno material conduce a una patología nueva de tristes consecuencias en el terreno mental, espiritual y hasta físico.*
>
> *Por eso la enseñanza de la "filosofía de la ciencia" se ha consolidado como un argumento efectivo contra la medicina deshumanizada, que de manera galopante se apodera de los médicos".*

La reflexión a la que nos llevan necesariamente estos párrafos, es que, así como se han dedicado miles de horas en investigación biomédica y estudio de los

avances tecnológicos que nos han llevado al “siglo de oro de la medicina” como es llamado el siglo XX por Oriol y Espinosa (2002), hoy por hoy el trabajo de investigación que necesita la Medicina urgentemente, está en el análisis y desarrollo de su parte humanista.

Pero ¿por dónde empezar este análisis? Considerando que según Rivera-Cisneros et al. (2003), más del 80% de los errores demostrables en medicina, tienen como trasfondo una ausencia, pérdida o comunicación inadecuada, y siendo la comunicación un pilar fundamental para el desarrollo médico-humanístico, sin lugar a dudas lo primero que se tiene que comprender y enseñar a las nuevas y no tan nuevas generaciones de médicos es: ¿qué es la comunicación?, ¿qué es la comunicación humana? y ¿cuál es la comunicación adecuada en las relaciones humanas y en la RMP?

Por otra parte, también se tiene que comprender los efectos que la modernidad ha traído a la RMP, por ejemplo, Rivera y Sánchez (2004) puntualizan que desde diferentes espacios se han expresado múltiples señalamientos sobre la manera como los pacientes son maltratados por los médicos, sin embargo, por otra parte, como lo señala Vargas (2006), los pacientes se han vuelto más exigentes de un buen servicio y hoy por hoy están más dispuestos a demandar al médico o a cualquier individuo del personal de salud. De esta manera las dificultades que actualmente se generan en el seno de la RMP son tantas y a veces tan complejas que la tendencia es la de sustituir el término RMP por la de “relación sanitario-usuario”, ya que el médico ahora no es el único ente promotor de la salud que dispone la sociedad, y a los individuos que anteriormente se les consideraba pacientes, se catalogan actualmente como usuarios de los servicios de salud, Andino et al. (2007).

En México diferentes estudios han mostrado que esta crisis ha traído como resultado un sistema que pretende favorecer una relación de dominio del médico sobre el paciente, situación que de todas maneras no resuelve el problema de

fondo, ya que es la mala comunicación en la RMP el origen del problema. Algunos ejemplos sobre la tirante relación entre médicos y pacientes son los siguientes:

- Hasta en el 80% de las demandas por mala praxis no responden a un mal desempeño técnico profesional, sino a una falla en el proceso de comunicación, ya que como señala Tena et al. (2003), la mayoría de las veces ocurre la demanda porque no existe una relación de confianza con el médico.
- Entre el 25 y 50% de los pacientes no cumplen con su tratamiento; Rivera y Sánchez (2004).
- Las viejas y venerables fórmulas de comportamiento profesional de la ética hipocrática que se resumía en “curar a veces, mejorar frecuentemente, pero consolar siempre”, han sido substituidas por la práctica de la medicina defensiva caracterizada por la sobremedicalización y excesivos estudios de laboratorio y gabinete que no significan calidad pero sí una protección de orden jurídico; Rivera y Sánchez (2004).
- Ya existe un instructivo desarrollado por el gremio médico para evitar demandas, López (2006). Desafortunadamente ni siquiera se insinúa una recomendación al médico para su capacitación en técnicas de comunicación.
- En México la CONAMED indica que casi la mitad de los asuntos atendidos en esta instancia, se debe a trato inadecuado y a información incompleta o ininteligible, es decir, a situaciones que pudieron prevenirse a través de una mejor comunicación, Tena et al. (2003).
- En 1998 existían en México 80 escuelas y facultades de medicina. En todas esas instituciones, la enseñanza está centrada en el modelo biológico-lesional de la enfermedad, por lo que el objeto de estudio y campo de acción de los estudiantes es el cuerpo humano, no la persona. Sánchez-González et al. (2007).

Esta dinámica de cambios no solo han afectado a los pacientes, también han causado impacto en los médicos, sin embargo Sánchez (2007) y Bascuñán (2006)

afirman que hasta este momento solo se ha descrito los cambios en la RMP desde el punto de vista del paciente y son pocos los estudios que se han llevado a cabo para conocer las percepciones y actitudes que los médicos poseen sobre el tema. El estudio de Bascuñán (2006) registra que existe frustración, desencanto e insatisfacción en los médicos debido a:

- La tecnificación y especialización de la medicina que ha provocado su deshumanización y el deterioro de la visión de conjunto y el arte.
- La judicialización de la medicina que provoca en los médicos el sentimiento de "cubrirse las espaldas".
- La masificación del conocimiento que ha inducido pacientes más informados, que en muchas ocasiones cuentan con mayor información o más actualizada que la de los médicos, dando como resultado un cambio en el tipo de relación que se establece. Tena et al. (2003) detalla que el enfermo cambió de ser un ente pasivo que escuchaba atentamente y acataba las indicaciones del médico, a un ser que opina y desea tomar parte en las decisiones que afectan su estilo de vida.
- El reconocimiento por parte de los médicos sobre el hecho de que los pacientes tienen opción a utilizar métodos alternativos de tratamiento. Añade Vera-Delgado (2004) que este fenómeno creciente, inatacable e irreversible está desplazando a los pacientes, en proporciones preocupantes, hacia otras modalidades médicas que invocan criterios diferentes para calificar y manejar el concepto salud-enfermedad y que han evolucionado desde la medicina tradicional hacia las terapéuticas alternativas o complementarias, que actualmente son llamadas integrativas; y que tienen un manejo más próximo a la perdida concepción del médico de familia. Siendo por lo general, propuestas terapéuticas menos onerosas y lesivas.
- La generalización del sistema de trabajo médico del "tercer pagador", que genera presión de los gestores hacia el médico para ser productivo y olvidarse de la calidad. Como lo describe Sánchez (2007): bajo los cuatro

esquemas de pago al médico (pago por evento, pago por capitación, pago fijo o salario y pago por "calidad") se produce un menor incentivo a la eficiencia y calidad de acuerdo a los intereses del tercer pagador, del médico y a veces del mismo paciente.

- Arillo A. (2006) añade además, que se ha descrito que un 50% de los médicos de atención primaria considera que recibe más del 20% de consultas innecesarias de pacientes llamados "pacientes difíciles hiperfrecuentadores" y que provocan "desazón" en el profesional.

Asimismo Vera-Delgado (2004) enfatiza una nefasta proliferación de facultades de medicina con cuestionables programas académicos que afectan a infinidad de muchachos que engrosarán las huestes del subempleo y la frustración, y que pueden terminar lucrando con perversas prácticas médicas, liquidando los rezagos de la dignidad profesional frente a la voracidad de la intermediación financiera.

A esto se suman una situación preocupante que reportan Consejo y Biseca (2005), y que puede ocurrir durante la formación de los estudiantes, pudiendo marcar fuertemente el modelo de atención en la RMP y que practicarán como profesionistas:

> *"el efecto de la exposición de los médicos en formación a eventos 'antiéticos' realizados por los médicos de mayor jerarquía, en los que incluso tuvieran que participar, puede influir en la formación o deformación de sus sistemas de valores y en la creación de sus códigos de ética".*

Y para debilitar aún más la situación, Vera-Delgado (2004) puntualiza que:

> *"La ausencia de sindéresis* [capacidad de pensar con rectitud y prudencia, Diccionario Anaya de la Lengua (2002)] *y coherencia en muchos de nuestros líderes gremiales le han significado a las organizaciones médicas un estancamiento, cuando no un retroceso , en el desarrollo de sus objetivos y propuestas…….que han lesionado, quizá de manera irreversible, nuestro status profesional y nuestras condiciones de vida….No deja de extrañarnos y sorprendernos la conducta individualista, aislacionista y reductivista asumida por los profesionales de la salud frente a sus congéneres y frente a sí mismos…..Cada día es más evidente el desinterés, por desencanto o*

negligencia, de las nuevas generaciones de especialistas y subespecialistas, para vincularse a nuestras sociedades científicas".

Tena y Sánchez (2005) aseguran que los médicos hoy en día tienen la obligación de establecer una adecuada comunicación con el paciente, es más, deben desarrollar habilidades que le permitan tener una actitud de empatía con el paciente o su familia y la capacidad de escuchar al paciente, fortaleciendo de esta manera una RMP de confianza. Lo anterior quedó demostrado en el estudio de Rivera-Cisneros et al. (2003), donde después de una intervención educativa sobre comunicación a un grupo de residentes, éstos admitieron que *"el curso les mejoró la comunicación, tuvieron mayores elementos para mejorar la RMP y la elaboración de un expediente clínico al poder recabar mayor información de parte del paciente"*. Como lo decía Osler, eminente médico de la primera mitad del siglo XX (citado por Tena et al., 2003),

"Es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente",

ya que al médico no se le puede exigir buenos resultados, si no ha utilizando los medios científicos y humanísticos para tratar de ayudar al paciente.

II.7 Los médicos pasantes y el servicio social.

Esta sección fue indagada, escrita e incluida en este trabajo de investigación en un segundo momento de la misma, ya que después de confirmar con la segunda y la tercera entrevista los datos obtenidos desde la primera reunión con los pasantes, fue evidente que se tenía que definir el Servicio Social como una categoría en la investigación.

Los médicos pasantes en servicio social son los individuos que están en el último año de formación de la licenciatura de medicina de cualquier escuela o facultad de la República Mexicana, y proveen consultas médicas en las instalaciones pertenecientes a la Secretaría de Salud para cumplir con el requisito del servicio social.

El ser médico pasante según el Reglamento Interno de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ) y la Ley de Profesiones del Estado de Querétaro, significa ser un alumno que ha cursado y aprobado el 100% de las asignaturas del plan de estudios de la licenciatura de medicina. El servicio social es reconocido por estas mismas reglamentaciones como: la actividad formativa vinculada con la aplicación de conocimientos, de carácter temporal, obligatorio, gratuito o mediante retribución, que prestan los alumnos o pasantes universitarios, en beneficio de la sociedad y del Estado, para cumplir con los requisitos de titulación.

Sin embargo desde 1981, en el Diario Oficial de la Federación, se publicó el "Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de la República Mexicana", que enfatiza el planteamiento educativo de esta actividad y señala que debe formar parte del plan de estudios correspondiente (López, González y Velasco, 2004).

En 1990 la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), queriendo puntualizar las actividades que pueden proporcionar beneficio a la sociedad, define el Servicio Social como: "el conjunto de actividades teórico-prácticas, de carácter temporal y obligatorio, que contribuyen a la formación integral del estudiante y que le permiten, al aplicar sus conocimientos, destrezas y aptitudes, comprender la función social de su perfil académico, realizando actividades educativas, de investigación, de asistencia, de difusión, productivas, de desarrollo tecnológico, económico y social, en beneficio de la sociedad" (Noyola, 2007).

Bajo la reglamentación y enunciaciones de las instituciones anteriormente citadas, se puede afirmar que el servicio social de medicina, básicamente tiene tres funciones:

- Facilitar al médico pasante su primer práctica profesional sin supervisión directa de un tutor que fortalecerá su desarrollo académico,

- Desarrollar una conciencia de solidaridad y compromiso con la sociedad a la que pertenece y
- La oportunidad para que el médico pasante reintegre a la sociedad el apoyo que recibió de ésta durante sus estudios, compromiso moral adquirido con ella, es por esto, como lo menciona López et al. (2004), que la Ley General de Salud indica que el servicio social deberá realizarse en las comunidades de menor desarrollo económico y social.

La temporalidad del servicio social es de un año con carácter obligatorio, pues es un requisito indispensable para la obtención del título profesional. Esta labor es uno de los elementos estratégicos en los programas nacionales para abatir las desigualdades sociales.

Sin embargo, las condiciones que prevalecen en la República Mexicana con respecto al contexto en que quedan insertos los jóvenes médicos pasantes son las siguientes:

- el trabajo que realizan se ve por parte de las autoridades como una continuación de su formación, exigiéndoseles responsabilidad en sus actividades como las que tiene cualquier médico titulado en el ejercicio de su labor, con las mismas consecuencias por descuido en el cumplimiento de ellas.
- Mendoza y Vargas (2007) en una revisión que hicieron sobre las orientaciones de los programas académicos de la licenciatura de medicina concluyeron que, en general, las competencias de los médicos pasantes para la resolución de las necesidades de salud de una comunidad no siempre es la óptima, ya que las características de su instrucción son:
    a) acentuada preparación para el 2º y el 3er nivel de atención,
    b) nula preparación en interculturalidad,
    c) preparación con énfasis en la enfermedad más que en la salud y en el individuo más que en la comunidad,

d) un limitado o nulo conocimiento de la promoción de la salud y de la medicina tradicional y
e) un fuerte interés en el examen para la residencia médica.

- Reforzando lo anterior López et al. (2004) afirma que las asignaturas o módulos académicos tienen contenidos predominantemente básicos y clínicos con orientación del currículum al primer nivel de atención, además de que para la enseñanza de los ciclos clínicos y el internado se utilizan principalmente unidades de segundo y tercer nivel.
- El campo de la Salud Pública y sus diferentes disciplinas no se consideran atractivas, los escenarios y los profesores para las prácticas en ésta área son insuficientes y con frecuencia se confunde la atención en el primer nivel de atención con la atención primaria (López et al, 2004).
- López (2007) y Mendoza y Vargas (2007) aseguran que una gran proporción de las juridicciones sanitarias de la Secretaría de Salud que tienen a su cargo médicos pasantes, incurren en por lo menos una de las siguientes situaciones:
  a) Una deficiente capacitación en la inducción al servicio social,
  b) Falta de capacitación para el correcto llenado de la papelería,
  c) Deficiente asesoría educativa por parte de las instituciones de salud,
  d) Horarios de atención de más de 8 hrs. diarias (24 hrs., 7 días a la semana)
  e) Excesivo llenado de formatos para los sistemas de información nacional,
  f) En la asignación de plazas dobles, no contar con habitaciones para dos ó más pasantes,
  g) Problemas con el personal de base,
  h) Cambios de unidad,
  i) Convenios de Secretaría de Salud con Gobiernos municipales para atención a personal municipal,

j) Convenios de Secretaría de Salud con Gobiernos municipales para elaboración de dictámenes médicos las 24 hrs. del día,
k) Problemas de inseguridad (robos, agresiones, secuestros, acoso),
l) Amonestaciones o represalias por informar a las autoridades académicas,
m) No contar con servicio médico o seguro de accidentes,
n) Jornadas y guardias de fin de semana cuando ya se laboró toda la semana,
o) Negación de permiso para presentar ENARM, CENEVAL o Examen profesional,
p) Cambio de vacaciones sin previo aviso,
q) Guardias para cubrir a médicos adscritos,
r) Beca insuficiente para cubrir gastos de alimentación, transporte a la unidad de salud y traslado para entrega de documentación,
s) Maltrato por parte de supervisores,
t) Discriminación por parte de la comunidad,
u) Ejecución obligatoria de actividades que no competen a la carrera.

No es difícil ver que todo este contexto impacte al médico pasante y por ende la RMP.

Bajo el supuesto, de que uno de los objetivos del servicio social, según es ordenado por las diferentes leyes, reglamentos y definiciones de las instituciones involucradas en la formación de médicos, es contribuir a la formación integral del estudiante, se puede decir que el servicio social, debe de proporcionar un medio de aprendizaje profesionalizador para los médicos pasantes, donde, como lo expresa Romero (2008),

> "*lo que va a aprender el 'trabajador' en formación, adquiere para él un significado y un sentido personal, en función de su profesión, por lo que se convierte en algo importante y necesario para lograr sus metas y propósitos profesionales, o sea, el contenido del aprendizaje se hace*

imprescindible para avanzar en su preparación técnica, tecnológica y profesional".

Esto último es importante conocer, ya que, como enfatiza Romero (2008), el aprendizaje no es independiente del contexto en que se realiza, es más, se dice que el conocimiento se recuerda mejor en el contexto en donde se ha aprendido, de ahí que se hable del aprendizaje "situado" en contextos socioculturales significativos, donde el alumno-trabajador interpreta los conocimientos según el significado particular que para él tienen.

II.8 Metodología Cualitativa.

La ciencia, para estudiar la realidad, actualmente cuenta con dos enfoques paradigmáticos de investigación: la investigación positivista-cuantitativa y la investigación naturalista-cualitativa. El paradigma positivista-cuantitativo cuenta con una postura epistemológica llamada "positivista" y el paradigma naturalista cualitativo incluye dos posturas epistemológicas, la Hermenéutica-interpretativa y la Socio-crítica (Vargas, 2007 y Mortis, s.a).

Ambos enfoques paradigmáticos, si bien son diferentes en sus fundamentos ontológicos, epistemológicos y metodológicos, son complementarios en sus resultados, lo que proporciona una mayor comprensión del problema estudiado (Martínez, 2007).

Según Lincoln (1990) en Sandín (2003), a partir de las respuestas a cuestiones básicas en tres dimensiones fundamentales relacionadas con el objeto de conocimiento, surgen los paradigmas de investigación. Estas dimensiones son la ontológica, la epistemológica y la metodológica,

- **Ontológica.** ¿Cuál es la naturaleza de lo conocible?, ¿Cuál es la naturaleza de la realidad social?
- **Epistemológica.** ¿Cuál es la naturaleza de la relación entre el que conoce y lo conocido?, ¿Cómo se conoce?
- **Metodológica.** ¿Cómo debería proceder el investigador para descubrir lo cognoscible?

Como respuestas a las preguntas de estas tres dimensiones emergen los paradigmas de investigación cuantitativa y cualitativa, y como derivación de ellos surgen las posturas epistemológicas positivista, interpretativa y socio-crítica, cuyas características son mencionadas por Pérez (1990) y Sandín (2003), Vargas (2007) y Mortis (s.a.) y se presentan en las siguientes tablas.

Tabla II.1A Características de los paradigmas de investigación según Pérez (1990), Sandín (2003) Vargas (2007) y Mortis (s.a.).

	PARADIGMAS EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA		
	Cuantitativo	**Cualitativo**	
	POSTURAS EPISTEMOLÓGICAS		
	Positivista o Empírico-analítica	**Interpretativo** o Humanístico-interpretativa	**Socio-Crítico** o Para el Cambio Social
	METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN		
	Investigación Cuantitativa	**Investigación Cualitativa**	
Métodos fundamentales	Inductivo-deductivo. A priori-deductivo. Hipotético-deductivo.	Fenomenológía. Hermenéutica. Interaccionismo simbólico.	Teoría crítica. Neo-marxismo. Feminismo. Freirianismo. Participativismo. Posmodernismo.
Métodos	Investigación expe-rimental. Método estadístico. Método descriptivo. Método de reconstruc-ción de hechos.	Etnografía. Etnociencia. Fenomenología. Teoría fundamentada. Análisis de discurso. Estudio ecológico. Biografía. Antropología interpretativa. Hermenéutica objetiva. Hermenéutica filosófica. Historia oral. Historia de vida. Metodología histórica. Fenomenografía. Microetnografía. Redes semánticas. Triangulación.	Investigación-acción. Investigación evaluativa. Investigación colaborativa. Investigación participativa. Estudio de caso. Constructivismo de Guba y Lincoln Constructivismo de Eisner Constructivismo social Feminista. Constructivismo Empírico. Constructivismo sistémico. Constructivismo radical. Antropología aplicada.

Tabla II.1B Características de los paradigmas de investigación (continuación)

	PARADIGMAS EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA		
	Cuantitativo	**Cualitativo**	
	POSTURAS EPISTEMOLÓGICAS		
	Positivista o Empírico-analítica	**Interpretativo** o Humanístico-interpretativ	**Socio-Crítico** o Para el Cambio Social
	METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN		
	Investigación Cuantitativa	**Investigación Cualitativa**	
Técnicas	Experimentales en laboratorio. Experimentales en campo. Técnicas estadísticas. Técnicas de registro descriptivo.	Observación directa en campo. Registro de discurso. Entrevista individual o grupal, Encuesta. Foto y video. Historia oral. Historia de vida. Narrativa literaria. Genealogía.	Observación directa en campo. Registro de discurso. Entrevista individual o grupal, Encuesta. Foto y video. Grupos comunitarios participativos.
Finalidad de la investigación	Explicar. Controlar. Predecir. Verificar teorías. Leyes para regular los fenómenos.	Comprender. Interpretar la realidad, los significados de las personas, sus percepciones, intenciones y acciones, a través de la comprensión mutua y participativa. Reconstrucción.	Analizar la realidad. Liberar. Criticar. Identificar potencial de cambio. Emancipar sujetos.
Propósito	Generalizaciones libres del tiempo y contexto, leyes, explicaciones nomo-téticas: - deductivas - cuantitativas - centradas sobre semejanzas.	Hipótesis de trabajo en contexto y tiempo dado, explicaciones idiográficas, inductivas, cualitativas, centradas sobre diferencias.	Hipótesis de trabajo en contexto y tiempo dado, explicaciones idiográficas, inductivas, cualitativas, centradas sobre diferencias.
Explicación causal	Causas reales, temporalmente precedentes o simultáneas.	Interacción de factores.	Interacción de factores.

Tabla II.1C Características de los paradigmas de investigación (continuación)

	PARADIGMAS EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA		
	Cuantitativo	**Cualitativo**	
	POSTURAS EPISTEMOLÓGICAS		
	Positivista o Empírico-analítica	**Interpretativo** o Humanístico-interpretativ	**Socio-Crítico** o Para el Cambio Social
	METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN		
	Investigación Cuantitativa	**Investigación Cualitativa**	
Papel de los valores (axiología)	Neutro. Investigador libre de valores. El método es garantía de objetividad.	Valores dados. Explícitos. Los valores influyen en la selección del problema, la teoría y los métodos de análisis. Formativos.	Valores dados. Compartidos. Crítica de ideologías.
Teoría/Práctica	Disociadas, constituyen entidades distintas. La teoría norma a la práctica.	Relacionadas. Retroalimentación mutua. Relación dialéctica.	Indisociables. Relación dialéctica. La práctica es teoría en acción.
Relación sujeto-objeto	Investigador externo Sujeto como objeto de investigación. Independientes (no se afectan). Neutralidad. Muestral. Libre de valores.	Interrelacionados. Dependencia (se afectan). Relaciones influenciadas por factores subjetivos. Implicación del investigador.	El investigador es un sujeto más. Interrelacionados. Relaciones influenciadas por fuerte compromiso para la liberación humana.
Criterios de calidad	Validez. Fiabilidad. Objetividad.	Autenticidad. Credibilidad. Transferencia. Dependencia. Confirmación. Corroboración estructural. Congruencia del conocimiento práctico, experiencial y proposicional.	Intersubjetividad. Validez consensuada.
Análisis de datos	Cuantitativo. Estadística descriptiva Estadística inferencial.	Cualitativo. Inducción analítica. Triangulación.	Intersubjetivo. Dialéctico.

La importancia de mostrar las características de cada postura epistemológica, es el de esclarecer el paradigma de investigación científica, la postura epistemológica, y la metodología de investigación que se adoptaron en este

estudio, pues las decisiones metódicas y técnicas fueron tomadas en base a lo anterior.

Por otro lado se encontró que Goezt y LeCompte en Rodríguez, Gil y García (1999), identificaron claramente cuatro etapas en la investigación que, aunque solo las identifican para la metodología cualitativa, es claro que también se aplican a la metodología cuantitativa.

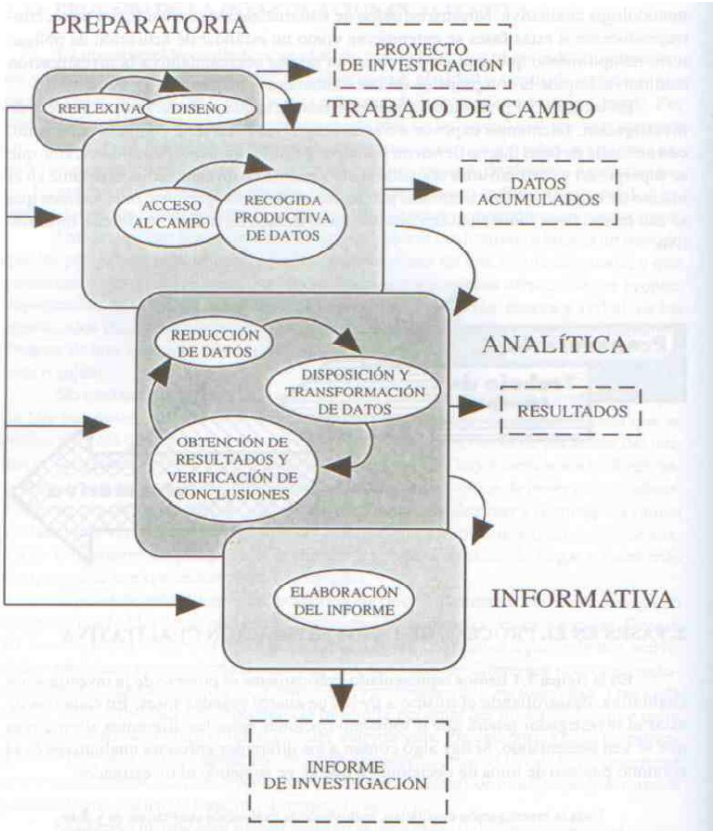


Fig. II.9 Etapas de la investigación científica. Tomada de Rodríguez, Gil y García (1999).

Haciendo un ejercicio de análisis y síntesis sobre cómo se aplican estas etapas en ambos paradigmas de investigación se determinó que:

- **La etapa preparatoria** se concluye cuando se concretan la pregunta y los objetivos de la investigación, y el marco referencial para su estudio. El producto que se obtiene es el proyecto de investigación. Para el logro de

esto el investigador tiene que establecer el marco epistemológico de la investigación contestando las siguientes preguntas: ¿en qué paradigma de investigación se situará?, ¿desde qué postura epistemológica se observará el fenómeno?, ¿qué métodos y que técnicas se utilizarán para recoger los datos? y ¿cómo va a almacenarlos? Un modelo y dos ejemplos diferentes sobre la toma de estas decisiones es el siguiente

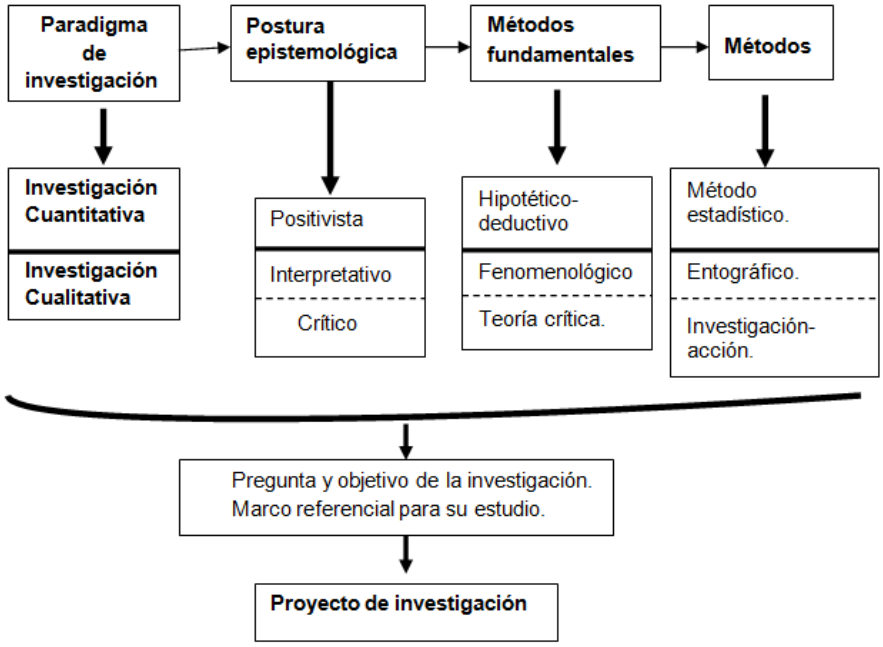


Fig. II.10 Modelo del proceso epistemológico de la etapa preparatoria
Elaboración propia (2009).

La etapa del trabajo de campo. Este es el segundo momento de decisión metódica y técnica. Se da cuando el investigador tiene que resolver ¿cómo va a entrar al campo de trabajo? El producto obtenido generalmente es un conglomerado de datos en una base electrónica. Ejemplos de esto se tiene cuando en una investigación cuantitativa se decide que la entrada al campo será obteniendo permiso a un grupo de autoayuda de pacientes diabéticos para aplicar un cuestionario guardando los datos obtenidos en una base de datos electrónica. Un ejemplo en investigación cualitativa, se tiene cuando se decide que se hará

observación participante en un grupo de autoayuda de pacientes diabéticos, registrando las observaciones en un diario de campo.

- **La etapa analítica**. Este tercer momento de decisión metodológica se origina por ejemplo, cuando en una investigación cuantitativa se resuelve que para el análisis de la información se utilizará el programa de análisis estadístico SPSS que ayudará a interrelacionar los datos aplicándoles el análisis estadístico de regresión logística. Un ejemplo de esta etapa en una investigación cualitativa, es cuando se categorizan y reducen los datos bajo un modelo como el que plantea Mercado y Torres (2000), que presento en la siguiente página y se estudian los datos en un marco analítico de análisis de contenido.

- **La etapa informativa**, se produce cuando el investigador redacta y presenta los resultados en una tesis o a algún medio de comunicación que los dé a conocer.

Es de suma importancia siempre tener presente que en la investigación cualitativa, por su naturaleza flexible, estas etapas no tienen principio ni final claramente delimitados como en la investigación cuantitativa, pues lo esperado es que las etapas se sobrepongan y mezclen unas con otras, por lo que el investigador tiene que ir tomando decisiones que aparentemente no corresponden a la etapa en la que se está trabajando, o regresar o saltar etapas durante el estudio. Sin embargo al llegar al final de una fase siempre se produce un tipo de producto. Es por esto que la metodología cualitativa pide el análisis de los datos posteriormente a su obtención y en general, antes de que se obtengan nuevos datos, con el fin de obtener cada vez mejores datos que lleven a comprender el fenómeno. Un método que puede ser seguido para el manejo y análisis de datos es el propuesto por Mercado y Torres (2000). A partir de las ideas del autor se elabora el siguiente modelo:

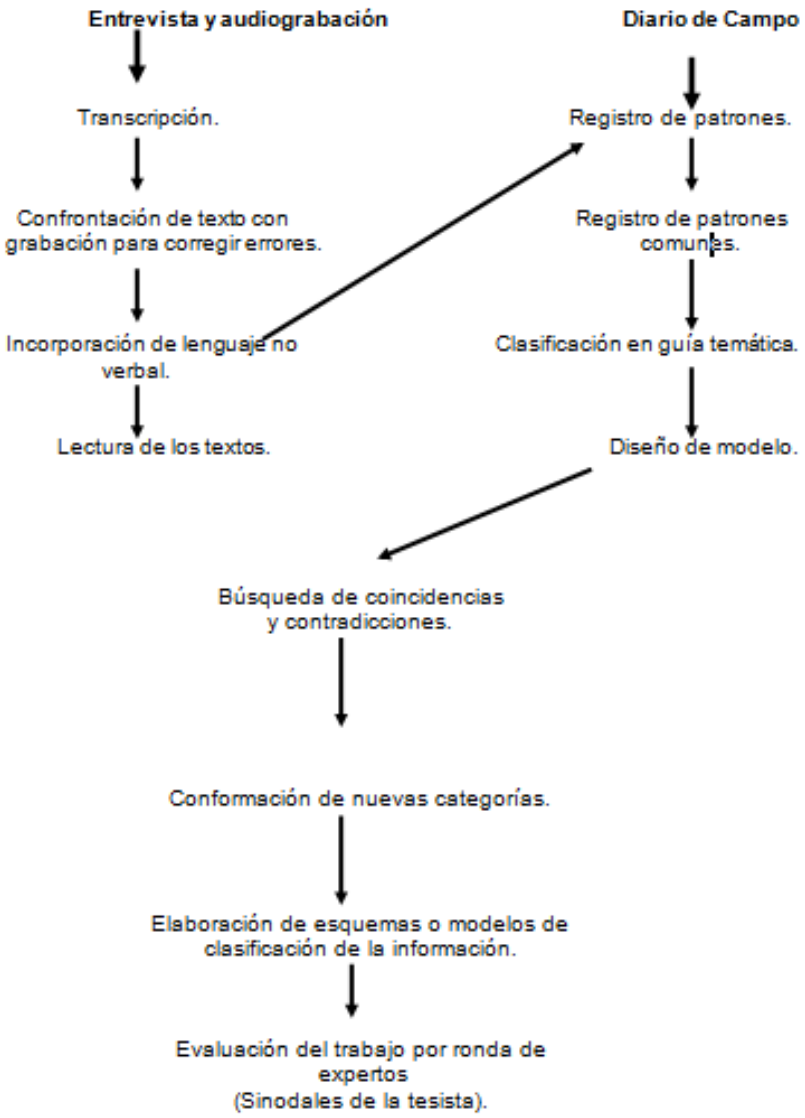


Fig II.11 Guia para la recolección de datos y su análisis.
Mercado y Torres (2000).
Modelo de elaboración propia (2009).

Debido a estas características, la metodología cualitativa poco a poco se ha convertido en el pilar de investigación en las Ciencias Sociales, pues la característica de tener una actitud de flexibilidad ante el fenómeno estudiado, no importando cuál sea el método cualitativo utilizado por el investigador, da ventajas al estudio de fenómenos sociales pues ellos no son estáticos, son dinámicos.

En la actualidad los métodos cualitativos suman más de cuarenta, por lo que el investigador que tiene que escoger entre alguno de ellos, es importante que tenga presente lo que mencionan Rodríguez et al. (1999),

> *"Cualquier método que se utilice tiene un marcado carácter instrumental pues se encuentra al servicio de las interrogantes o cuestiones que se han planteado en la investigación. Las interrogantes determinan los métodos. La etnografía, la fenomenología, la teoría fundamentada… etc. Son todos métodos que presentan sus ventajas y limitaciones, cada uno descubre aspectos que otros mantienen velados; produce un tipo de resultados más adecuados que otros; y se ajusta mejor a un tipo de datos que otro."*

II.9 Métodos de la investigación cualitativa.

Los métodos de la investigación cualitativa tienen como objetivo explicar la realidad a través de la interpretación de los significados, las percepciones y las intenciones que dan las personas a los hechos sociales, así como las consecuentes acciones emprendidas. Dicha interpretación se logra a través de la comprensión mutua y participativa de actores e investigadores y éstos últimos, de esta manera, pueden dar respuesta a los problemas planteados.

Algunos ejemplos de métodos de investigación cualitativa son: el interaccionismo simbólico, la etnografía, la hermenéutica, la teoría fundamentada, el análisis de discurso, las redes semánticas y la triangulación (si es usada como estrategia de investigación).

En este trabajo se describe los tres métodos de la investigación cualitativa que se utilizaron para poder alcanzar el objetivo planteado.

El análisis del discurso.

El análisis de discurso está cobijado bajo el paradigma de la investigación cualitativa, la postura epistemológica interpretativa y el método fundamental de la

fenomenología en el que el método de la entrevista a profundidad es el procedimiento preferente para la recolección de datos, ya que es el mejor método para conocer los fenómenos (Marton, 1988).

Parte de su fundamentación teórica la proporciona Sapir (1966, en Vera-Noriega, 2005) cuando afirma que *"es casi imposible subestimar la parte desempeñada por el lenguaje en el desarrollo y en el control del comportamiento social. Es instrumento del pensamiento y comunicación. Sirve de fuerza cohesiva uniendo grupos humanos y separándolos de otros… una lengua común es un índice de solidaridad social de un grupo".*

El discurso obtenido por el investigador a través de la entrevista a profundidad, al ser examinado con el método del análisis de discurso, muestra significados que van más allá de lo lingüístico, pues el entrevistado activa representaciones conceptuales que pueden modificarse y conectarse entre sí, dependiendo del tiempo y el espacio en que se encuentren (Barón, 2008).

Según Márquez (2005) es un campo interdisciplinario que estudia "la forma de uso del lenguaje", a partir del contraste entre unidades del mismo discurso (unidades de uso) dentro del marco contextual en el que fue expresado. Al explorar el contexto se toma en consideración tres dimensiones: a) el uso del lenguaje, b) la comunicación de creencias (cognición) y c) la interacción de índole social.

Metodológicamente Nagle (1999) recomienda al entrevistador trabajar con una pauta de entrevista que garantice que el entrevistado produzca un discurso sobre el tema de la investigación. También añade que no debe ser tan rígida y estructurada que sobreoriente las respuestas obtenidas durante la entrevista, más bien debe permitir la producción de un discurso lineal e independiente, pues la idea básica de la entrevista en profundidad dentro de la tradición fenomenológica lo constituye el otorgar las condiciones de la más absoluta libertad para que el entrevistado origine un discurso real y genuino sobre el tema de la investigación.

Las Redes Semánticas.

Parafraseando a Álvarez (2005) encontramos que este método de recolección de información es un procedimiento híbrido que recolecta datos tanto desde el paradigma cuantitativo como desde el cualitativo. El mismo autor dice que dichos datos son *"el conjunto de conceptos seleccionados por los procesos de reconstrucción de la memoria, en la que participan las clases y las propiedades de los elementos que la integran".*

Este método tiene dos objetivos básicos: el primero es proporcionar una explicación sobre las relaciones que existen entre los nodos conceptuales de la red, es decir, interpretar las relaciones entre la gama de significados expresados a través del lenguaje cotidiano sobre los objetos sociales y el segundo es para conocer o aclarar dudas sobre el significado que una comunidad da a un concepto controvertido (Vera-Noriega, Pimentel y Batista de Albuquerque, 2005).

La fundamentación teórica la proporciona, por un lado, el lingüista y filósofo Noam Chomsky (1971, en Vera-Noriega et al., 2005) cuando afirma que existe una íntima relación entre el lenguaje, la percepción y el aprendizaje, y por otra parte el psicólogo cognitivo Endel Tulving, que plantea la existencia de dos tipos de memoria: la memoria episódica, que recibe y almacena información acerca de datos temporales, de episodios o eventos y de relaciones temporales que se dan entre tales eventos, y la memoria semántica, que organiza el conocimiento acerca de las palabras y otros símbolos verbales, sus significados, sus referentes y las relaciones entre ellos (Álvarez-Gayou, 2005).

La metodología se aplica a personas que comparten una misma identidad social (Vera-Noriega, 2005), ya que ésta se configura a partir del conjunto de rasgos propios de un individuo, que hereda y aprende a través de los grupos socioculturales con los que interactúa. Profundizando sobre la identidad, Mac Gregor (2009) afirma que se construye día a día, pues es un núcleo plástico capaz de modificarse a lo largo de la vida, lo cual le permite a la persona relacionarse con otros individuos presentes en el contexto social donde se encuentre.

De acuerdo a Álvarez (2005) y Vera-Noriega (2005) la técnica tiene dos fases. La primera fase consiste en pedir a las personas participantes en la investigación que definan por escrito en una hoja preparada para ello, una palabra estímulo-concepto (que previamente ha escogido el investigador) con un mínimo de cinco palabras (solamente adjetivos, sustantivos o verbos). Una vez que lo ha hecho la persona, debe voltear la hoja y esperar a que los demás terminen de acuerdo a un tiempo determinado para ello o por no tener más palabras que escribir. Este procedimiento se repite con cada una de las palabras estímulo-concepto seleccionadas por el investigador.

En la segunda fase el investigador pide a los participantes ordenar y jerarquizar las palabras escritas considerando como número uno la más cercana a la palabra estímulo-concepto.

Los datos conseguidos con este ejercicio, se vacían a los formatos de análisis para obtener el peso semántico de cada palabra estímulo-concepto e identificar las relaciones entre ellos.

Con esto se consigue una red semántica que ha reconstruido la memoria de cada individuo estudiado, a través de la selección de un conjunto de conceptos obtenidos de las propiedades y clasificación que hace cada persona. Esto último es precisamente lo que diferencia a las redes semánticas, del resultado que se obtiene con la técnica psicoanalítica construido por asociaciones libres (Álvarez, 2005).

La triangulación.

En su definición original, representa una técnica o procedimiento que permite situar una posición específica, respecto de otros objetos y/o puntos definidos. Esta técnica principalmente ha sido utilizada en el campo de la navegación, de la estrategia militar y de la topografía. Desde 1966, Webb, Campbell, Schwartz y Sechcrest introdujeron el término “triangulación” en la investigación social, al explicar metafóricamente, que el objetivo que tiene el investigador es la búsqueda de patrones de convergencia, con los que se pueda desarrollar o corroborar una

interpretación global del fenómeno humano objeto de investigación (Okuda y Gómez-Restrpo, 2005, Rodríguez, 2005 y Uctemuco, 2004).

Uctemuco (2004) comenta que en ciencias sociales, la definición no varía sustancialmente respecto de la original, pues Cea y D'ancona (1999), y Okuda y Gómez-Restrpo (2005) la definieron como la aplicación de distintas metodologías (tanto cuantitativas como cualitativas) en el análisis de una misma realidad social y Denzin (1978) como: "un complejo proceso que pone en juego métodos diferentes confrontándolos".

Jick, (1979) citado en Rodríguez (2005), asegura que en la literatura de métodos de investigación social existe una larga tradición que preconiza el uso de técnicas de triangulación o validación convergente de los datos obtenidos durante el trabajo de campo. El fundamento de estas técnicas subyace en la idea de que cuando una teoría sobrevive a la confrontación de distintas metodologías, tiene un grado de validez mayor que si proviene de una sola de ellas (Rodríguez, 2005).

El principal objetivo de todo proceso de triangulación es incrementar la validez de los resultados de una investigación mediante la depuración de las deficiencias intrínsecas de un solo método de recogida de datos y el control del sesgo personal de los investigadores, ya que las debilidades de un método de investigación son compensadas con las fortalezas de otro.

Se cree que cuando la triangulación arroja resultados similares, esto corrobora los hallazgos; y cuando los resultados son diferentes, se tiene la oportunidad de elaborar una perspectiva más amplia en cuanto a la interpretación del fenómeno estudiado, de hecho este suceso es lo esperado con la triangulación y no disminuye la credibilidad de las interpretaciones, solo es preciso analizar las fuentes de los datos y el contexto que las acompañaban (Okuda y Gómez-Restrpo, 2005 y Rodríguez, 2005). Sin embargo su aportación más importante consiste en hacernos conscientes del carácter complejo, multidimensional y en permanente construcción de la realidad.

Oppermann (2000), citado por Rodríguez (2005), asegura que el prefijo "tri" de triangulación no hace referencia literalmente a la utilización de tres tipos de medida sino a la pluralidad de enfoques e instrumentos de investigación.

Norman Denzin (1978) identifica cuatro tipos: la triangulación entre datos, entre investigadores, entre teorías y entre metodologías y técnicas, todas ellas posibles de aplicar en el análisis de un mismo fenómeno (Mortis, s.a., Okuda y Gómez-Restrpo, 2005 , Rodríguez, 2005 y Uctemuco, 2004)

- La triangulación de datos tiene tres dimensiones: tiempo, espacio y persona. Supone la recolección de datos de las distintas dimensiones, utilizando el mismo método para obtener la máxima ventaja teórica. Al verificar una determinada hipótesis desde distintas facetas, se reduce el sesgo de los investigadores y se facilita el descubrimiento de hipótesis alternativas.(Mortis, s.a. y Rodríguez, 2005)
- La triangulación de investigadores consiste en el uso de múltiples observadores, más que de observadoras singulares de un mismo objeto. La proliferación de equipos multidisciplinares de investigación en ciencias sociales es una manifestación clara de este tipo de triangulación, pues las visiones teóricas diferentes y las experiencias prácticas combinadas enriquecen el diseño del estudio, el análisis y el desarrollo de las interpretaciones. Sin embargo la investigación multidisciplinar puede resultar muy costosa y difícil de organizar. (Mortis, s.a. y Rodríguez,2005)
- El tercer tipo de triangulación es la triangulación de teorías, que Denzin (1970) define como el uso de distintas perspectivas teóricas para analizar un mismo grupo de datos. (Mortis, s.a. y Rodríguez, 2005)
- El último tipo de triangulación y el más frecuentemente usado, es la triangulación entre métodos y técnicas. Su fundamento radica en la idea de que los métodos son instrumentos para investigar un problema y facilitar su entendimiento. De ahí que se haga referencia a la misma como el "arquetipo de triangulación". (Rodríguez, 2005)

Generalmente se utilizan diferentes técnicas cualitativas, sin embargo también se pueden utilizar cuantitativas, no obstante al hacer esto último, el proceso de análisis se dificulta, ya que las preguntas de investigación al ser de naturaleza diferente arrojarán respuestas con diferentes grados de incompatibilidad y por ende de convergencia (Okuda y Gómez-Restrpo, 2005).

Esta modalidad tiene dos vertientes, la triangulación intramétodos y la triangulación intermétodos, conceptos que explica Rodríguez (2005):

- En la triangulación intramétodos el investigador utiliza múltiples variedades de un mismo método para recopilar e interpretar datos. Está dirigida a verificar la consistencia interna y la fiabilidad. Un ejemplo de la misma sería el test-retest.

- La triangulación intermétodos mide el grado de validez externa de los datos. Trata de comprobar por lo tanto que los resultados no son consecuencia de la utilización de un método particular. Para ello estudia un fenómeno mediante el empleo de métodos cuantitativos y cualitativos simultáneamente o secuencialmente.

    - En la triangulación intermétodos simultánea, como su propio nombre indica, se utilizan métodos cualitativos y cuantitativos al mismo tiempo.
    - En la triangulación intermétodos secuencial los resultados de un método son esenciales para poner en marcha el siguiente, es por esto que se menciona que las técnicas cuantitativas y cualitativas son en consecuencia complementarias. De esta forma, se introduce cierto orden en las cuestiones que están siendo analizadas y la habilidad de combinar los métodos, permite aprovechar los puntos fuertes de cada uno de ellos y cruzar datos.

La triangulación simultánea o secuencial de métodos cualitativos y cuantitativos permite ofrecer una visión más equilibrada.

- Okuda y Gómez-Restrpo (2005) mencionan otros dos tipos de triangulación: la triangulación ambiental que analiza como las localidades, sitios, horarios y momentos diversos (días o épocas del año) influyen sobre los datos obtenidos y sobre la similitud de de datos en diferentes épocas y lugares.
- El otro tipo de triangulación mencionado por Okuda y Gómez-Restrpo (2005) es la triangulación multimétodo, que Se desarrolla a partir de la combinación de múltiples métodos, tipos de datos, investigadores y/o teorías en una misma investigación, con el fin de incrementar la confiabilidad de los resultados.

En cuanto a objetivos generales de todos los tipos de triangulación, se puede decir que los datos obtenidos con cada método u observador se codifican y se analizan separadamente, y luego se comparan, como una manera de validar los hallazgos, de tal manera que cada uno de los métodos o investigadores debe generar un estudio completo en sí mismo. (Mortis, s.a. y Rodríguez, 2005).

La utilización de la metáfora de la triangulación en ciencias sociales ha sido muy discutida. Rodríguez (2005) cita a dos autores con ideas concurrentes, el primero es Blaikie (1991) , que sugiere la necesidad de una moratoria en el uso de este concepto en investigación social y el segundo es Oppermann (2000), que considera que el término es "cuestionable, ya que puede crear una falsa sensación de rigor científico y exactitud". Inclusive el sentido del concepto validez, todavía no es claro, pues como lo expresa Uctemuco (2004): *“La validez no busca lograr la verdad última sobre los fenómenos, busca dar cuenta de los procedimientos efectuados para demostrar ¿cómo se llegó a lo que se llego?, cómo y bajo que procedimientos se llegó a establecer la objetivación, o esas verdades provisionales”.*

Rodriguez afirma que los "escépticos" de la triangulación tal y como fue propuesta por Denzin (1970), sostienen que la triangulación teórica y

metodológica no reducen necesariamente los sesgos ni incrementan la validez, pues aunque se intenta asegurar una profunda comprensión del fenómeno en cuestión, la realidad objetiva nunca puede ser capturada (Moral, 2006).

Denzin (1970), citado por Rodriguez (2005), opina que los enfoques multi-teóricos y pluri-metodológicos proporcionan más información, pero no garantizan la mayor precisión de la misma, que la triangulación es el resultado de múltiples realidades refractadas simultáneamente, como la descomposición de la luz por un prisma (Moral, 2006). Consideran necesario, por lo tanto, definir combinaciones apropiadas e inapropiadas de métodos y fuentes de datos de acuerdo con los presupuestos ontológicos y epistemológicos de la investigación. Un ejemplo de ésta recomendación es lo considerado por Piña (1992), citado por Moral (2006), cuando afirma que el rigor científico de una investigación se suele apoyar en estrategias de triangulación como elemento fundamental, pero considera que cuando se trata de investigaciones orientadas al cambio social y educativo, la fuente fundamental de validez, será en definitiva, la constatación de si el cambio se ha efectuado realmente en las personas a las que afecta y la permanencia del mismo.

Otra crítica que se le ha hecho a la triangulación como un método de evaluación de la validez, es que se ha justificado su aplicación en términos de los parámetros de la investigación cuantitativa. Así por ejemplo, Uctemuco (2004) explica que Guba y Lincoln (1985) afirmaron que en las investigaciones cuantitativas es importante que se demuestren la validez interna o lógica (operacionalización “correcta” de los conceptos teóricos) y validez externa o empírica (congruencia entre operacionalización y fenómeno), conceptos que no necesariamente pueden ser aplicados a la investigación cualitativa, ya que el paradigma cualitativo, se enfocan en la validez de construcción del conjunto y en menor escala en la validez del contenido, es decir, la posibilidad de validación se encuentra más relacionada con la relativa cercanía de las interpretaciones

respecto a un fenómeno o un hecho, que con la correspondencia perfecta entre ambas.

Por lo anterior, Guba y Lincoln propusieron el manejo de los siguientes criterios de validez para la investigación cualitativa (Uctemuco, 2004)

Tabla II.2 Comparación de criterios de validez entre dos paradigmas de investigación

Aspecto	**Positivismo**	**Naturalismo**
Veracidad	Validez interna	Credibilidad
Aplicabilidad	Validez externa	Transferencia
Consistencia	Confiabilidad	Dependencia
Neutralidad	Objetividad	Confirmación

Por otra parte Álvarez-Gayou (2005) propone solo dos conceptos que pueden abarcar los cuatro aspectos de Guba y Lincoln.

Tabla II.3 Aspectos que legitiman la investigación cualitativa.

	Investigación Cualitativa	**Investigación Cuantitativa**
AUTENTICIDAD EN VEZ DE VALIDEZ	**Autenticidad**: Lograr y asegurar la obtención de la situación real y verdadera de las personas que se investiga, es decir que expresen realmente su sentir.	**Validez**: Busca que la observación y la medición se enfoquen en la realidad que se busca conocer y no en otra.
CORROBORACIÓN ESTRUCTURAL EN VEZ DE CONFIABILIDAD	**Corroboración estructural:** Se establecen los lazos de un todo que se apoya en partes de la evidencia (triangulación). Su valor se da durante la interpretación de los datos.	**Confiabilidad**: Busca reducir el error de medición al mínimo posible para obtener resultados estables, seguros, previsibles e iguales a sí mismos en diferentes tiempos.

Concluyendo, la triangulación es una estrategia de investigación en ciencias sociales, utilizada para asegurar que se toma una aproximación más comprensiva

en la solución del problema de investigación, pues es algo más que un proceso de validación convergente que le confiere a un estudio rigor, profundidad, complejidad y grados variables de consistencia. La triangulación más bien supone un *continuum* que recoge una visión holística del objeto de estudio, ya que a los investigadores sociales no les interesa el conocimiento en sí mismo, sino solo como una forma de comprensión de la realidad, que genere un conocimiento significativo para aproximarse a ella tal como es, es decir, desde el punto de vista de los sujetos que la viven y no desde la concepción del investigador. (Mortis, s.a. Okuda y Gómez-Restrpo, 2005 y Rodríguez, 2005)

III.- Metodología.

Este capítulo ofrece al lector una descripción ordenada de las acciones realizadas durante el trabajo de investigación, según las etapas descritas por Rodríguez, Gil y García (1999). Sin embargo cabe aclarar que la labor realizada fue como generalmente sucede en la investigación cualitativa, es decir, sin que las etapas estuvieran delimitadas en tiempo y espacio, a excepción del primer acercamiento a la investigación en la etapa preparatoria, pues es necesario moverse de una etapa a la otra según los datos encontrados y analizados.

La metodología utilizada en este trabajo de investigación, se planeó para lograr el objetivo general:

> Describir la percepción de los médicos pasantes en servicio social de la Universidad Autónoma de Querétaro, con respecto a la comunicación en la relación médico-paciente,

de tal manera que se obtuviera un conjunto de particularidades, desde las esferas sincrónica y emic de la percepción de los médicos pasantes con respecto a la comunicación durante su trabajo con sus pacientes.

A continuación se describen los diferentes métodos utilizados y los objetivos de cada una de las cuatro etapas de la investigación.

III.1 Etapa Preparatoria.

Esta etapa de la investigación se caracterizó por haber sido desarrollada con trabajo de gabinete, teniendo dos objetivos: el primero, la aprobación del proyecto de investigación por el H. Consejo de Investigación y Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ) y por el H. Comité de Investigación de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Querétaro (SESEQ), y el segundo objetivo fue la elaboración del marco teórico y del marco metodológico que guiaron la investigación.

En el trabajo de gabinete se realizaron las siguientes actividades:

- Recolección y análisis de diversos estudios científicos que proporcionaron antecedentes para elaborar un marco teórico sobre las características de interés a estudiar por la investigadora, es decir, sobre la percepción de los adultos desde el modelo cognitivo, de la comunicación, de la RMP y de la RMP desde la medicina defensiva.
- Recolección y análisis de diversos estudios científicos que proporcionaron antecedentes para definir el marco metodológico, que proporcionó una guía para la recolección de datos en el campo, sus fuentes, las herramientas que se utilizaron y la forma de almacenamiento de los datos.
- Para facilitar la comprensión del marco teórico y del marco metodológico, se elaboró una guía de preguntas que sintetizara el trabajo den recolección y análisis. Se muestran las preguntas con sus respuestas en la siguiente tabla.

Tabla III.1 Preguntas y respuestas
del marco metodológico.

CARACTERÍSTICA	**DECISIÓN TOMADA**
¿En qué paradigma de investigación se situará?	En el paradigma de la investigación cualitativa.
¿Desde qué teoría del conocimiento se observará el fenómeno?	Desde la teoría del conocimiento interpretativo.
¿Qué perspectiva teórica se utilizará para estudiar el fenómeno?	La perspectiva teórica fenomenológica.
¿Con qué método se observará el fenómeno?	Con los métodos de análisis de discurso y de redes semánticas.
¿Qué fuentes se utilizarán para recoger los datos?	Médicos pasantes en servicio social de cualquiera de las cuatro juridicciones sanitarias del Estado deQuerétaro que tengan por lo menos tres meses de prestar servicio médico
¿Qué herramientas se utilizarán para recoger los datos?	Entrevistas a profundidad individuales y grupales que se grabarán en audio y la aplicación por escrito de un ejercicio de redes semánticas.
¿Cómo se van a almacenar los datos?	Las entrevistas se almacenarán en un medio electrónico de audio y a través de la transcripción en papel. El ejercicio de redes semánticas se aplicará en papel y se guardarán los formatos.

En resumen este estudio se definió como una Investigación realizada desde el paradigma de la Investigación Cualitativa, donde se observaría el fenómeno de la percepción de los médicos pasantes desde la teoría del conocimiento interpretativa, bajo la perspectiva teórica fenomenológica, examinando los hechos a partir de las posturas epistemológicas del Análisis de Discurso, de las Redes Semánticas y de la Triangulación.

- Se esquematizó el constructo epistemológico de esta investigación para su mejor comprensión:

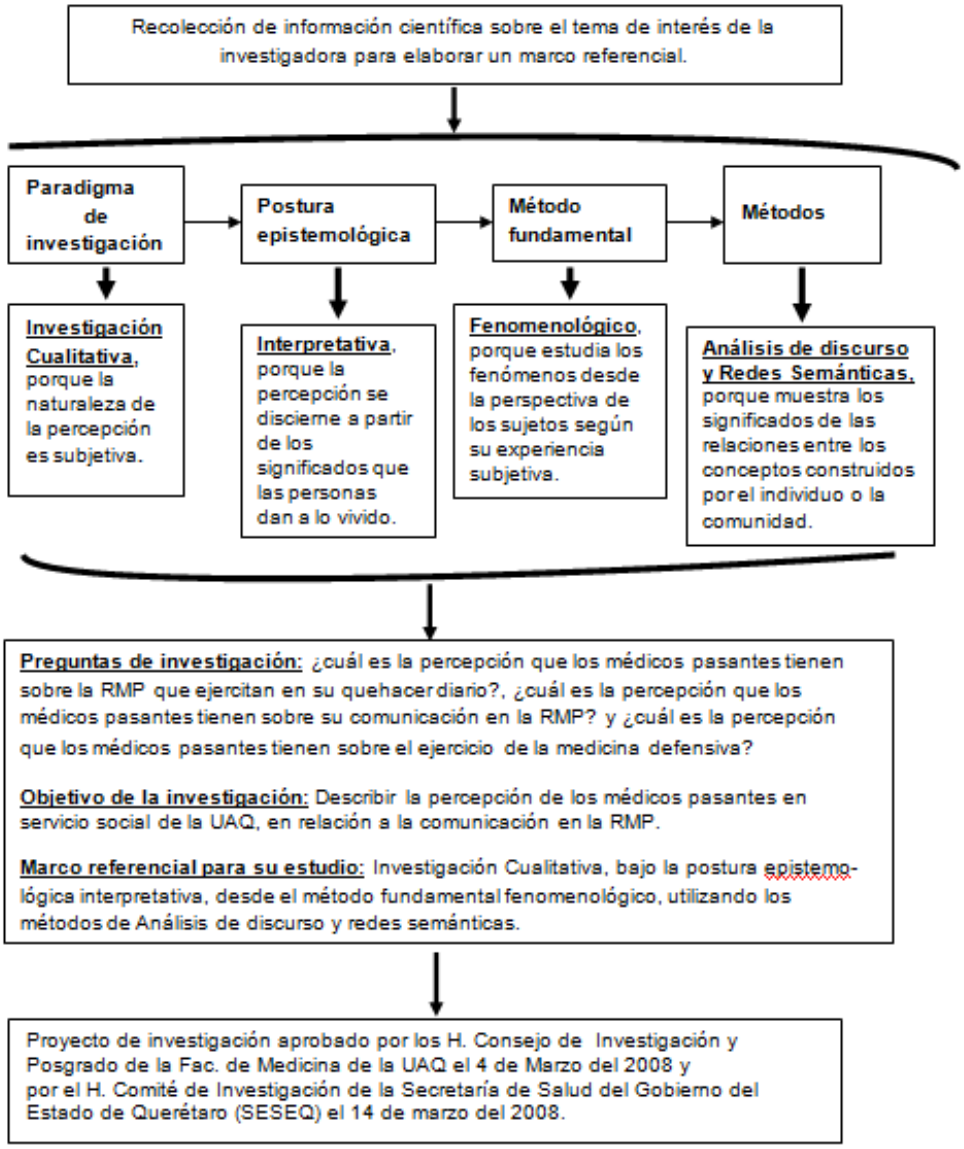


Fig. III.1 Constructo epistemológico de la presente investigación

- En este estudio se incluyeron a los médicos pasantes que cumplieran con las siguientes características:
  1. que fueran citados por las autoridades correspondientes.
  2. que fueran egresados de la UAQ.
  3. que tuvieran por lo menos tres meses prestando el servicio social, pues de esta manera ya contarían con experiencia de trabajo autónomo con pacientes.

4. estuvieran dispuestos a participar en el estudio. No se tomó en cuenta la edad, el género o la ubicación del consultorio donde prestaban el servicio social.

- Se elaboró un plan de trabajo preliminar que guiara las primeras acciones de la investigación y que incluyera las categorías a estudiar.

Es común que en la Investigación Cualitativa el trabajo preparatorio de gabinete se combine con el trabajo de campo, pues la obtención de datos puede redefinir los conocimientos previos o descubrir aspectos sobre los que es necesario profundizar.

Esta alternancia de métodos es difícil describir, por lo que en este trabajo de investigación se optó por referirlos como si se hubieran hecho secuenciadamente, sin embargo se aclara que en la realidad se combinaron constantemente.

Primera entrevista.

- Debido a la ausencia de estudios con respecto a la percepción de los médicos sobre la comunicación en la RMP, se decidió empezar a explorar el fenómeno de interés desde la medicina defensiva, ya que la literatura muestra que ésta es una consecuencia importante del deterioro de la comunicación entre el médico y su paciente. La observación se planeó hacerla desde dos subcategorías : Sobremedicalización y Exceso de estudios clínicos, indicadas en la bibliografía como características de la medicina defensiva por Rivera y Sánchez (2004),

Es por esto que se planteó la siguiente hipótesis provisional de trabajo que guió la labor de gabinete y el trabajo de campo: “El médico pasante en servicio social practica la medicina defensiva, situación que interfiere con la adecuada comunicación con sus pacientes”.

- Se delimitaron las categorías a estudiar en este trabajo, además del de la medicina defensiva.

- Para visualizar la interrelación de las categorías y subcategorías sobre las que se harían las preguntas se elaboró el siguiente modelo:

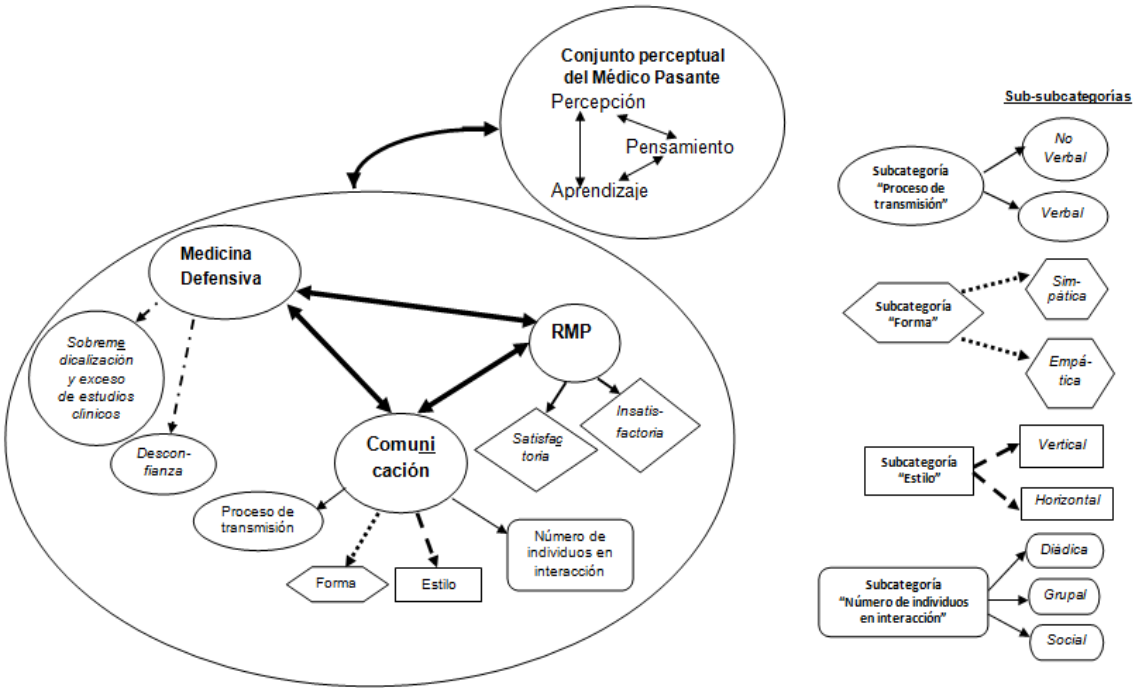


Fig III.2 Modelo de categorías y subcategorías en relación a la percepción.
Elaboración propia (2009).

- Se diseñó una guía de entrevista para la primer entrevista (Guía Temática para la Primera entrevista; ver Anexo) que asegurara preguntar a los entrevistados sobre las categorías de interés en esta investigación. En general la guía permitió examinar la percepción del médico pasante con respecto a la comunicación y la medicina defensiva, la comunicación y la RMP, y la medicina defensiva y la RMP.

- Se elaboró una tabla de "categorización del discurso" que definiera e incluyera cada categoría y las subcategorías a estudiar. (Tabla guía para la categorización del discurso de la Primera Entrevista; ver Anexo).

- Se diseñó una tabla de datos para el vaciado de éstos y de esta manera poder estudiar la información obtenida de la transcripción de la entrevista (Tabla guía de vaciado de fragmentos del discurso según categoría y subcategoría; ver anexo).

- Se realizó la entrevista.

Segunda, tercera y cuarta entrevista.

- A partir de los nuevos datos arrojados por la primera entrevista, se recolectaron y analizaron estudios científicos que proporcionaron información para complementar el marco teórico pre-existente y se plantearon nuevas preguntas: la situación que tienen los pasantes de medicina en el servicio social, reportada por otros investigadores, ¿se repite en el Estado de Querétaro? y si es así ¿cuál es la percepción de los pasantes en relación a los efectos que causa dicha situación en la comunicación con sus pacientes?

- Se rediseñó la guía de entrevista, ya que emergieron datos que no se tenían contemplados y se consideró pertinente su exploración (Guía Temática para la segunda, tercera y cuarta entrevista; ver Anexo).

- Se reelaboró el modelo sobre la interrelación de categorías a partir de la nueva información

- Se rediseñó una tabla de categorías del discurso para incluir los datos emergentes (Tabla guía para la categorización del discurso de la segunda, tercera y cuarta entrevista; ver Anexo).

- El diseño de la Tabla guía de vaciado de fragmentos del discurso según categoría y subcategoría no se modificó, ya que este diseño siguió siendo pertinente para su uso.

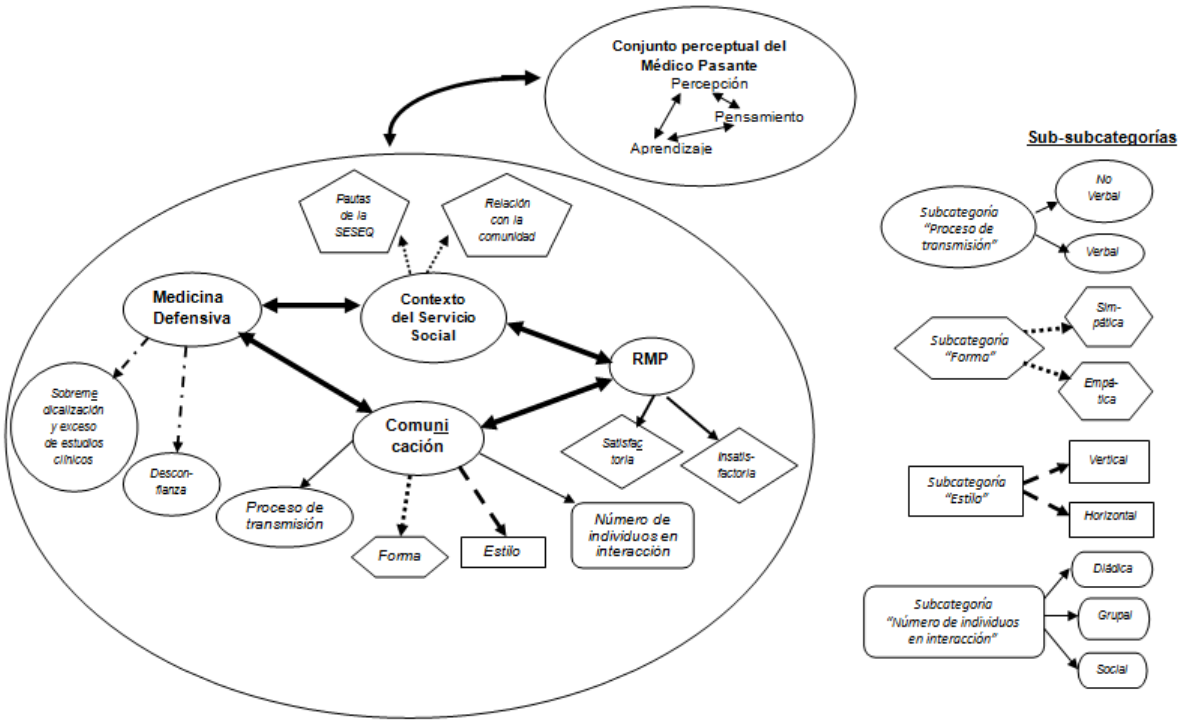


Fig. III.3 Modelo reelaborado de categorías, subcategorías y sub-subcategorías en relación a la percepción.
Elaboración propia (2009).

Cuarta entrevista (particularidades).

En esta entrevista se decidió aplicar un ejercicio de redes semánticas a los participantes en el grupo focal, por lo que:

- Se seleccionaron las palabras estímulo-concepto que se explorarían en el ejercicio de redes semánticas de acuerdo al marco teórico y el constructo de categorías obtenido de las entrevistas previas: comunicación, RMP, medicina defensiva y servicio social.
- Se diseñó el material de apoyo para la aplicación de un ejercicio de redes semánticas de acuerdo al método de Álvarez (2005).
- Se diseñó tablas de análisis para los datos obtenidos con el ejercicio de redes semánticas de acuerdo al método de Álvarez (2005).

III.2 Etapa de trabajo de campo.

Esta etapa de la investigación se realizó a partir de cuatro entrevistas a profundidad semiestructuradas, que tuvieron el propósito de obtener información para conocer la percepción de los médicos pasantes con respecto a la RMP, la comunicación y la medicina defensiva que ejercitan durante su trabajo.

Siempre se tuvo presente que la entrada al campo es uno de los momentos críticos en todo proceso de investigación cualitativa, tal como lo afirma Martínez (2007):

> *"La investigación cualitativa, parte del siguiente supuesto: lo que la gente dice y hace está influenciado consciente o inconscientemente por su situación social, por lo que el investigador debe de ser muy sensible al modo como se introduce a un ambiente".*

por lo que se procuró la entrada al campo de trabajo con sencillez y tratando de lograr empatía con los actores, explicándoles el objetivo de la investigación y haciendo el compromiso de proporcionarles la retroalimentación de los resultados obtenidos.

Previo consentimiento de los médicos pasantes, se grabó la entrevista en una grabadora digital por lo que se cuenta con ella en audio.

Por otra parte, también se realizaron las siguientes acciones generales de la metodología cualitativa, para poder proseguir al análisis de los datos;

- Antes de ser transcrita la entrevista se le asignó un código a cada participante, de tal manera que al hacer la transcripción, cada uno de los médicos pasantes quedó en el anonimato, tal como se les prometió antes de la entrevista.

- Las grabaciones se transcribieron siguiendo la guía de Mercado y Torres (2000) según la Fig II.11.

La primera entrevista.

La primera entrevista fue realizada con un grupo focal de cuatro participantes. El entorno que rodeó esta primer entrevista fue difícil, ya que aunque previamente la investigadora había concertado la cita con la persona encargada del Servicio Social de los médicos pasantes para la realización de la entrevista grupal, por razones fuera de su control, los pasantes no fueron informados ni se disponía de un lugar adecuado para la entrevista. Esto dio por resultado que de los quince médicos pasantes que se esperaba entrevistar en un salón donde no se esperarían interrupciones, se entrevistaron a solamente cuatro médicos pasantes que seguían en las oficinas de la juridicción sanitaria. De esta manera después de una sesión de enseñanza de tres horas aproximadamente y de entregar su reporte mensual, sin previo aviso fueron obligados a asistir a la entrevista, por lo que los sujetos estaban hambrientos y cansados.

El lugar que se asignó para llevar a cabo la entrevista, fue un espacio entre varios escritorios de una de las oficinas, donde todavía estaban trabajando algunos empleados de la Secretaría de Salud. Al principio esto causó tensión en los entrevistados.

Entre las principales observaciones se registró que una de las personas entrevistadas que hasta antes de grabar había estado muy dispuesta a entablar conversación, en cuanto se colocó la grabadora al centro del grupo sobre un banco, cambió su actitud, se sentó en su silla echando el cuerpo hacia atrás y cruzó los brazos, por lo que participó muy pocas veces durante la entrevista.

De las otras tres personas, una de ellas fue la “voz cantante” del grupo, siendo las otras dos personas las que reafirmaban y complementaban su discurso. Aparentemente el contexto del lugar no les afectó para manifestar algunas inconformidades que expresaron determinantemente, sin embargo su rostro denotaba cansancio y al final de la entrevista al agradecer la investigadora su participación, entre los comentarios surgió la expresión del “sentir hambre desde hace un rato” entre los médicos.

Por otra parte la investigadora registró que sentía cierto nerviosismo por ser ésta la primera experiencia de entrevista a un grupo focal. La falta de privacidad fue un factor importante para no indagar en algunas afirmaciones que los médicos hicieron, pues la investigadora temía pudiera haber represalias contra ellos. También se dio cuenta que la guía temática que había preparado resultó inoperante, ya que debido a su tamaño tanto en número de preguntas, como en el tamaño del papel donde iba impreso (tamaño carta), era muy fácil perder el registro sobre cuáles preguntas ya se habían contestado y cuáles no; además de que el documento era un distractor para todos los participantes.

La segunda y tercer entrevista.

El análisis de los resultados de la primera entrevista, arrojó el dato sobre el desconocimiento del término de "medicina defensiva" entre los pasantes de medicina en servicio social de la UAQ. Sin embargo, se observó que sí ejercen dicha actividad por reglamentación oficial, además se detectó que las exigencias laborales impactan directamente en el desempeño del trabajo del médico pasante, de tal manera que, dependiendo de las circunstancias, es afectada la adecuada comunicación con los pacientes.

Por lo anterior antes de salir a campo nuevamente se modificó la hipótesis, replanteando una segunda hipótesis provisional: "El médico pasante en servicio social tiene dificultades para entablar una comunicación adecuada con sus pacientes, debido a las exigencias laborales que les son demandadas por parte de las autoridades".

El contexto de la segunda y tercera entrevistas fueron bajo circunstancias muy similares entre las dos. Estas entrevistas fueron individuales, concertadas con el pasante con una previa cita y en el consultorio comunitario donde presta su servicio social, por lo que se contó con total privacidad y disposición de los médicos pasantes para la realización de la entrevista.

Se pidió permiso para grabar las entrevistas, sin encontrar objeción para hacerlo, y la investigadora memorizó solo seis preguntas clave en relación a la

nueva hipótesis, sobre las que se desarrollaron las entrevistas (Ver Tabla guía para la categorización del discurso de la segunda, tercera y cuarta entrevistas en el Anexo).

La cuarta entrevista.

La cuarta entrevista se hizo a un grupo focal conformado por 8 pasantes, dentro de un contexto muy controlado, ya que las autoridades correspondientes brindaron todas las facilidades para esta entrevista (pasantes citados previamente para que se presentaran en su día de pago, con permiso para disponer del tiempo necesario para la entrevista y un espacio con privacidad y mobiliario adecuado para la entrevista grupal). Además previendo inquietud en los pasantes por falta de alimento debido a la hora de la cita, la investigadora les ofreció un refrigerio.

Como en las otras entrevistas se pidió permiso para grabar en audio la entrevista, sin que nadie expresara objeción a esto. Se observó participación de todos los pasantes durante la entrevista, sin embargo, como en la primer entrevista, hubo dos pasantes que fueron la “voz cantante” del grupo, es decir, tuvieron más intervenciones que los demás.

Como en la segunda y tercer entrevista, la investigadora guió esta cuarta reunión bajo las seis preguntas trabajadas en las dos entrevistas anteriores. Para finalizar aplicó un ejercicio de redes semánticas a los médicos pasantes tomando como palabras estímulo las palabras de las categorías que habían sido delimitadas en las entrevistas, es decir, comunicación, RMP, medicina defensiva y servicio social.

La entrevista se desarrolló bajo un ambiente cordial y participativo, donde los pasantes siguieron expresando sus opiniones aun después de ya terminada la entrevista. Desafortunadamente la investigadora ya había apagado la grabadora y solo un par de estos pensamientos fueron registrados en forma de anotaciones en la libreta de campo momentos después.

III.3 Etapa Analítica.

Por ser el objetivo general una descripción de la percepción de los médicos pasantes, se efectuó una clasificación de las declaraciones hechas por los médicos pasantes en tablas de organización del discurso, de acuerdo a la Tabla guía de vaciado de fragmentos del discurso según categoría y subcategoría (ver anexo).

Se trabajó bajo la expectativa de que el número de categorías y subcategorías podía incrementarse o disminuirse según los aspectos derivados del énfasis y constancia con que los médicos pasantes repetían algún contenido relacionado a ellos.

La clasificación de los datos se hizo “a mano”, pues la investigadora no contó con ningún programa informático para su estudio, sin embargo esta situación permitió vislumbrar la riqueza de las declaraciones de los médicos pasantes, ya que se expresaron opiniones con información que no se conocía y esto permitió advertir un nuevo enfoque del fenómeno.

El análisis del discurso.

En el análisis de cada entrevista se realizó el siguiente trabajo:

- Se agruparon segmentos de texto de las entrevistas en las tablas de categorización elaborados previamente, en la subcategoría o las sub-subcategorías según la interpretación dada por la investigadora a fragmentos del discurso.
- Se crearon nuevas subcategorías cuando a consideración de la investigadora fueron necesarias.
- Se encontraron coincidencias en las tablas de categorización para de esta forma reducir el número de categorías.
- Se confrontaron las tablas de categorización con el marco referencial buscando coincidencias y contradicciones.

- Haciendo este trabajo desde la primera entrevista, se obtuvo un panorama que permitió abordar la segunda, tercera y cuarta entrevistas con un conocimiento particularizado del problema
- La segunda, tercera y cuarta entrevista fueron analizadas siguiendo la misma técnica.
- Se proyectó lograr la saturación para poder finalizar la recolección de datos, de acuerdo a lo que menciona Álvarez-Gayou (2005) y Taylor y Bogdan (1987), sin embargo por motivo de tiempo se dio por terminada esta investigación antes de lograrla.
- El resultado final fue la obtención de un *sistema de categorías* que representó formas cualitativamente diferentes de aprehender, concebir y entender el fenómeno de la percepción de los médicos pasantes en servicio social egresados de la UAQ, con respecto a la comunicación en la RMP.

Los datos fueron examinados utilizando el marco referencial del análisis de discurso que es apoyado por el Método Comparativo, siendo éste último base fundamental de la generalización entre los fenómenos estudiados, según lo afirma Malinowski (1984). Estos métodos se utilizaron con la finalidad de no meramente clasificar datos, sino de acuerdo al marco interpretativo del análisis de discurso, buscar la mayoría de las características que aparecen en esos datos; esto es, se buscaron diferencias estructurales significativas, que aclararon cómo los médicos pasantes definen algunas porciones específicas de la comunicación en la RMP. Para el logro de este objetivo, las citas se trabajaron desde dos estructuras como lo indica Marton (1988):

- desde el contexto donde la declaración fue tomada pues se ha demostrado que la misma expresión toma diferente significado cuando aparece en diferentes contextos, y
- desde el conjunto de significados al que pertenece.

El análisis de las Redes Semánticas.

El análisis de Redes Semánticas se realizó de acuerdo a las categorías propuestas por Álvarez-Gayou (2005) para cada una de las palabras estímulo definidas (comunicación, RMP, medicina defensiva y servicio social):

- *Valor J.-* Constituye un indicador de la riqueza semántica de la red, de acuerdo a la siguiente premisa: a mayor cantidad de palabras definidoras generadas por los sujetos, mayor es la riqueza de la red. Este valor se obtiene contando el total de palabras definidoras diferentes, que también está indicado en el Cuadro de VMT (ver Anexo).

- *Valor M total (VMT).-* Es un indicador del peso semántico de cada una de las palabras definidoras. Este valor se obtiene de la multiplicación de la frecuencia de aparición (FA) por la jerarquía obtenida (o valor semántico –VS-), de tal manera que la palabra o grupo de palabras que obtengan el mayor puntaje, son las de mayor peso semántico. Es importante destacar que con diferentes palabras definidoras, que a juicio del investigador pertenecen a la misma categoría semántica, se puede formar "un concepto-estímulo" en el que se sumará el peso semántico de cada palabra definidora. Esta categorización es desarrollada, como en el análisis de discurso, a partir del contexto y del significado que tiene la palabra definidora (Ver Cuadro para el Cálculo de VMT en anexos).

- *Conjunto SAM.-* Es el grupo de las diez palabras definidoras con mayores Valores M Totales (VMT) y constituyen el núcleo central de la red semántica. De acuerdo a Álvarez-Gayou (2005) constituyen el núcleo central de la red y muestran el significado psicológico del estímulo que se está investigando. Se pueden reunir palabras que sean sinónimas. La palabra definidora SAM con valor MT más alto, representa la total cercanía con la palabra estímulo (100%), el alejamiento que tienen las otras palabras SAM se calcula con el procedimiento aritmético de la regla de tres (ver Tabla de resultados para el conjunto SAM en Anexos).

- *Valor FMG.*- Este valor es un indicador, en términos de porcentajes, de la distancia semántica entre las diferentes palabras definidoras que conforman el conjunto.

Durante el análisis de los resultados, tanto del discurso como de las redes semánticas, se tuvo presente lo puntualizado por Mercado y Torres (2000), en relación a que el análisis debe ser sistemático y comprensible, contando con un esquema de análisis preliminar, que aunque sea cambiante y flexible, proporcione al investigador posibles formas de tratamiento de los datos desde el inicio del estudio. Es por esto que se elaboraron previamente los machotes de tablas, formatos y cuadros que se utilizarían durante el análisis de datos.

La triangulación.

Las conclusiones obtenidas del análisis de discurso realizado a las transcripciones de las entrevistas, se triangularon con los resultados obtenidos con el ejercicio de Redes Semánticas, de esta forma se respondieron las preguntas de investigación.

III.4 Etapa Informativa.

Después de la revisión cuidadosa del documento por un panel de expertos (sinodales) en relación a: los datos, los resultados y la redacción del trabajo, la investigadora lo presenta como tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias de la Salud orientación en Educación por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Este capítulo presenta en primer término, los fragmentos encontrados en el discurso de los médicos pasantes, que son los más representativos de las categorías estudiadas. Enseguida se presentan los resultados obtenidos a través

del ejercicio de redes semánticas y para finalizar, un análisis comparativo entre ambos resultados (triangulación).

Como se mencionó en la Introducción de este documento, en este capítulo *el lector encontrará parte de la revisión de la literatura entretejida en los resultados,* pues generalmente esta es la forma que los científicos que estudian al hombre y a la sociedad presentan el producto de su trabajo, para de esta manera lograr dos de los objetivos de la investigación cualitativa: relacionar los datos de la nueva investigación con otros materiales científicos (Herskovits, 1978 y Augé y Colleyn, 2005) y dar voz a los actores (Martínez, 2007), reafirmando con este segundo objetivo uno de los fundamentos epistemológicos de la investigación cualitativa.

IV.1 Análisis del Discurso de las Entrevistas

La descripción de la percepción de los médicos pasantes que se hace a continuación, se comenzó a elaborar de acuerdo a las cuatro categorías definidas en el marco teórico: la Comunicación, la RMP, la Medicina Defensiva y el Contexto en el Servicio Social. Estas cuatro categorías para su estudio, fueron subcategorizadas según el marco teórico con diez grupos y en especial las subcategorías de la categoría Comunicación, fueron sub-subcategorizadas (ver Fig III.3 y en el Anexo la Tabla guía para la categorización del discurso de la segunda, tercera y cuarta entrevistas).

No obstante aún teniendo esta guía, durante el trabajo de vaciado de los fragmentos del discurso, emergieron nuevas subcategorías para cada una de las categorías estudiadas, por lo que al finalizar se contó con 22 subcategorías que proporcionaron un conocimiento más claro sobre cuál es la percepción de los médicos pasantes, con respecto a la comunicación en la RMP.

La nueva subcategorización fue esquematizada en el modelo siguiente, para comprender como se interrelacionan las categorías a través de las subcategorías y de esta manera tener los primeros datos, para poder describir la percepción de

los médicos pasantes de la Universidad Autónoma de Querétaro en servicio social, con respecto a la comunicación en la RMP, objetivo de este estudio.

En el modelo que se muestra a continuación, las subcategorías emergentes se simbolizaron con una figura geométrica de borde discontinuo y el conjunto perceptual del pasante, ahora se encuentra inmerso dentro de las categorías.

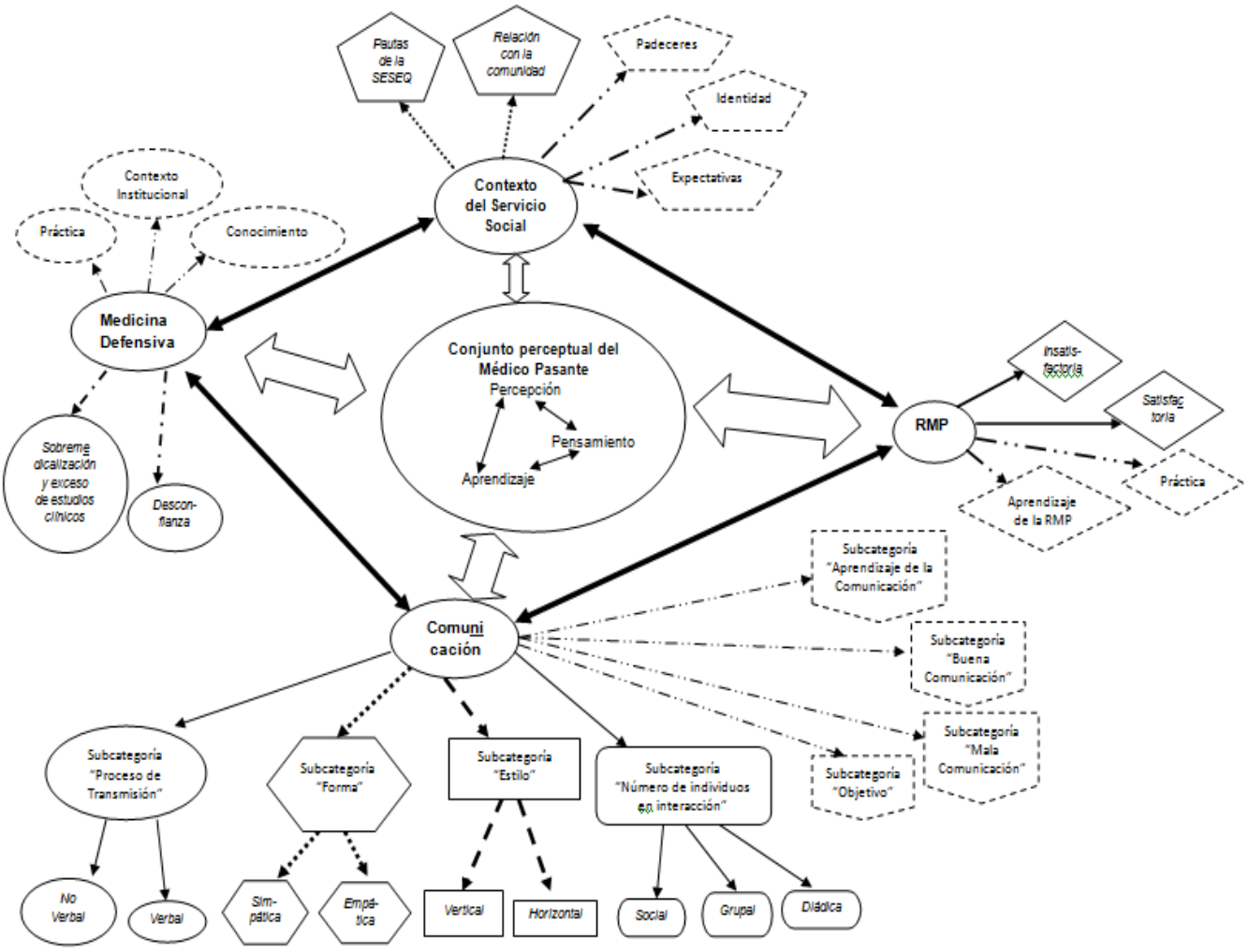


Fig. IV.1 Reelaboración del modelo de categorías, subcategorías y sub-subcategorías en relación al conjunto perceptual.
Elaboración propia (2010).

El lector debe de tomar en cuenta que en las expresiones de los médicos pasantes que se muestran a continuación, no se hace diferencia en cuanto a la entrevista en que fue obtenido el dato, ni en cuanto al sexo del entrevistado, al

que se le mencionará como el/los pasante/s y con el código asignado a esa persona, de esta manera se salvaguarda la identidad de los participantes en las entrevistas. También se marcaron, durante el examen de las expresiones de los pasantes, las categorías y subcategorías en negritas y las sub-subcategorías se subrayaron.

La Comunicación.

Como fue definido en el marco teórico, la **Comunicación** en esta investigación fue estudiada como un proceso sociocultural donde, como refieren De Fleur y Ball-Rokeach, (1982), a través de un intercambio simbólico, los seres humanos pueden desempeñar papeles, comprender las normas del grupo, definir un sistema de valores compartido y aplicar sanciones sociales.

Entre las descripciones de las competencias profesionales que el médico debe desarrollar, Epstein y Hunder en Sogi et al. (2007) definieron no solo las habilidades técnicas, sino también las habilidades socio-culturales entre las que incluyen a la comunicación:

> *"*[el médico debe de desarrollar] *el uso habitual y juicioso de conocimiento y habilidades técnicas y de comunicación, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexiones en la práctica diaria en beneficio del individuo y comunidad a servir".*

Al comenzar a explorar el conocimiento que tienen los pasantes sobre comunicación, se observó que aunque no tienen una definición exacta del término "comunicación", sí tienen un concepto general tanto del significado, como del **proceso de transmisión** de la **Comunicación**

> *D8 - es el intercambio de un mensaje, de diferentes maneras.*
>
> *D9- siempre que se habla de comunicación, es como el tipo de diálogo que se tiene con otra persona, por lo menos es un diálogo de una idea…*

D 10- es la forma en que interactúa el médico con su paciente, igual será una comunicación que es de muchos tipos, verbal, corporal, gestual.

D8- bueno, la física, mímica, corporal, visual.

Profundizando en el **proceso de transmisión**, se observó que, tanto la comunicación verbal como la comunicación no verbal son manejados cotidianamente por los pasantes, sin embargo generalmente es utilizada la **Comunicación** con **estilo** vertical, es decir, donde el pasante se concentra en transferir información al paciente, sin reconocer el conocimiento previo que tiene éste último (De Fleur y Ball-Rokeach, 1982), de hecho, en su discurso no se pudo detectar el **estilo** horizontal de **Comunicación**

D11 - …tengo muchos viejitos con los que me comunico sólo con mímica…

D4 – …les explicas con dibujos, les haces periódicos murales…

D12 - …son pacientes que van dispuestas a escuchar todo lo que tú digas a preguntar y abrirles un poquito más su mente …

D5 - …hay pacientes que son muy accesibles, con los que uno les explica y hacen caso de lo que uno dice, y así también hay pacientes que por más que uno les diga, les insista y todo, tómese este medicamento, haga esto, haga lo otro, pues muchas veces hacen lo que quieren, o no se lo toman 'es que se me olvido tomármelo'.

Sin embargo este tipo de **Comunicación** es justificado por los pasantes debido a las características que existen en las comunidades donde trabajan, refirmando esta apreciación porque algunos de ellos han tenido experiencia profesional en otros ámbitos:

D6 - …en general trató de tener una relación de iguales con ellos, a pesar de, a veces la diferencia de escolaridad que hay, mmjjm, es más fácil que yo me bajé al nivel de ellos"

D3 – Es muy difícil tratar con personas que no tienen ni kínder… yo le hice a un paciente dibujos para que supieran como tomarse el medicamento y llegan a consulta y no se los había tomado.

D5 - …soy suplente de un médico… es gente que es exigente por su nivel socioeconómico, sí es un poquito más alto por qué ya trabajan, aquí la gente es obrera el nivel más alto, y allá no, hay así por ejemplo, licenciados, hay gente con alguna licenciatura ya no es lo mismo que una gente que apenas sabe leer y escribir, entonces sí te exige más, y en ése aspecto uno también si tiene que subir su nivel a la hora de explicar cosas…

Otra razón por la cual los pasantes establecen este tipo de **Comunicación**, es porque uno de los **objetivos** que persiguen, es que sus pacientes controlen o curen sus enfermedades con el medicamento proporcionado, para lo cual utilizan como proceso de transmisión tanto la comunicación verbal como la no verbal:

D14 - … entonces lo que estamos haciendo ahorita es por dibujos, les pintó un solecito y una luna y les digo esto lo va tomar por la mañana y esto por la noche.

D6 - … yo aplicó mucho lo que es palitos, bolitas, ese tipo de usos en lo que son ejemplos, que a final de cuentas, este, yo creo que ellos también lo sienten muy bien porque se entiende todavía mejor lo que son horarios, para que son todos los medicamentos y a lo mejor, creo yo que a veces hasta me excedo en explicarles para que son, pero a final de cuentas en el resultado de un tratamiento se nota.

Otras estrategias de comunicación que utilizan los pasantes son la **forma** empática como la **forma** simpática de **Comunicación**:

D6 -…en general trató de tener una relación de iguales con ellos, a pesar de, a veces la diferencia de escolaridad que haya, mmjjm, es más fácil que yo me bajé al nivel de ellos…

D11 – [con los viejitos] no hablas de número de pastillas, o de nombres, o de medicamentos, es simplemente una grande, dos chiquitas, dos rojitas, entonces apenas así entienden…

D5 - Depende también del tipo de persona la actitud que uno tome, ¿no?. Hay gente que sólo siendo enérgica y exigiéndole y regañándola hace caso, y hay gente que uno tranquilamente le puedo explicar como si estuviera hablando con un familiar…

D6 - …creo, que hasta es como de amigos ya en cierta parte.

Indagando en el **objetivo** que tienen los pasantes para el uso de todos estos métodos de **Comunicación**, se encontró que

D6 -… a lo mejor, creo yo que a veces hasta me excedo en explicarles para que son, pero a final de cuentas en el resultado de un tratamiento se nota…

D14 -…veo que llevan un control, que están comiendo mejor, entonces eso te entusiasma …

Se observó que los pasantes al mencionar la **Comunicación** que desempeñan con los pacientes en cuanto al **número de individuos en interacción** durante su trabajo profesional, la mayor parte del tiempo se refirieron a una **Comunicación** diádica, por lo que se infirió que los pasantes probablemente, no reconocen la **Comunicación** grupal y social como otras importantes formas de comunicación de los médicos con sus pacientes. A pesar de que por obligación deben de practicar también la **Comunicación** grupal no se habló sobre el tema, a excepción de lo siguiente:

D3 – Está el grupo de ayuda mutua, eso se supone que lo tenemos que hacer por obligación, es un grupo donde están todos los pacientes crónicos que vienen en las tardes para hacer alguna actividad o algo, entonces yo platico con ellos para explicarles que la diabetes no se cura pero que se puede controlar y les explico qué es lo que se siente con esa enfermedad y cada uno expresa qué es lo que siente con su enfermedad, es un grupo piloto para ver si funciona o no, ellos van cada mes y hacemos actividades…

Con respecto a la experiencia que han tenido los pasantes con la **Comunicación** con sus pacientes, se subcategorizó en **buena comunicación** y **mala comunicación**. La primera quedó expresada de la siguiente manera:

> *D14 - tener una buena comunicación si lo podemos ver ¿cómo?, Cuando los pacientes están controlados, eso quiere decir que están tomando el medicamento como corresponde, que te están poniendo atención y la comunicación es buena, porque si no, no te entienden como se deben tomar el medicamento… veo que llevan un control, que están comiendo mejor, entonces eso te entusiasma y con eso puedes ver que a fin de cuentas tienes una buena comunicación con tu paciente…*

> *D12 - todos los jueves veo a mis pacientes embarazadas… terminas agotada, pero ya no desilusionada porque son pacientes que van dispuestas a escuchar todo lo que tú digas… entonces tú te sientes un poquito más como médico, te sientes escuchado/a…*

Las expresiones anteriores muestran que el **objetivo** que tienen los pasantes, es que sus pacientes controlen o curen su o sus enfermedades, a través del puntual seguimiento del tratamiento administrado y de las recomendaciones dadas por los jóvenes galenos, siendo el resultado del tratamiento el factor que determina la percepción de los pasantes para que resuelvan una **buena comunicación** o **una mala comunicación.**

Siguiendo la lógica antes expuesta, se esperó que la **mala comunicación** fuera enunciada con expresiones que denotaran lo contrario, sin embargo se encontró lo que sigue:

> *D12 - …cosas que merman la comunicación es el cansancio, los reportes que tienes que entregar cada mes y que estás haciendo un día antes, entonces quieres terminar rápido la consulta, o que el paciente llega a veces muy exigente y a veces hasta grosero…*

> *D11 - Otra cosa que merma la comunicación, es las mentiras del paciente, bueno es que a mí sí me han tocado pacientes que son mentirosos…*

D10 - cuestionan tu tratamiento.

D11 - … tengo pacientes que tienen cuatro niños, entonces diario llevan a uno, ¿qué es lo que hace con el medicamento Sra.?, finalmente no lo puedes cuestionar tú, mientras lleven sus hojas [del Seguro Popular] mínimo con un paracetamol salen…

Se observó que la subcategoría **mala comunicación,** los pasantes la asocian a situaciones que tienen que ver con su actuar, como cansancio, entrega de información, etc., y con el intento del paciente para engañar al pasante o para tratarlo de mala manera, situaciones que están ligadas a la categoría **RMP**.

La última subcategoría que emergió durante las entrevistas fue el **aprendizaje de la comunicación** que se debe establecer con los pacientes, donde los pasantes expresaron lo siguiente:

D6 - Bueno, yo creo que desde el inicio para establecer una comunicación ... depende mucho, tu nivel familiar personal, desde lo que ejercitas en una comunicación normal, fuera de la relación médico paciente, ¿no?, como paso número uno. Dos, yo creo que también influye el carácter de cada quien ¿no?, no se, hay quien se sienten mucho más y no te vas a rebajar por nada ante quien esté frente a ti... A nivel de lo que es de la escuela, mmmhh..., yo creo que pocos son los médicos que incluso con el ejemplo te enseñan a establecer esa relación. Nombres está demás decirlos. Y en el hospital hay veces que... son tantos los pacientes, tanto el trabajo, tantas las urgencias y la importancia de la cuestión tiempo que muchos si se olvidan, ¿no?. No digo que todos pero también vas aprendiendo, ahora en cuestión de que te digan debes hacer así o asá, no.

D5 - ...mi mamá también es médico, pues entonces... desde chiquita uno se va dando cuenta de cómo son las actitudes, las formas de interactuar, y me imagino que también se aprende, o no, y se va viendo, esto así funciona esto no funciona, esto así se tiene que hacer o no se tiene que hacer... así también se aprende, ¿no?

D9 - …ya nos habían comentado en la escuela que nos tenemos que poner al nivel del paciente…

D12 - …no es lo mismo estar cinco años en la escuela y luego en el hospital, que enfrentarte tu solito a toda la comunidad…

Por un lado, nuevamente se observa que la categoría **RMP** está ligada a una subcategoría de la categoría **Comunicación**, enlace obvio puesto que la comunicación es esencial en la **RMP**, y por otro lado, lo narrado por los pasantes coincide con lo que reporta Sánchez-González et al. (2007), cuando afirma que el modelo de educación médica predominante, supone que las habilidades de comunicación se adquieren mediante la enseñanza tutorial de un médico experto en los campos clínicos, sin embargo no existe una plantilla de profesores adjuntos suficiente para conducir y supervisar a todos los alumnos, además de que no todos los profesores tienen la habilidad sobre comunicación requerida, por lo que no pueden instruir sobre algo que no poseen.

Aún con las insuficiencias anteriores, a la pregunta expresa ¿cómo crees que es tu comunicación con tus pacientes?, las respuestas fueron:

D6 - yo me siento bien comunicada…

D8 - bueno yo en general, creo que la comunicación con mis pacientes es buena. A veces sí se dificulta un poquito con las personas de edad avanzada porque la mayoría son analfabetas…

D10 - la comunicación es muy variable, hay gente con la que te puedes llevar bien, hay gente con la que de plano no toleras muchas cosas. En general la comunicación es muy buena…

D6 - una ...mmm, evaluación en la comunicación que hay con los pacientes yo creo que hasta el momento ha sido buena, puedo decir, yo creo, que hasta es como de amigos ya en cierta parte.

Con los datos anteriores se puede concluir que la **Comunicación** que establecen los pasantes con sus pacientes, está fuertemente influida por el objetivo que han construido como profesionistas, es decir, que el paciente siga el tratamiento y las indicaciones prescritas. Asocian una mala **Comunicación** a acciones de naturaleza perteneciente a la **RMP** (cansancio, entrega de reportes,

mentiras del paciente, supervisión durante la consulta), más que a deficiencias en las diferentes técnicas para establecer una **buena comunicación**, técnicas que no han sido enseñadas formalmente, y han tenido que ser aprendidas intuitivamente sobre la marcha. Sin embargo, los pasantes expresan que la **Comunicación** con sus pacientes es buena.

Las interrelaciones entre las subcategorías y las sub-subcategorías de la categoría **Comunicación** y la categoría **RMP**, se muestran en el siguiente modelo con una línea gruesa ininterrumpida

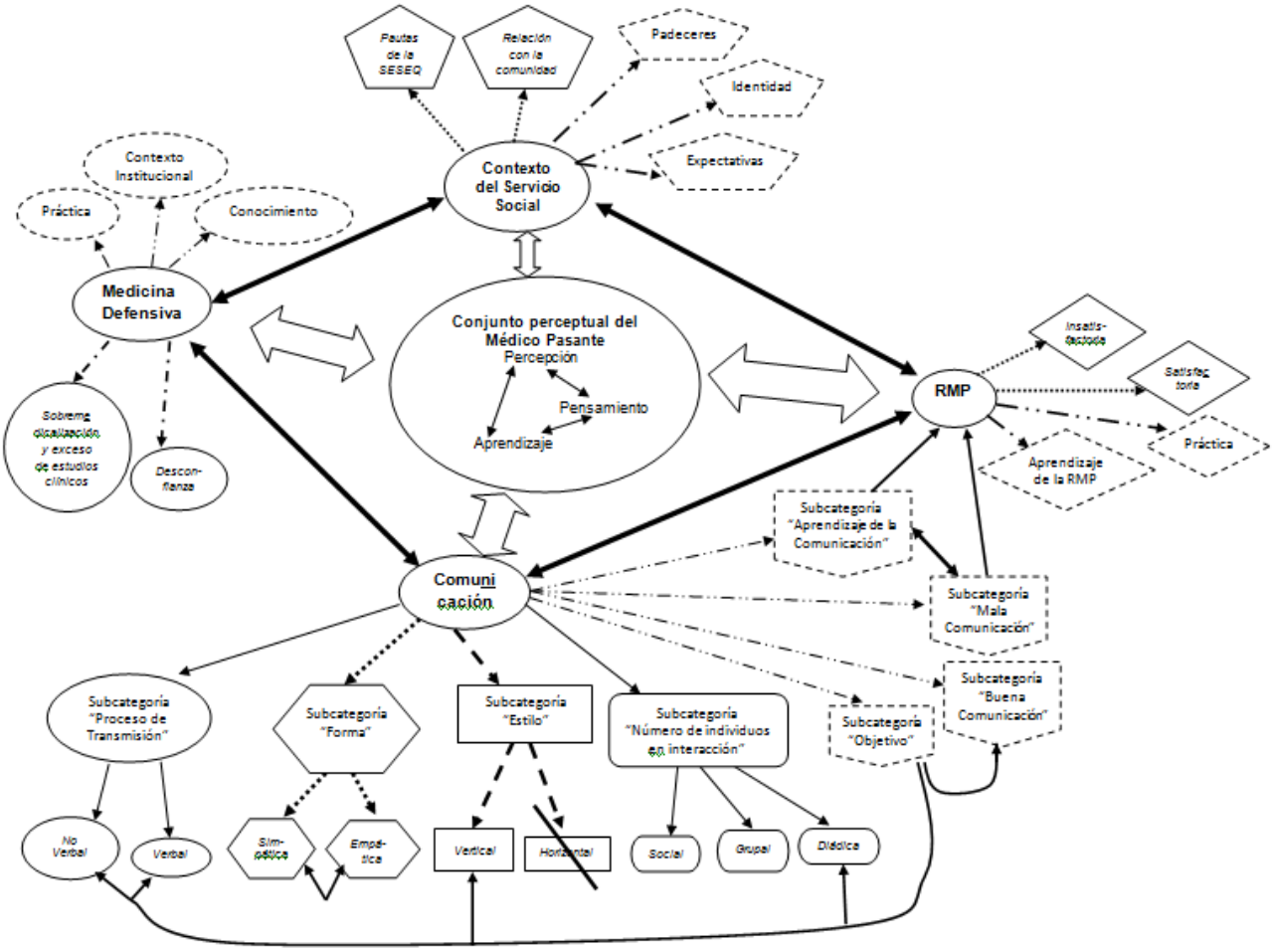


Fig. IV.2 Modelo de la interrelación entre categorías, subcategorías y sub-subcategorías establecidas desde la comunicación.
(Elaboración propia, 2010).

Relación Médico-Paciente (RMP).

Partiendo de la definición de la **RMP** que se ha elegido como guía para este estudio y que es entendida como

> *"una relación interpersonal íntima, directa, inmediata y única entre dos seres humanos en trance, uno de enfermedad y otro de prueba y deseo de servir. A partir del diálogo, cuyo contenido se presume confidencial, médico y paciente intercambian opiniones y sentires y comparten vivencias" (Manrique, 2007)*

tenemos que la **RMP** no es solamente una técnica, en ella está incluida la parte humanista de la práctica médica, es decir, como lo afirma Vera-Delgado (2004),

> *"si la medicina fuera exclusivamente científica se dejaría de reconocer que la medicina es arte y ciencia al servicio del hombre".*

Como una ciencia humanística, la medicina debe satisfacer las necesidades del alma no solo de los pacientes, sino también de los médicos, es por esto que en el estudio de la percepción de los médicos pasantes, desde la primera categorización se incluyeron las categorías **RMP satisfactoria** y **RMP insatisfactoria**.

Entre las expresiones con las que los pasantes dijeron tener una **RMP satisfactoria** fueron:

> *D4 – al principio es padre, daba mucho de mi tiempo, fines de semana me quedaba y decía "sí, vamos a hacer esto, vamos a hacer lo otro", y los niños…*

> *D12 - …hay momentos gratificantes, cuando te llega un niño con muchísima y fiebre y que lo estuviste viendo, y que vengan a las 12 horas a revalorización y mañana otra vez, y ves que va mejorando, dices pues hay bueno, es lo que te estimula a seguir.*

> *D4 –…aún así, siendo intransigente, siendo poco tolerante con algunas cosas que no deben de ser, aplicando las normas de manera rigurosa, la gente entiende …y eso es bien padre, que la gente entienda su situación en determinado momento, y yo creo que eso es cuando tiene éxito la RMP, que es pocas veces.*

Sin embargo, como lo expresa D4 la **RMP satisfactoria** fue mencionada en muy pocas ocasiones, siendo lo común en el discurso de los pasantes la **RMP insatisfactoria**, donde además expresaron cuáles son las causas que, desde su experiencia, la originan:

> *D2 – La medicina es bonita, yo nunca me he arrepentido de esto, lo que pasa es que se va deteriorando mucho, ya no es esa carrera en que la gente te miraba con respeto, ahora ya eres como otra persona y nada más, ofreces un servicio y ya.*
>
> *D1- la RMP creo que sigue existiendo, lo malo es que se ha maleado por los programas [Oportunidades y Seguro Popular]*
> *D11 - …hacen que te llenes de gente lo cual te limita el tiempo para la consulta, entonces eso te afecta la RMP…*
>
> *D2 - ...ya la relación médico paciente ya no existe como tal…*
>
> *D4 – …el fracaso de la RMP en nuestros tiempos es la educación del paciente, la actitud del paciente y la baja autoestima del médico,[después de diez meses ya te levantas: `ay, otro día' (dicho con desgano)…*
>
> *D4 - … la RMP lo determina la actitud que tiene el paciente y la actitud que tengo yo…*
>
> *D10 - …ahora digo que no, que no se puede, se les explican las cosas pero como uno cambia, creo que mi RMP se ha ido deteriorando… porque mis consultas ahora las estoy haciendo enfocado en llenar papeles…*
>
> *D11 - yo sí tuve bastantes problemas al principio, porque me enfrenté a una comunidad muy exigente…*

Como se puede observar, entre las causas que provocan en los pasantes el sentimiento de tener una **RMP insatisfactoria**, se tienen: las actitudes que los pacientes y comunidad tienen hacia el pasante, el limitado tiempo del que disponen los pasantes para atender una consulta, el requerimiento del tener los expedientes y la documentación informativa en tiempo y forma, el cambio social

sobre el estatus del médico en la sociedad y las nuevas actitudes que el pasante va adquiriendo con el tiempo, todas situaciones que afectan la **práctica** por el pasante de la **RMP**.

Ligado a estas percepciones de los pasantes se encuentra el **aprendizaje de la RMP**, que se puede observar desde tres aspectos:

- El primero, desde el planteamiento que Forgus (1976) expone, en el que se puede relacionar el desarrollo del fenómeno de la percepción con la **RMP**:

> *"La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y las sensaciones involucrados, y por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia.... La percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se compara los estímulos que el sujeto recibe,… Es decir que, mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad".*

Bajo este supuesto, se observó que algunos de los médicos pasantes expresaron que la percepción sobre la **Comunicación** en la **RMP** se fue construyendo en su infancia debido a que provienen de una familia con algún integrante que ejerce la medicina:

> *D5 - …mi mamá también es médico, pues entonces... desde la niñez uno se va dando cuenta de cómo son las actitudes, las formas de interactuar…*

> *D6 - …entonces siempre ha sido de que lo vea, como mi papá, la relación que establece con la gente con quien se relaciona; igual que mi mamá, mi hermano…*

- El segundo aspecto, desde donde se puede observar el **aprendizaje de la**

RMP es nuevamente, como en la categoría de la **Comunicación**, la influencia que ejerce la instrucción, o la falta de ella antes de la llegada del pasante a la comunidad:

> *D5 - Yo cuando llegué aquí al servicio, pues no sabía tratar pacientes…*

> *D6 - …nosotros llevamos una formación de cinco años en la carrera y donde únicamente el contacto con el paciente lo tenemos cuando vamos a rotar al hospital con un médico de base, entonces siempre estamos paraditos, sí nos dejan participar, observamos, pero realmente la responsabilidad recae siempre sobre el médico de base, tu maestro o el que te está enseñando…*

- Y el tercer aspecto es cuando el pasante desarrolla el **aprendizaje de la RMP** a través de la práctica.

> *D5 - Llega uno aquí al servicio social y es: "¡santo Dios un paciente¡ ¿qué le hago, qué le doy?", o sea, lo sabemos, en la teoría… y pues desde el cero empezamos, ya ahorita después de seis meses ya me puedo considerar un poco más segura en mi forma de prescribir, de... incluso en mis conocimientos…*

Es desde este aspecto **pragmático**, que los pasantes expresan haber aprendido a manejar la **RMP** en la comunidad. Las siguientes narraciones son ejemplo de lo sucedido durante su aprendizaje:

> *D11 - hay distintas formas de la RMP, dando pláticas o viendo las personas en las vacunas con sus niños, o en las pláticas que se dan en la clínica…*

> *D14 - uno de los problemas que tenemos, por lo menos en mi caso, es que no he aprendido a decir no… ahorita en el último mes que lo he estado haciendo, es como la gente se ha orientado y les digo "lo siento mucho, pero apenas estoy comiendo ahorita, yo también como, yo también duermo, yo también descanso, yo también hago lo mismo que ustedes". Entonces es como más o menos aprendes al darle la vuelta a los cuernos del toro, y aprendes muchas cosas.*

D13 - Yo lo que hice fue decirles que "las fichas se entregan en la mañana, y a las 8:30 ya no hay más fichas", y aunque vengan en la tarde y no tenga tanta gente, las fichas las repartí en la mañana, y yo ya no puedo darles otra ficha"... si no es así, ellos nunca entienden y tienes que decirles y decirles y decirles, es así, es así, es así y en el momento que están acostumbrados, ya lo siguen haciendo así…

D12 - …yo he encontrado notas de pacientes que tienen 20 años de ser diabéticos y sus notas [que hizo en ese tiempo otro pasante] son "Juanita, 38 años, DM II, glibenclamida 1-1-1, ni siquiera cita en un mes, cita urgencias; y ves cómo van evolucionando las notas, pero no evolucionan porque realmente se quiera, y a la mejor antes había mejor RMP.
D11 - sí, la gente los recuerda y los quiere.
D14 - ... no puede ser que yo sea recordado/a como él/la doctor/a que daba consultas de 20 minutos, "y sálgase porque ya viene el que sigue".

Concluyendo, con respecto a las relaciones entre las cuatro subcategorías de la categoría **RMP** y la correlación con subcategorías de la categoría **Comunicación**, se puede afirmar que la percepción que tienen los pasantes sobre la **satisfacción** o **insatisfacción** que obtienen durante la **RMP** está fuertemente influidas por el **aprendizaje de la RMP** y al **aprendizaje de la comunicación** que han tenido previamente y sobre la marcha de su trabajo diario.

La situación anterior les ha llevado a adoptar una **práctica** que retroalimenta su aprendizaje y a su vez los lleva a tener nuevas experiencias **satisfactorias** e **insatisfactorias** en la **RMP**, así como en el manejo de la **Comunicación** con sus pacientes.

Estas conclusiones se esquematizaron con el siguiente modelo.

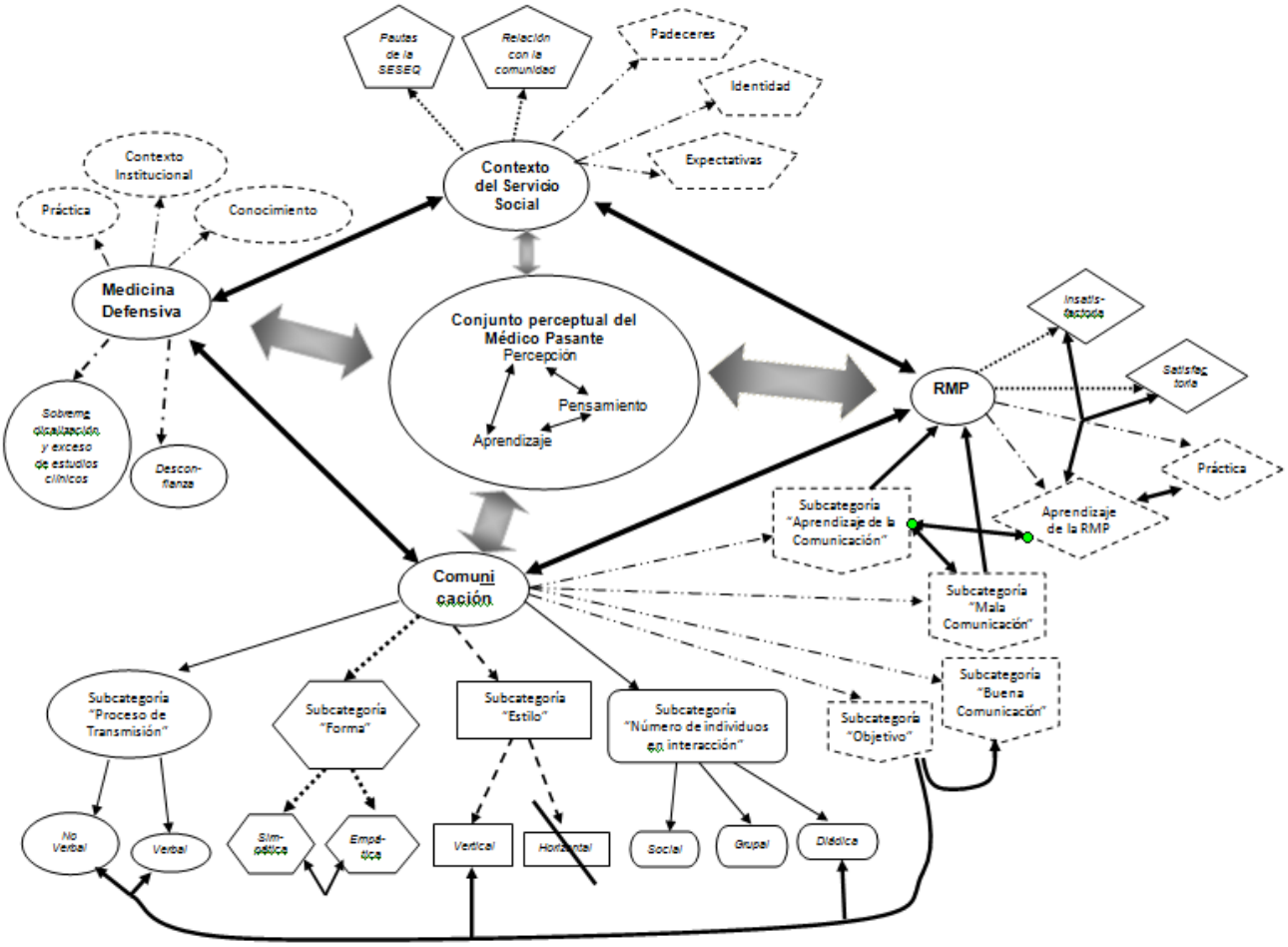


Fig. IV.3 Modelo de las interrelaciones entre las subcategorías de la RMP y la Comunicación
(Elaboración propia, 2010).

Medicina defensiva.

La mayoría de los estudios señalan que uno de los puntos donde confluyen la **Comunicación** y la **RMP** es la **Medicina Defensiva**, de hecho ésta es la expresión pragmática de la descomposición de la comunicación en la **RMP**.

Es por lo anteriormente señalado que el tema se comenzó abordándolo desde la **Medicina Defensiva**, para a partir de ahí, desentrañar la interrelación que establecen los médicos pasantes entre la **Comunicación** y la **RMP**. Incluso la hipótesis desde donde se partió fue:

"El médico pasante en servicio social practica la medicina defensiva, situación que interfiere con la adecuada comunicación con sus pacientes".

Sin embargo en la primera entrevista quedó claro que para los pasantes, no es el elemento fundamental de su práctica diaria, pues a pesar de que en las tres primeras entrevistas se hizo la pregunta: ¿usted/es saben lo que es la medicina defensiva?, las respuestas obtenidas fueron:

> *D6 - no.*
> *Entrevistadora - ¿no tienes idea?*
> *D6- no.*

> *D1 - No sé si exista una definición como tal, pero como yo le he visto en la práctica es, yo le voy a poner una nota a todo lo que pudiera utilizarse en un futuro en mi contra para hacer alguna demanda, no se a defenderme de alguna demanda…*

> *D2 - No he escuchado pero, yo lo interpretaría como precisamente tratar de no desvincularse mucho con aspectos que queden por algún lado ambiguo, siempre ser bien específicos, aunque esto conlleve ser un poco más fríos o tener menos tacto, para que las cosas precisamente no queden ambiguas sino en un solo punto y obviamente pues darnos nuestro lugar para evitar caer en errores, como una demanda o cosas por el estilo.*

> *D12 – Es hacer cosas para que no te demanden, estarte guardando de todo…*

Es de llamar la atención que la mayoría de los pasantes tienen un vago **conocimiento del concepto** de lo que significa **Medicina Defensiva**, sus particularidades y sus implicaciones, incluso el pasante al que se le asignó el código D6 contestó no tener idea de lo que es **Medicina Defensiva**. Sin embargo, los relatos anteriores denotan **desconfianza** que es una de las características de la **Medicina Defensiva**. Bascuñan (2006) la describe como: irse “cubriendo las espaldas” con el fin de evitar demandas y Sánchez-González et al. (2005) en una encuesta realizada a cirujanos, mostró que el 81% de los profesionistas practican la **Medicina Defensiva** por temor a demandas, es decir, por las mismas circunstancias que manifiestan los pasantes, la desconfianza hacia los pacientes.

Narraciones, que especifican cómo es la **práctica** de la **Medicina Defensiva** son las siguientes:

> *D3 - ya es muy difícil... creer al 100% lo que te dice el paciente hay cosas que tú tienes que observar…y nos dice que me duele aquí, y ya distraído lo revisas y no le duele, entonces tienes que poner ahí todo lo que observas y lo que crees y no ves, porque ya es muy difícil... [no hay que] creer al 100% lo que te dice el paciente hay cosas que tú tienes que observar… tener tu propio criterio médico.*

> *D1 - … porque el paciente podría quejarse por haberle detectado por ejemplo SIDA, que muy es aparatoso, "sabes que, es que tú firmaste y se te hizo la prueba y, pues, ahora te atienes a las consecuencias que esto conlleva", entonces así ya no queda todo entre palabras sino en escrito y en papeles llámese de laboratorio, este, llámese actitudes, llámese pruebas, lo que sea.*

> *D1- parte de esto es lo que nos molesta… tanta papelería: que firme esto de consentimiento informado, que firme aquí, que firme muchas cosas que precisamente, son como parte de medicina defensiva…*

Otra práctica que es mencionada en la literatura como parte fundamental de la **Medicina Defensiva**, es la **sobremedicalización**. Con respecto a esta práctica los pasantes manifestaron:

> *D4 - …no hay la opción de decir no requiere laboratorio, la línea de vida dice que en la primera consulta este laboratorio, en la segunda consulta este laboratorio y en la tercera consulta este laboratorio, tenga o no tenga sintomatología y haya o no haya el motivo, este, eso se tiene que hacer…*

> *D8 –…el problema es ese, si lo quiere, pues téngalo [el medicamento] porque si no se va con el médico de la comunidad que sí le va a dar sus cuatro medicamentos de 400 pesos y que luego va a demandar al seguro popular porque el pasante solo le dio vida suero oral.*

> *D4 – terminas haciendo medicina basada en existencias [de medicamentos]… terminas haciendo cosas que denigran la medicina, que nos denigran a nosotros como médicos.*

Los relatos contienen una visión en la que los médicos pueden ser los responsables de las consecuencias no deseables del ejercicio de su profesión, sobre todo porque esta visión es reforzada por el **contexto institucional** que los rodea. Inclusive uno de los pasantes entrevistados estuvo muy cerca de tener problemas legales, experiencia que ya había sido compartida con sus compañeros para alertarlos sobre situaciones que pueden comprometer su titulación. No obstante, gracias a los requerimientos administrativos de llenado de formatos de la SESEQ y al aprendizaje académico, este pasante pudo demostrar que su actuar fue el adecuado.

> *D3 - …..tuvimos una muerte materna, en primer nivel se hizo lo que se tenía que hacer, se refirió a segundo nivel, pero cuando la paciente le dieron de alta al regresar a nuestra comunidad fue cuando falleció y cuando llegó con nosotros ya llegó muerta. Entonces hubo problemas y se puede decir que entonces vivimos la medicina defensiva, y digo porque todas las notas, y todo, nos las revisaron, y todo, y en cierta forma al menos en nuestra escuela hemos tenido buena formación. En el internado es una parte muy importante y todas nuestras notas, al menos de mi compañero, que los dos venimos de la misma escuela, no tuvimos ningún problema con las notas, nos dijeron que estaban muy bien hechas, entonces ya en la actualidad cuando hacemos una nota o algo, ya ponemos cosas que nosotros vemos…*

> *Entrevistador- ¿y ustedes a lo largo de su práctica han hecho este tipo de notas clínicas?*
> *D4 - sí, definitivamente.*
> *D1 - Es como la costumbre.*

> *D4 - …todo lo que se le debe de poner a la nota de acuerdo a la normatividad existente en el país, para evitar que en un futuro esa nota sea utilizada en mi contra…*

sin embargo, los pasantes también reconocen la utilidad que pueden representar estas prácticas en el ejercicio de su profesión:

D4- … exactamente, obligados y eso no creo tampoco que esté mal, porque, gracias a eso, muchas cosas que antes se pasaban por alto ahora no se pasan por alto.

No obstante esta normatividad, el **contexto institucional** ha impulsado la práctica de la **Medicina Defensiva**, que entre la narración se manifestó lo siguiente:

D12 - …yo he visto notas que son como mentirosas, tú ves notas anteriores que dicen "se revisó fondo de ojo" y luego le dices "señora la voy a revisar" y dice "eso nunca me lo han hecho", y uno ve que dice que se lo hicieron… todo está en una nota electrónica donde todo es perfecto… pero tú sabes como pasante que obviamente no lo hicieron o no lo hiciste, y tú lo sabes por qué no da tiempo... tú sabes que no se va deteriorar y que no va pasar de ahí, y que en todo caso tus jefes y tú, tienen en una nota lo que los puede salvar… son notas como siempre a la defensiva… es muy difícil hacer una revisión integral en 20 minutos…

Concluyendo, los médicos pasantes aunque no tienen información sobre lo qué es, sus particularidades y lo qué representa la **Medicina Defensiva**, sí la practican desde las características de desconfianza y sobremedicalización, que coexisten de forma muy estrecha e inclusive en conjunción. El **contexto institucional** es un gran promotor de estas prácticas, que se ven reflejadas como normas oficiales que tienen que ser seguidas rigurosamente, desafortunadamente esto ha traído como consecuencia que los pasantes tengan que mentir para cumplir con los requerimientos solicitados. No se encontraron referencias que indiquen que la **práctica** de la **Medicina Defensiva** *per se*, sea la causante de interferencias en la **Comunicación** durante la **RMP**, de hecho se observa desarticulada de las categorías **Comunicación** y **RMP**, invalidando de esta forma la primera hipótesis que se había formulado: “El médico pasante en servicio social practica la medicina defensiva, situación que interfiere con la adecuada comunicación con sus pacientes”.

Observando detenidamente las frases que los pasantes hicieron desde la primera entrevista, donde se señalaba como origen de las interferencias en la **Comunicación** al **contexto institucional**, posterior a esa primer entrevista se formuló una segunda hipótesis que con el análisis de discurso de todas las entrevistas se confirmaría o no se confirmaría. La hipótesis fue:

"El médico pasante en servicio social tiene dificultades para entablar una comunicación adecuada con sus pacientes, debido a las exigencias laborales que les son demandadas por parte de las autoridades".

Los resultados del análisis sobre las relaciones que tienen las subcategorías de la **Medicina Defensiva** se esquematizaron en el siguiente modelo:

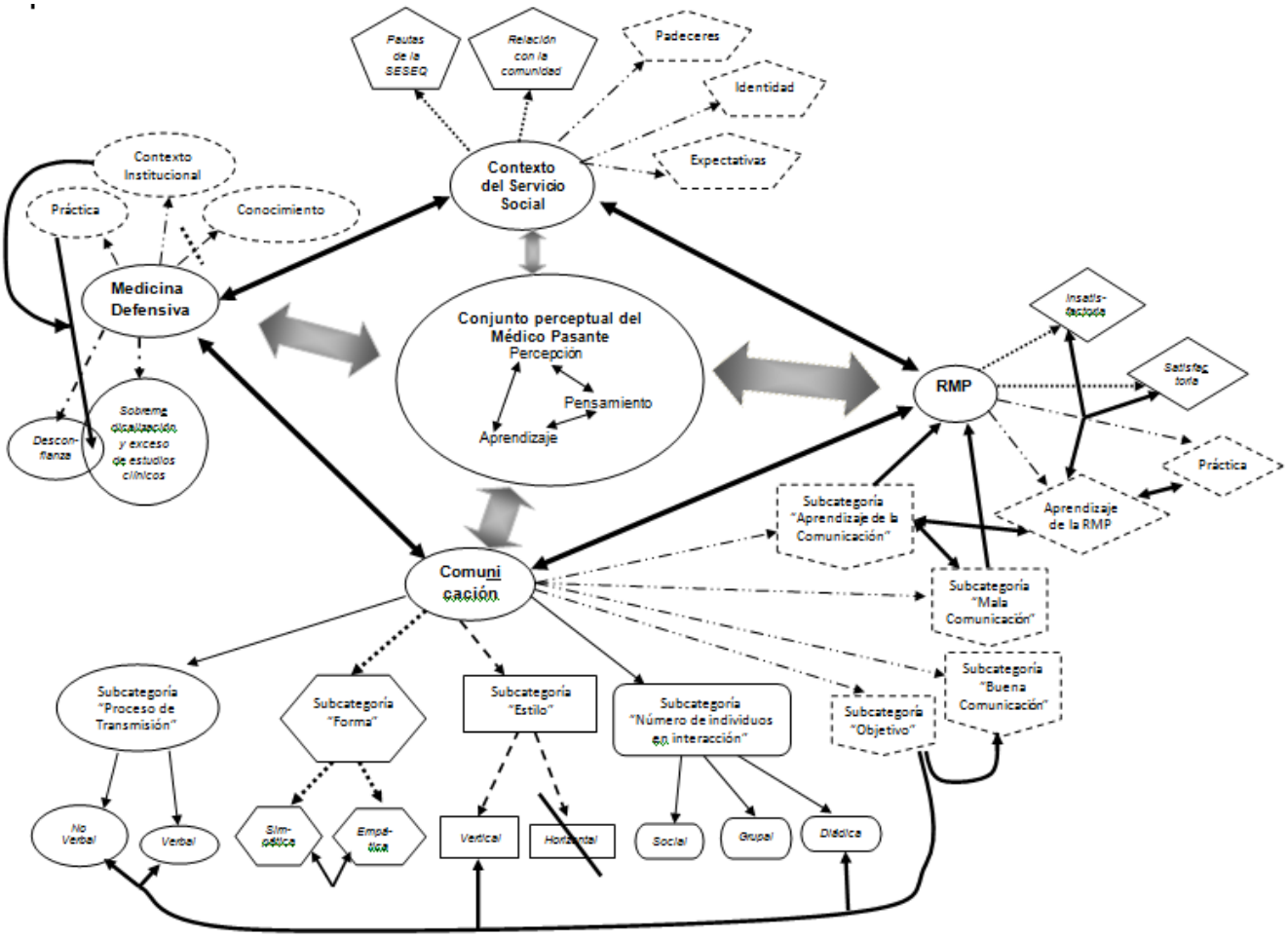


Fig. IV.4 Modelo de las interrelaciones entre las subcategorías de la Medicina Defensiva.
(Elaboración propia, 2010).

Contexto del Servicio Social.

La categoría emergente **Contexto del Servicio Social**, fue la que recibió más atención por parte de los pasantes. Durante las primeras dos entrevistas se delimitaron dos subcategorías: **pautas de la SESEQ** y **relación con la comunidad**, sin embargo en las siguientes entrevistas se esclarecieron tres subcategorías más: **padeceres**, **identidad** y **expectativas** de los pasantes, subcategorías que proporcionaron mayor discernimiento sobre las relaciones entre las subcategorías del **Contexto del Servicio Social** y las otras categorías: **Comunicación, RMP** y **Medicina Defensiva**.

Uno de los primeros aspectos que surgieron durante las entrevistas fue las **pautas de la SESEQ**, es decir, las normas de trabajo que tienen que seguir los pasantes. Con respecto a estas normas los pasantes expresaron:

> *D4 -…yo cuando llegue a (lugar de adscripción) pregunté, ¿cuántas consultas voy a dar?, a mi compañero anterior "No, pues 17 cada evento"; un día llegó coordinación de oportunidades "doctora, por cada 17 tiene usted que dar 25, son ocho horas doctora, 25 consultas tienen que dar" Okey. Consejo jurisdiccional," no, como 25 consultas, no doctora, eso es para los médicos sindicalizados, usted tiene que dar treinta y cinco consultas", si?? Quiero que me enseñe cómo puedo dar una consulta en 15 minutos, o sea, lo que quieren es ilógico, es su productividad. Si lo que quieren es su productividad, terminas dándoles su productividad…*
>
> *D8 - …la cuestión es meta, no es calidad. Si tú hiciste 200 papanicolaou, qué bien, si solo salieron 50 porque estaban mal tomados, fueron 200…*
>
> *D4 - … en quince minutos de consulta yo como le voy a hacer para hacerle la nota, la línea de vida, los tres formatos de detección, uno de tabaquismo y aparte preguntarle ¿cómo se siente?*
>
> *D14 - Una vez los contaron y eran 29 formatos diferentes que tenemos que llenar, ante todo línea de vida y constantemente están checando…*

Entre las diferentes normas a seguir, la que más agobia y perturba a los pasantes, es el número de consultas diarias obligatorias que deben de dar a la comunidad, lo que les limita el tiempo de consulta con cada paciente, pues necesitan casi nueve horas de trabajo para ver a 35 pacientes, o lo que es igual a 4 consultas por hora (15 minutos c/u), tal como López (2007) y Mendoza y Vargas (2007) reportaron. Esto sin contar las urgencias que deben ver fuera del horario de consulta.

Este número de consultas, aunado a los requerimientos de llenado de formatos de información, formatos de datos del paciente y la nota clínica en el expediente, le hacen percibir al pasante cierta arbitrariedad hacia su labor

> *D14 - para la jurisdicción es más importante la entrega de la información …[te exigen] 35 consultas diarias y no quieren quejas … y si no entregó la información completa terminan regañándome… oye espérame, yo no vine a hacer servicio social administrativo, vine hacer servicio social médico…*

Por otra parte, el riguroso llenado de formatos y el uso que se les da para la justificación de los tratamientos administrados por los pasantes, en caso de dificultades con los pacientes, es el comienzo del aprendizaje de los elementos de la **Medicina Defensiva**, como en el caso de la muerte materna mencionada anteriormente y que ahora lo podemos también observar desde este otro ángulo, enriquecido con otros comentarios sobre el mismo tema

> *D3 - Tuvimos una muerte materna… entonces hubo problemas y se puede decir que entonces vivimos la medicina defensiva, y digo porque todas las notas, y todo, nos las revisaron, y todo, y en cierta forma al menos en nuestra escuela hemos tenido buena formación, en el internado es una parte muy importante y todas nuestras notas, al menos de mi compañera, que las dos venimos de la misma escuela no tuvimos ningún problema con las notas, nos dijeron que estaban muy bien hechas…*

D3 – luego llegan a la cónsul pacientes malísimos, pero ¿qué hago? ¿cómo le hago?... "pues usted doctor, usted muévase , tiene la obligación".
D4 – realmente estás solo, allá en tu pueblo estás solo.
D3 – luego ni radio.
D2 - pero si algo le pasa al paciente, entonces es la culpa del pasante.

D7 - …por ejemplo, pasó que una señora se murió y el pasante le puso ranitidina, y la canalizó y todo a la señora, pero estaba muy mal y ya se iba a morir, en realidad no tenía nada que hacerle, pero nada más le pasó una ranitidina para poder trasladarla, el asunto es que falleció la paciente y la señorita dijo "es que le metieron una inyección, una ranitidina"; y eso no le causó la muerte, pero al pasante casi lo corren y la señora no supo lo que le pusieron, pero tuvo las armas y como tuvo el apoyo del de aquí, pues sí lo regañaron y lo pusieron en mal.

Con las declaraciones anteriores queda demostrado que en Querétaro también sucede lo que Mendoza y Vargas (2007) reportaron sobre las orientaciones de los programas académicos de la licenciatura de medicina, en el que concluyeron que en general, las competencias de los médicos pasantes para la resolución de las necesidades de salud de una comunidad no siempre es la óptima.

Sin embargo, lo más importante es que este tipo de lineamientos de trabajo, sí marcan una afectación a la **Comunicación** y a la **RMP**, pues la falta de experiencia de los pasantes, es divergente a los lineamientos que les pide la SESEQ,

D3 -…el tiempo que le dedicamos a cada paciente es aproximadamente de 20 a 30 minutos, para revisar una paciente embarazada yo, sinceramente, me tardo mucho y aparte es mucha papelería, es muchas cosas, se tienen que firmar otras cosas, tienes que hacer por obligación una tira reactiva de orina, entonces yo me llevó una hora, a veces hasta más tiempo, entonces se pierde mucho tiempo y hay más pacientes esperando…

D11 - …te ponen una computadora donde tienes que llenar todos los campos si no, no te acepta el expediente clínico, [esto] te limita el ver a la persona y tienes una relación verbal, pero no tienes ninguna comunicación visual…

D3 – en medio de la RMP hay muchas cosas, es como una barrera que nos impide ver al paciente como tal, como una persona.

Por otra parte, un aspecto importante con el que tienen que convivir los pasantes día a día, es la **relación con la comunidad**. Este aspecto es fundamental en el establecimiento de la **Comunicación** y de la **RMP**. La experiencia que comentan los pasantes es la siguiente:

D3 - …a mi compañera y a mí la gente la gente nos ha aceptado, nos quiere mucho, todas las tardes van los niños a vernos, las señoras del consejo van a vernos, pero sí es muy desgastante porque nosotros no solamente somos los médicos, somos los consejeros, somos los psicólogos, los maestros porque les ayudamos a los niños a hacer tarea porque cuando no entienden una cosa van con nosotros, les explicamos, muchas cosas…

D6 - ... conozco los nombres de la mayoría, las relaciones familiares entre ellos: padre, madre, hijo, hermanos…

D14 - …a mí me tocó una situación difícil porque mi pasante anterior sí tenía mucho conflicto con la comunidad, fue una figura como de dictador, y los tenía acostumbrados a "no, y se calla y se va"…

D12 - …donde muchas personas te ven como autoridad pero otras se cuestionan tus cosas… muchas personas te ven como la doctora, pero otras te ven como la doctora que le expuso la falta y les quitaron su dinero, y entonces hay pacientitos que te reclaman y que ya no son muy colaboradores…

D14 - Yo no sé qué pasa en las comunidades, no sé si es la idiosincrasia o que, mientras más mal los tratas, más van o hacen las cosas… de mis pacientes crónicos no faltan ni uno solo a la consulta, yo les digo "si pierden su cita ya no los veo hasta el próximo mes, y esa es su bronca, entonces no la pierdan"…

Como se observa, no existe una generalidad con respecto a la **relación con la comunidad** que establecen los pasantes, sin embargo dependiendo de cómo se desarrolle dicha interacción, es el resultado que se obtiene en la **Comunicación** y en la **RMP**.

Por otra parte, el contexto conformado por las **pautas de la SESEQ** y la **relación con la comunidad** que envuelve a los pasantes, provocan en éstos experiencias que en esta investigación se denominaron **padeceres**, descubriendo dos tipos diferentes: los primeros ligados al esfuerzo físico, mental y emocional que demanda el Servicio Social, y los segundos asociados a la percepción de abandono y falta de respaldo de las autoridades. Ambos **padeceres** ligados a sentimientos de hartazgo del servicio social por los pasantes.

Entre las declaraciones que ilustran los **padeceres** ligados al esfuerzo físico, mental y emocional se tiene:

> *D3 – yo tengo quince días que no veo a mi familia y eso me duele en el alma, y eso no lo ven.*
>
> *D5 -…pues extraña uno su casa, su familia todo, ya, el viernes ya que sea hora de salida, poder llegar a mi casa, pero no en el sentido de aburrido sino que ... uno también busca la familia, la compañía; uno aquí solito, se hace de comer sólo, ¡ya extraño la comida de mi casa, no¡*
>
> *D14 - …ya en la tarde tú estás hasta el copete, ya estás de genio y todo eso, no comiste, no dormiste, nada por el estilo, pero llega el paciente y le dices "si señora pásele", se va el paciente y tú ya estás peor. Llega el punto en que tú estás de una inestabilidad emocional, pero cañona; yo creo que eso es lo que pasa en algunas comunidades que están lejanas y [los pasantes] no están tan cerca de sus seres queridos, por eso es como que caen en depresión, caen en tristeza…*
>
> *D9 -…pero si tienes una mala relación con tu enfermera, mala relación con tus jefes, mala relación con el paciente porque ya estás*

desgastado, por eso yo creo que terminan muchísimas personas en depresión, de verdad es ese el punto, no tienes de dónde agarrarte, porque ninguno te causa gratificación y ni ganas tendrán de levantarse al día siguiente… hay pasantes que… ya los van a liberar con siete u ocho meses de servicio porque ya no pueden con la depresión…

D8 - …luego algunas señoras de "oportunidades " dijeron "¿es doctora?, Entonces hay que decirle al delegado que le mandé una patrulla para que venga darse unas vueltas", y ellas son las que dicen "doctora no abra su puerta". Yo no abro si es un hombre y no viene con su esposa o hermana o alguien, y a veces si te sientes mal…

D11 - …terminas harto de la comunidad…

Entre los **padeceres** que se mencionaron asociados a la percepción de abandono y falta de respaldo de las autoridades, los pasantes expusieron:

D12 - … te sientes muy limitado, yo haría muchas cosas distintas si fuera mi consultorio, pero ni siquiera te autorizan a mover tu cama de exploración a otro lado donde se te hace más cómodo, "no porque hay tal regla y no la puedes mover"…

D12 - tenemos que presentar un reporte de calidad de la percepción que tiene el paciente sobre nosotros, pero nosotros no tenemos tanta libertad de poner una sugerencia o una queja contra algún paciente que es grosero contigo…

D4 - yo creo que debe haber más regulación en esto, no sé, mayor investigación de las quejas, de todo ése tipo de cosas, porque si alguien viene y se queja, o sea, no investigan si es buena persona o es mala persona, cuál fue la situación, ellos son así, "Ah, se quejaron doctor" y se burlan de ti…

D3 - ...no se han sentado con nosotros a saber ¿qué es lo que pasamos? o ¿qué es lo que pasamos con la gente? porque hay gente muy prepotente, hay quien te exige mucho

D12 -…trabajas con las hojas de información, hasta las dos de la mañana contando tarjetitas porque tiene que dar y falta un paciente

diabético, y llegando aquí te dicen "no, no importa, yo no tengo reportado eso, ahorita lo cuadramos", y te cambian todo y entonces la verdad, si te sientes muy desmotivado, porque no sientes apoyo de sus jefes…

D4 - … terminas haciendo: que el supervisor esté contento, que el paciente esté contento, que mi enfermera esté contenta, que todo mundo esté contento, y ¿cómo lo logras?: mintiendo a todo mundo y todos se automienten…

D3 – con las autoridades no hay diálogo… realmente lo que nos queda es adaptarnos y
D1 - sobrevivir,
D2 - cumplir

Como lo expresó D4 en los segmentos anteriores, algunos pasantes se perciben avasallados y lastimados por ciertas actitudes de algunas autoridades, tal como fue reportado por López (2007) y Mendoza y Vargas (2007).

El producto de estas actitudes, derivan con el tiempo en la elaboración por los pasantes, del constructo de la **identidad del pasante**, como seres sojuzgados y abusados:

D12 - Tú llegas como que con todas las ganas "yo voy a transformar mi comunidad"…yo por lo menos al principio hacía mucho lo que decía D10, "doy más consultas aunque luego haga los expedientes" y ahí estaba hasta las 12 de la noche llenando todo…

D3 - Tú como médico, como pasante no recibes apoyo económico, sólo la beca que nos dan $550.00 pesos al mes, y luego nos dan beca de estímulo si no se quejan, el asunto aquí es que nosotros somos realmente la mano de obra de la secretaría de salud…

D4 - …pero somos mano de obra barata y vas a hacer lo que sea con tal de que te liberen.

D11 - A fin de cuentas tus prioridades van cambiando, tú en esta comunidad no vas estar más años, cuál es tu prioridad ahorita, si me están diciendo que si no cumplo con lo que me piden ahorita no me

liberan, pues para mí, mi prioridad ahorita es titularme, y sí, me encantaría atender perfectamente a mis pacientes, pero mis prioridades han cambiado…

D1 – eres menos que nada, por ejemplo auxiliares de salud, enfermería, promoción de salud ellos tienen derechos, menos tú
D2 – los de promoción de salud que solo tienen la primaria le pagan lo mismo que a ti y ellas solo van una vez a la semana
D1 – y si quieren ven paciente, porque si no le dicen [a los pacientes] "ahorita no, porque estoy lavando mi traste".
D2 – pero es que ella ya está trabajando, nosotros estamos en formación … eres tapete, todo mundo te puede pasar encima… lo que menos eres, es médico… no hay diálogo para arriba y por lo tanto cuando llegas para abajo, no hay diálogo con el paciente.

D12 - la otra vez se metió un borracho y le dije "¿qué te pasa?, ¡te tienes que ir!" y me dice una paciente "es que está borracho"… entonces también tengo que hacer de saca borrachos.

D4 – terminas perdiendo el entusiasmo… mocos, otra vez mocos, bueno otro, otra vez mocos, terminas viendo patologías de primer nivel que ya no te demanda como médico un reto, que te demanda ir a estudiar.

Estas expresiones ilustran lo mencionado por López (2007) y Mendoza y Vargas (2007), con respecto a la beca insuficiente para cubrir gastos básicos, el maltrato por parte de supervisores y la discriminación contra los pasantes. Obviamente las **expectativas** que se forja el pasante sobre el servicio Social y sus justificaciones son:

D6 - pues a mí sí me gustaría una especialidad…

D5 - ...no lo haría así de toda mi vida, pero para un año me parece que está bien el servicio, pero ya para dedicarme a esto toda la vida, prefiero algo más específico alguna especialidad o algo.

D4 - …al final ves que realmente no estás impactando, si acaso una o dos personas que valen la pena, pero de ahí en fuera es desgastante estar ahí con toda la pobreza...

D14 - yo hice el internado en la Secretaría, y yo la amé y la adoré y dije "yo siempre voy a entrar a la Secretaría y siempre voy a estar en la Secretaría", y ahorita en el servicio social pienso "ya por favor que se acabe"…

Las conclusiones que podemos inferir sobre las relaciones que la categoría del **Contexto del Servicio Social** mantiene con las otras tres categorías, a través de dos de sus subcategorías: **pautas de la SESEQ** y **relación con la comunidad** son importantes, ya que, desde la percepción de los pasantes, el Servicio Social representa para ellos una etapa de consternación que por un lado los obliga a practicar y aprehender nuevas habilidades y por otro a resignificar su profesión.

El total de las relaciones descritas entre las categorías y subcategorías investigadas, se muestra en el siguiente modelo:

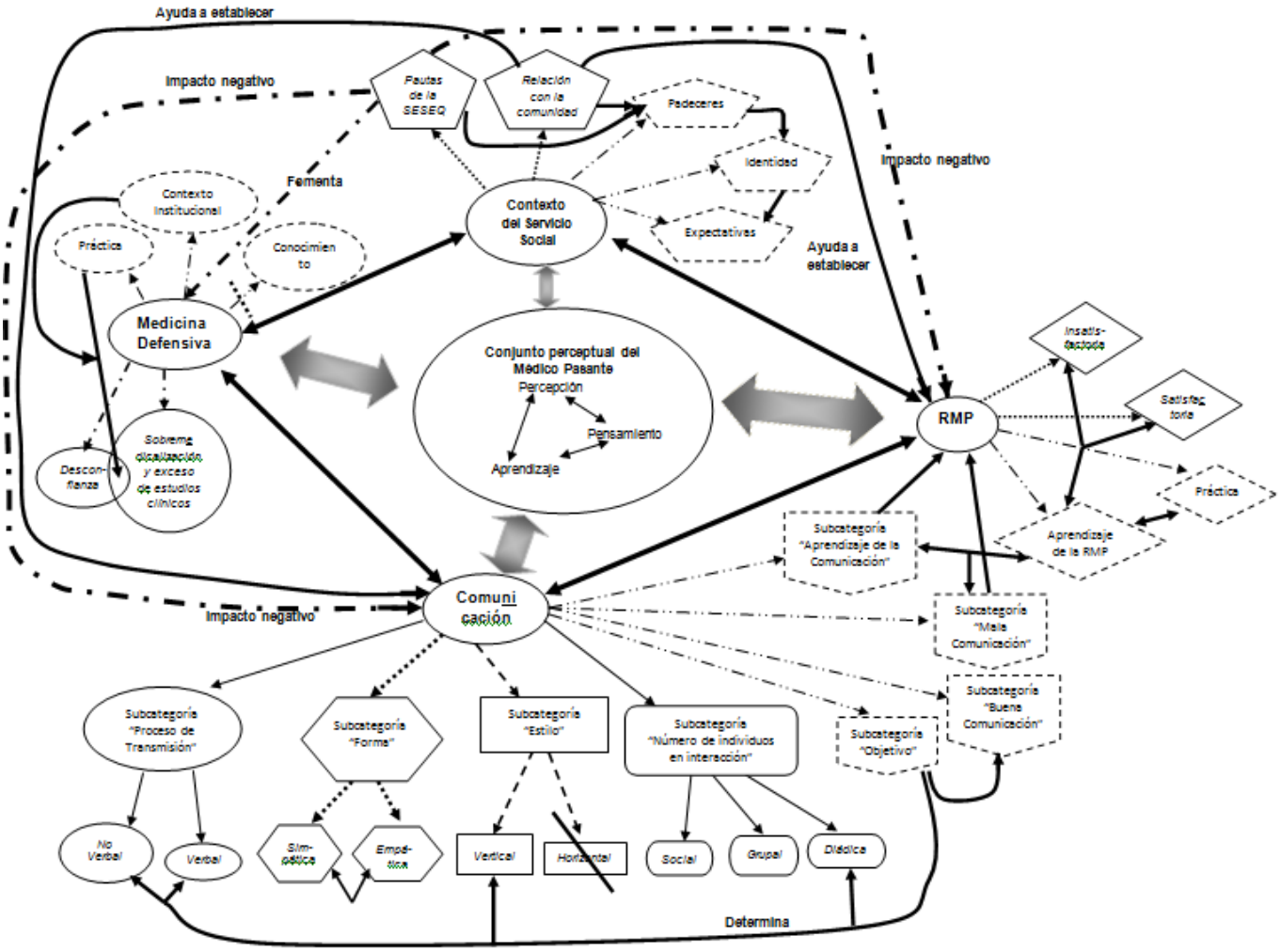


Fig. IV.5 Modelo de las interrelaciones entre las categorías y las subcategorías resultantes del Análisis de Discurso de las Entrevistas.
(Elaboración propia, 2010).

Como último punto, ya fuera de las categorías estudiadas, se detectó una situación que desde las Ciencias Sociales se observa bajo la problemática de género y que considero es importante estudiar abriendo una línea de investigación específica para esto. Fue expresado de la siguiente manera:

> *D¿? - llega la enfermera y dice "Dr. soy yo, ahorita le busco su expediente"*
>
> *D¿? - es una ventaja enorme ser hombre.*
>
> *D¿? - a mí me han dicho "¡uy! Dra. si usted fuera hombre, hasta la enfermera le lavaba", y la enfermera dice "siii"*

D¿? - hasta le llevan su café.
D¿? - a mí me han dicho "si usted fuera hombre, ya me hubiera hecho el Papanicolaou"

IV.2 Redes semánticas

Teniendo como fundamento que los grupos sociales muestran las relaciones entre los individuos, a través de la gama de significados expresados en el lenguaje cotidiano sobre los objetos sociales que tiene el grupo, se hizo el análisis de redes semánticas según el método mostrado por Álvarez-Gayou (2005).

A las categorías Valor J, VMT, Conjunto SAM y Valor FMG (definidos en las páginas 61 y 62), se le añadió la categoría VMT promedio, desarrollado por la investigadora, con el fin de poder comparar el peso semántico promedio entre las sub-subcategorías, de una misma subcategorías o entre las subcategorías de una misma categoría, con el fin de comprender la importancia generativa del peso semántico, en el comportamiento de los médicos pasantes, relación explicada por Álvarez-Gayou (2005).

Con respecto a los resultados obtenidos con esta técnica, fue importante integrar a ellos el contexto que rodeó al grupo de personas al que fue aplicado el ejercicio. En este caso se tomó en cuenta que el grupo de médicos pasantes tiene una escolaridad de nivel superior, por lo que se supone un buen manejo del lenguaje. También se tuvo en mente que el ejercicio se aplicó al final de una entrevista a profundidad semiestructurada, donde los temas centrales, si bien eran las categorías definidas para la comunicación en la RMP, los conceptos discutidos no se relacionaron exclusivamente con ellas, sino que los mismos participantes se dieron oportunidad durante la entrevista a exponer reflexiones con las que se exploró con cierta profundidad una categorías emergente: el Contexto del Servicio Social, para la que todas las personas participantes aportaron ideas y conceptos.

Finalmente, las condiciones de aplicación del ejercicio fueron ideales, ya que los médicos pasantes no padecían, por lo menos evidentemente, incomodidades o presión de algún tipo.

La Comunicación

Los resultados que muestra el análisis con el método de redes semánticas para la categoría "comunicación" son interesantes, tomando en cuenta que el ejercicio se aplicó solamente a ocho personas. El primer resultado obtenido fue un V*alor J* de 48, es decir, ocho pasantes describieron con 48 palabras diferentes la comunicación en la RMP.

Este resultado indica una buena riqueza semántica dentro de la red, es decir un gran número de interpretaciones a través de otros signos lingüísticos (Gimate-Welsh, 2007) del fenómeno de "la comunicación en la RMP", experimentada por los médicos pasantes durante su labor en el servicio social.

Al caracterizarse las palabras definidoras se encontraron básicamente cinco grupos: las palabras que denotaban incomodidad de los pasantes durante la comunicación en la RMP, las palabras que expresaron comodidad con la comunicación ejercida durante el ejercicio profesional, las palabras que indicaban una forma de comunicación vertical, las palabras que indicaban una forma de comunicación horizontal y por último, palabras referidas a otros aspectos de la comunicación.

Como se notará, de las cuatro subcategorías de comunicación, con sus nueve sub-subcategorías, en el análisis de redes semánticas solo se manifestó una subcategoría: Proceso de transmisión, con sus dos sus-subcategorías: vertical y horizontal. Por otra parte, debido a que el ejercicio de redes semánticas se realizó posteriormente a la entrevista grupal, la investigadora sabía que los pasantes se referían con sus palabras definidoras, a significados de una comunicación cómoda o incómoda para ellos, más que a un tipo específico de comunicación, que es lo que fue planteado en las subcategorías de este trabajo.

El primer grupo de palabras examinadas, fue las que denotaban incomodidad con la comunicación en la RMP, se concluyó que: de las 48 palabras definidoras de la comunicación, nueve correspondieron a significados que llevan a pensar en una comunicación incómoda durante su labor en la comunidad. Estas nueve palabras con su VMT, fueron: cansada (8), complicada (9), confusa (4), difícil (9), distante (2), esforzada (10), fría (3), limitada (8) y superficial (7); lo que da un *Resultado VMT de C-E* de 60, que es igual al 15.50% de los 381 puntos del *Valor Semántico Total*. (VMT promedio 6.66)

En el segundo grupo o el grupo de las palabras que expresaron comodidad con la comunicación en la RMP, se encontró que de las 48 palabras definidoras de la Comunicación, once corresponden a significados que llevan a relacionarlas con una comunicación que los pasantes perciben como cómoda durante su trabajo. Estas diez palabras con su valor semántico fueron: buena (6), comprender (7), comprensión (7), confianza (10), empatía (14), entendimiento (8), escuchar (8), excelente (6), respeto (39), responsable (12) y satisfactoria (10); lo que da un Resultado *VMT de C-E* de 127, que es igual al 32.81% de los 387 puntos del *Valor Semántico Total*. (VMT promedio 11.54)

Observando detenidamente este conjunto de palabras, se pueden descubrir que siete de ellas pueden ser agrupadas en la sub-subcategoría de la empatía (comprender, comprensión, confianza, empatía, entendimiento, escuchar y respeto); de hecho la palabra empatía, que tiene uno de los valores semánticos más altos, está incluida en este grupo. Estos datos nos pueden estar mostrando que una comunicación empática durante la RMP es cómoda para los pasantes.

Como se puede observar, la cantidad de palabras definidoras de comodidad (11) es mayor al de incomodidad (9), además el valor semántico promedio de las palabras definidoras de comodidad es de 11.5, mientras que el valor semántico promedio de las palabras definidoras de incomodidad es de 6.66, obviamente la percepción de comodidad con la comunicación en la RMP entre los pasantes, es mayor que la percepción de incomodidad. Sin embargo, lo importante es que esta

red semántica muestra la percepción como un proceso cognitivo (donde intervienen los estímulos externos, el pensamiento y el aprendizaje, - Forgus, 1976-) que converge con dos tipos de memoria, la memoria episódica, que recibe y almacena información acerca de relaciones que se dan entre eventos y la memoria semántica, que organiza el conocimiento acerca de las palabras y otros símbolos verbales, sus significados, sus referentes y las relaciones entre ellos (Álvarez-Gayou, 2005). Esto nos arroja como resultado que los estímulos externos de aprendizaje que han tenido los pasantes en relación a la comunicación en la RMP, son expresadas lingüísticamente con diferentes símbolos verbales que confluyen en la experiencia de empatía-comodidad.

El tercer grupo o el grupo de las palabras corresponde a las que expresaron una comunicación vertical del pasante hacia los pacientes durante la RMP, pues se encontró que de las 48 palabras definidoras de la Comunicación en la RMP, nueve corresponden a significados que llevan a relacionarlas con una comunicación vertical durante su trabajo. Estas nueve palabras con su valor semántico fueron: consejería (6), control a paciente (6), dirigida (6), emisora (5), explicación (6), explicar (7), guiada (8), orientación (5), receptor (5) y selectiva (9); lo que da un Resultado *VMT de C-E* de 63, que es igual al 16.28% de los 387 puntos del *Valor Semántico Total.* (VMT promedio 7)

El cuarto grupo de palabras denotan una comunicación horizontal de los pasantes con sus pacientes. De las 48 palabras definidoras de la Comunicación en la RMP, seis corresponden a significados que llevan a relacionarlas con una comunicación horizontal del pasante durante su trabajo. Estas seis palabras con su valor semántico fueron: abierta (9), adaptada (10), interacción (9), lenguaje diferente (5), nombre del paciente (9) y variable (7); lo que da un Resultado *VMT de C-E* de 49, que es igual al 12.66% de los 387 puntos del *Valor Semántico Total.* (VMT promedio 8.16)

Es claro que la comunicación vertical tiene mayor peso semántico entre el grupo de palabras definidoras para la categoría Comunicación, que la

comunicación horizontal (16.28% contra 12.66%), sin embargo el VMT promedio para las palabras definidoras comunicación horizontal tiene mayor peso semántico que la comunicación vertical. Esto puede indicar que aunque para los pasantes la comunicación horizontal es importante (por eso las palabras tienen un VMT promedio de 8.16), la práctica de la comunicación entre los pasantes es en su mayoría en forma vertical, ya que esta categoría como grupo de palabras, tiene un VMT es más alto. Hay que recordar que el VMT representa las acciones de las personas, según lo afirma Cofer (citado por Álvarez-Gayou, 2005) cuando dice que *"la memoria semántica es potencialmente generativa, es decir, que tiene efectos directos sobre el comportamiento de los individuos".*

Por otra parte, aparentemente se puede pensar que una comunicación vertical es incompatible con una comunicación empática, pues la característica fundamental de la primera es la transmisión de información sin un proceso de retroalimentación (De Fleur y Ball-Rokeach, 1982), y las características de la comunicación empática son el interés por la otra persona y la conciencia de las propias emociones para poder interpretar los sentimientos de otras personas (Goleman, 2000). Sin embargo, si a esta interrelación de conceptos se añade el contexto en el que se efectúa la comunicación con los pacientes, según es percibida por los pasantes, es decir, comunidades rurales con pacientes con una escolaridad baja o analfabeta, en un entorno de presión laboral por resultados, no es comprometido pensar, que una comunicación vertical es la técnica con la que pueden desarrollar los médicos pasantes, mayor empatía durante la consulta.

El quinto y último grupo del análisis de la palabra estímulo "comunicación", corresponde al conjunto de palabras que se refieren a otros aspectos de la comunicación. Este bloque de conceptos está conformado por 12 palabras definidoras con un *Valor M Total (VMT)* de 82, que es igual al 21.40% de los 387 puntos del Valor Semántico Total (VMT promedio 6.83). Es de llamar la atención que en este grupo se encontraron palabras con un alto valor semántico como: decisiva (10) e ideas (13), sin embargo por estar tan inconexas a las categorías

ya definidas en esta investigación y por no formar un grupo semántico consistente, este grupo de palabras no fue tomado en consideración para el análisis semántico.

Otro indicador que es importante conocer es el *Conjunto SAM* o grupo de diez palabras definidoras con los mayores *VMT*. Este conjunto de palabras representa el centro del significado que tiene el concepto (Álvarez-Gayou, 2005).

Tabla IV.1 Conjunto SAM de la categoría Comunicación

	Conjunto SAM obtenido para la palabra estímulo **Comunicación**		
	Conjunto SAM	Valor MT	Valores FMG
1	Respeto (cómoda)	39	100%
2	Empatía (cómoda)	14	35.89%
3	Responsable (cómoda)	12	30.76%
4	Adaptada (Horizontal)	10	25.64%
5	Confianza (cómoda)	10	25.64%
6	Esforzada (incómoda)	10	25.64%
7	Satisfactoria (cómoda)	10	25.64%
8	Abierta (horizontal)	9	23.08%
9	Complicada (incómoda)	9	23.08%
10	Difícil (incómoda)	9	23.08%

Con estos datos podemos decir que los médicos pasantes, para expresar su percepción con respecto a la comunicación que experimentan en el curso de la consulta médica, utilizan conceptos que denotan una comunicación que en su mayoría es cómoda, ya que el 50% del núcleo de palabras del conjunto SAM, indicaron este significado para la palabra estímulo “comunicación”. También se observa que de las primeras cinco palabras del Conjunto SAM, que son las que tienen un mayor acercamiento como significado (FMG) a la palabra definidora Comunicación, cuatro pertenecen al grupo de una comunicación cómoda. Si a este grupo de palabras sumamos dos más que pertenecen al grupo de palabras

de comunicación horizontal, podemos aseverar que los médicos pasantes tienden a practicar una comunicación adecuada durante la RMP.

Por otra parte en el conjunto SAM, que representa la descripción del significado psicológico de la palabra estímulo que se está investigando, se observa que el concepto “respeto”, asociado a una comunicación cómoda, tiene el *Valor FMG* de 100%, que representa la total cercanía de ese concepto con la palabra estímulo, en este caso “comunicación”. Las tres palabras con la característica de “comunicación incómoda” que quedaron incluidas en el Conjunto SAM fueron los conceptos “esforzada” con una cercanía del 25.64%, complicada y difícil cada una con 23.08% de acercamiento.

En general se puede decir que los resultados anteriormente descritos, indican que desde la percepción de los médicos pasantes, la comunicación que llevan a cabo con sus pacientes en general es cómoda, asociada a algunas características de la comunicación horizontal. La comunicación incómoda, aunque tiene importancia, los pasantes no la perciben tan significativa como la Comunicación cómoda en su labor profesional.

Relación Médico-Paciente (RPM).

Al iniciar el análisis se encontró que el Valor J lo conformaron 46 palabras definidoras, dentro de ellas había palabras sinónimas, por lo que se les reunió en un solo concepto, de tal manera que el total de palabras definidoras para la RMP fue de 43.

Enseguida se comenzó a agrupar las palabras definidoras en dos subcategorías, tal como fue categorizado el concepto RMP en el plan de trabajo preliminar. Las dos subcategorías establecidas fueron: un conjunto que indicara una RMP satisfactoria y un conjunto que indicara una RMP insatisfactoria. Sin embargo se observó que existían algunas palabras que no reflejaban ningún significado asociado a esas dos subcategoría, pero sí mostraban una fuerte

relación hacia otros dos conceptos: objetivo de la RMP y actuación durante la RMP, por lo que se crearon estas dos subcategorías y categorizaron las palabras correspondientes.

De esta forma, el análisis de redes semánticas del concepto RMP concluyó con cinco categorías: RMP satisfactoria, RMP insatisfactoria, objetivo de la RMP, actuación durante la RMP y palabras referidas a otros aspectos de la RMP.

El primer grupo de palabras examinadas, fue el que denotaba satisfacción en la RMP. Se concluyó que de las 43 palabras definidoras de la RMP, nueve correspondieron a significados que llevan a pensar que los pasantes expresan una RMP satisfactoria durante su labor en la comunidad. Estas nueve palabras con su VMT, fueron: ayuda mutua (9), buena (7), calidad (11), confianza (9), divertida (9), empatía (13), enriquecedora (10), estimulante (19) y gratificante (20); lo que da un *Resultado VMT de C-E* de 104, que es igual al 28.18% de los 369 puntos del *Valor Semántico Total* (VMT promedio (VMT promedio 11.55).

El segundo grupo de palabras revisadas, fue el que manifestaba insatisfacción en la RMP. Se encontró que de las 43 palabras definidoras de la RMP, quince correspondieron a significados que llevan a pensar en una RMP insatisfactoria. Estas quince palabras con su VMT, fueron: agotadora (16), cansada (1), demandante (10), desmotivada (5), difícil (7), escasa (6), exigencia (10), frustrante (10), limitada (8), nula (5), obligada (6), quejas (6), rápida (5), reclamos (5) y superficial (5); lo que da un *Resultado VMT de C-E* de 105, que es igual al 28.45% de los 369 puntos del *Valor Semántico Total* (VMT promedio 7).

Es importante hacer notar que la RMP satisfactoria y la RMP insatisfactoria tienen un VMT casi igual (104 contra 105), lo que indica que como de grupo de palabras generativa de acciones, los pasantes perciben la RMP en momentos satisfactoria y en momentos insatisfactoria. Sin embargo el VMT promedio está conformado por un menor número de palabras con un valor semántico mayor, lo que demuestra que hay menos momentos que los pasantes perciben como una RMP satisfactoria, sin embargo son experiencias de alto valor.

El tercer grupo de palabras revelaba el objetivo de la RMP desde la percepción de los pasantes. En este conjunto se encontraron siete palabras para esta subcategoría, de las 43 palabras definidoras para la RMP. Dentro de las siete palabras se encontraron algunas sinónimas, por lo que se agruparon resultando cinco palabras definidoras. Estas cinco palabras con su VMT, fueron: concientizar (9), consejería (6), educar (18), explicar (16) y orientar (13), lo que da un *Resultado VMT de C-E* de 62, que es igual al 16.80% de los 369 puntos del *Valor Semántico Total* (VMT promedio 8.85).

El cuarto grupo de palabras, muestra la Actuación durante la RMP. Este grupo quedó conformado por cuatro palabras definidoras: comunicación (6), entender (4), escuchar (8) y respeto (6), que sumaron un *Resultado VMT de C-E* de 24, que es igual al 6.50% de los 369 puntos del *Valor Semántico Total* (MT promedio 6).

El quinto y último grupo del análisis de la palabra estímulo “RMP”, corresponde al conjunto de palabras que se refieren a aspectos diversos de la RMP. Este bloque de conceptos está conformado por 10 palabras definidoras con un *Valor M Total (VMT)* de 74, que es igual al 19.12% de los 369 puntos del Valor Semántico Total. En este grupo se encontraron palabras con valores semánticos diversos, que van de 3 a 9 puntos, valores alejados de la palabra de mayor VMT (gratificante con 20 puntos). Igual que con la palabra estímulo “comunicación”, este grupo de palabras no fue tomado en consideración para el análisis semántico.

El Conjunto SAM para la palabra estímulo “RMP” fue:

Tabla IV.2 Conjunto SAM de la categoría RMP

	Conjunto SAM obtenido para la palabra estímulo **RMP**		
	Conjunto SAM	Valor MT	Valores FMG
1	Gratificante (satisfactoria)	20	100%
2	Estimulante (satisfactoria)	19	95%
3	Educar (objetivo)	18	90%
4	Agotadora (insatisfactoria)	16	80%
5	Explicar (objetivo)	16	80%
6	Empatía (satisfactoria)	13	65%
7	Orientar (objetivo)	13	65%
8	Calidad (satisfactoria)	11	55%
9	Demandante (insatisfactoria)	10	50%
10	Enriquecedora (satisfactoria)	10	50%

Siendo el conjunto SAM, el grupo de palabras que representa el centro del significado que tiene el concepto estudiado (Álvarez-Gayou, 2005), es de llamar la atención que en este grupo de palabras definidoras se tienen cinco palabras categorizadas como RMP satisfactoria, tres palabras categorizadas como Objetivo de la RMP y dos palabras categorizadas como RMP insatisfactoria. Esto indica que, desde la percepción de los médicos pasantes, la RMP satisfactoria y el objetivo de la RMP conforman el significado básico del concepto RMP, pues sumando la cantidad de palabras de estas dos subcategorías, se conforma el 80% del conjunto SAM. Es notorio que dentro del conjunto SAM, no existe ninguna palabra definidora de la subcategoría Actuación en la RMP.

En el conjunto SAM, con relación a la subcategoría comunicación insatisfactoria se observó que la conformaron dos palabras definidoras (el 20% del conjunto SAM), de las cuales una de ellas, la palabra definidora “agotadora” está en el grupo de las primeras cinco palabras definidoras de mayor FMG o acercamiento al concepto RMP. Esto puede significar que, aunque hay dos palabras definidoras de la subcategoría RMP insatisfactoria formando parte del

concepto RMP, no conforman el fenómeno vivido en forma importante, pues como puntualiza Álvarez-Gayou (2005), el comportamiento del individuo, genera la memoria semántica.

Por otro lado, el Valor FMG indica que la cercanía de las primeras cinco palabras definidoras es de muy poco distanciamiento y en las cinco restantes el acercamiento no es mayor al 50%. Esto nos indica que desde la percepción de los pasantes, las primeras cinco palabras definidoras son características fundamentales de la palabra estímulo RMP y las otras cinco palabras definidoras, pueden representar características supletorias.

Concluyendo, se puede declarar que desde la percepción de los médicos pasantes, la RMP les es satisfactoria, apreciación apoyada en gran medida por el constructo que han elaborado sobre el objetivo de la RMP. Por otra parte la RMP insatisfactoria no es parte importante de lo vivido cotidianamente. Un punto de suma importancia es que los médicos pasantes no manifestaron como parte fundamental en la RMP su Actuación (subcategoría emergente durante el análisis de la categoría RMP), y es aquí donde se puede comenzar a rastrear alguna insuficiencia en la percepción de los pasantes, con respecto a la aptitud necesaria para el trabajo en comunidades rurales y urbanas de bajos ingresos, que es donde desarrollan su servicio social, confirmando lo reportado por Mendoza y Vargas (2007) cuando afirman que: los médicos pasantes tienen nula instrucción en interculturalidad y una preparación con énfasis en la enfermedad más que en la salud y en el individuo más que en la comunidad,

Medicina defensiva.

El valor J de la categoría Medicina Defensiva fue de 42 (42 palabras definidoras para la palabra estímulo Medicina Defensiva). De inmediato se observó que ninguna de las palabras definidoras se podrían agrupar en las subcategorías Sobremedicalización y Exceso de estudios clínicos, definidas según el marco teórico en el plan de trabajo preliminar de la investigación, por lo

que se procedió a revisar éste para encontrar a partir de él, nuevas subcategorías con las que se pudiera caracterizar la percepción del pasante con respecto a la medicina defensiva.

En dicha revisión se descubrieron 2 subcategorías más acordes con las palabras definitorias registradas por los pasantes: sensación de amenaza y desconfianza hacia el paciente que reporta Tena et al. (2003).

Con este punto resuelto, se agruparon las palabras definidoras sinónimas, quedando 37 palabras definidoras para la palabra estímulo Medicina defensiva. Enseguida se comenzó a categorizarlas y durante este procedimiento emergieron dos subcategorías: la Autoprotección y las Actitudes con la medicina defensiva

Finalmente se contó con tres subcategorías para comenzar la categorización del grupo de palabras definidoras de la Medicina defensiva: Sensación de amenaza, Desconfianza y Autoprotección.

El primer grupo de palabras examinadas, fue el que denotaba Sensación de amenaza. Se concluyó que de las 37 palabras definidoras para la Medicina Defensiva, siete correspondieron a significados que llevan a pensar que los pasantes expresan sentirse amenazados durante su trabajo como médicos. Estas nueve palabras con su VMT, fueron: amenaza (7), demandante (10), error (3), género (8), legal (6), merma en RMP (7), miedo (17) y violencia (6); que da un *Resultado VMT de C-E* de 64, que es igual al 17.34% de los 369 puntos del *Valor Semántico Total* (VMT promedio 7.1)

El segundo grupo de palabras examinadas, fue el que denotaba Desconfianza. Se concluyó que de las 37 palabras definidoras para la Medicina Defensiva, cinco correspondieron a esta subcategoría. Estas cinco palabras con su VMT, fueron: cautela (8), desconocida (6), límite en el trato (7), mentiras (28) y necesaria (28); lo que da un *Resultado VMT de C-E* de 77, que es igual al 20.86% de los 369 puntos del *Valor Semántico Total* (VMT promedio 15.4)

Como se puede observar, aunque la subcategoría Desconfianza tiene menos palabras definidoras que la subcategoría Sensación de amenaza, Desconfianza tiene un VMT de C-E más alto, ya que entre sus elementos cuenta con dos palabras definidoras con un alto VMT que influyen para que el peso semántico de la subcategoría Desconfianza sea importante, situación que refleja como acción significativa, la desconfianza.

El tercer grupo, es el más grande: Autoprotección. A este grupo lo conforman once palabras: autoayuda (9), barrera (9), correcto (6), cuidadoso (7), evitar (4), expedientes (7), normas (8), obligaciones (12), papeleo (9), protección (53) y útil (9); lo que da un *Resultado VMT de C-E* de 133, que es igual al 36.04% de los 369 puntos del *Valor Semántico Total* (VMT promedio 12.09).

La subcategoría Autoprotección en relación a la subcategoría Desconfianza muestra interesantes resultados, pues la Autoprotección como Concepto-Estímulo muestra un valor semántico de casi el doble del de Desconfianza (133 contra 77), sin embargo el VMT promedio de Autoprotección es menor que el de Desconfianza (12.9 contra 15.4). Esto nos está mostrando que la Autoprotección es de suma importancia para los pasantes, no obstante la Desconfianza sobrepasa las acciones de la Autoprotección.

El cuarto grupo de palabras definidoras quedó englobado en la subcategoría: Actitudes con la medicina defensiva. Este grupo lo conformaron siete palabras: comunicación (14), conocimiento (6), entendimiento (4), escuchar (5), interpretación (7), responsabilidad (17) y tiempo (9); lo que da un *Resultado VMT de C-E* de 62, que es igual al 16.80% de los 369 puntos del *Valor Semántico Total* (VMT promedio 8.85).

Como se puede observar la subcategoría Sensación de amenaza con un VMT promedio de 7.4, es ligeramente menor que la subcategoría Actitudes con la Medicina defensiva con un VMT promedio de 8.85, esto puede ser interpretado como la percepción por parte de los pasantes, de que la actitud durante el trabajo profesional puede llevarlos o no, a sentirse más amenazados por los pacientes y

con desconfianza hacia a ellos, por lo que se pueden emprender acciones para contrarrestar la sensación de amenaza.

El quinto y último grupo corresponde al conjunto de palabras que se refieren a características que los pasantes le atribuyen a la Medicina defensiva. Este bloque de conceptos está conformado por 5 palabras definidoras con un *Valor M Total (VMT)* de 33, que es igual al 8.94% de los 369 puntos del VMT. En este grupo se encontraron palabras con valores semánticos diversos, que van de 5 a 9 puntos, valores muy alejados de la palabra de mayor VMT (protección con 53 puntos). Igual que con las otras palabras estímulo que denota diversos aspectos de la categoría estudiada, este grupo no fue tomado en consideración para el análisis semántico.

Después de ordenar de mayor a menor VTM el total de palabras definidoras, se obtuvo el conjunto SAM para la palabra estímulo "Medicina defensiva".

Tabla IV.3 Conjunto SAM de la categoría Medicina Defensiva

	Conjunto SAM obtenido para la palabra estímulo **Medicina Defensiva**		
	Conjunto SAM	Valor MT	Valores FMG
1	Protección (autoprotección)	53	100%
2	Mentiras (desconfianza)	28	52.83%
3	Necesaria (desconfianza)	28	52.83%
4	Miedo (amenaza)	17	32.07%
5	Responsabilidad (actitud)	17	32.07%
6	Comunicación (actitud)	14	26.41%
7	Obligaciones (autoprotección)	12	22.64%
8	Demandante (amenaza)	10	18.86%
9	Autoayuda (autoprotección)	9	16.98%
10	Barrera (autoprotección)	9	16.98%

Como se ha mencionado en párrafos anteriores que el conjunto SAM representa el centro del significado que tiene el concepto estudiado (Álvarez-

Gayou, 2005) y para el concepto Medicina defensiva, es evidente que la subcategoría autoprotección es una figura simbólica distintiva de la Medicina defensiva, pues independientemente de estar en el conjunto SAM cuatro palabras definidoras de la subcategoría Autoprotección, el VMT más alto está incluido en esta subcategoría (protección con 53) y la palabra definidora con el segundo VMT más alto (que pertenece a la subcategoría desconfianza), está 43% por debajo de la primera.

El conjunto SAM está conformado por cuatro palabras definidoras de la subcategoría Autoprotección y por dos palabras definidoras en cada una de las subcategorías Desconfianza, Amenaza y Actitud.

Es interesante observar que las únicas dos palabras de la subcategoría Actitud, se encuentran en la media de la tabla (posición 5 y 6) y que de este punto hacia los valores más altos se observa una fuerte influencia de la subcategoría Desconfianza, sin embargo encabeza la tabla una palabra definidora de la subcategoría Autoprotección. De la media de la tabla hacia los valores más bajos, predomina la subcategoría autoprotección y en cada segmento de la tabla existe una palabra definidora de la subcategoría Amenaza.

Esta configuración del Conjunto SAM con respecto a la Medicina Defensiva, puede ser interpretada como que los pasantes manifiestan una gran desconfianza hacia sus pacientes, por lo que les es importante la autoprotección, sin embargo saben que una herramienta primordial para resguardarse es la actitud que muestren en su trabajo.

Con respecto al Valor FMG se puede aseverar que la palabra definidora “protección” con 100% del valor, representa semióticamente un sinónimo de la palabra estímulo Medicina defensiva. Por otra parte las siguientes palabras muestran un alejamiento de por lo menos el 47%, por lo que puede decirse que los médicos pasantes las perciben como características de la medicina defensiva, más que como sinónimas.

Servicio Social.

Esta categoría emergió en la primera entrevista con los pasantes y durante el análisis de Redes Semántica ofreció datos interesantes.

La primera observación fue que se obtuvo un Valor J de 74 y al agrupar las palabras sinónimas quedaron un total de 68 palabras definidoras.

Comparando el Valor J de la categoría y palabra estímulo Servicio Social (74) con los Valores J de las otras categorías (comunicación 48, RMP 46 y medicina defensiva 42), de inmediato se observa una gran diferencia entre la cantidad de palabras definidoras de la primera categoría mencionada y de las otras tres (por lo menos un 35% más palabras definidoras). Se debe recordar que se les pidió a los pasantes que definieran una palabra "clave" (palabra estímulo) con por lo menos cinco palabras (sustantivos, adjetivos o verbos). Lo importante de esto es que de la palabra estímulo Servicio Social, los pasantes tuvieron mucho que expresar.

Siguiendo la subcategorización planeada en el plan de trabajo preliminar, se comenzaron a categorizar las palabras definidoras en: Pautas de la SESEQ y Relación con la comunidad, sin embargo surgieron dos subcategorías más, la primera se refirió a la Experiencia de vida y la segunda se relacionó con la Experiencia de trabajo.

La primer subcategoría, Pautas de la SESEQ, estuvo conformada por 19 palabras definidoras de las 68 que constituyeron la categoría Servicio Social. Estas diecinueve palabras con su VMT fueron: abandono (3), administrativo (15), aislamiento (4), burocracia (15), denigrante (3), discriminación profesional (5), discusiones (4), engaño (19), esclavitud (9), exceso de trabajo (9), falta comunicación (2), inferioridad (8), obligación (9), papeles (5), poco tiempo individual (13), regaños (5), requisito académico (10), solo por un tiempo (6) y titulación (7); que da un *Resultado VMT de C-E* de 151, que es igual al 33.11% de los 456 puntos del *Valor Semántico Total* (VMT promedio 7.94).

La segunda subcategoría, Relación con la comunidad, tuvo siete palabras definidoras de las 68 de la categoría Servicio Social. Las siete palabras con su VMT fueron: arriesgado (4), ayuda a otros (16), comprensión (6), discriminación de género (6), gratitud (6), problemático (4) y quejas (6); que da un *Resultado VMT de C-E* de 48, que es igual al 10.52% de los 456 puntos del *Valor Semántico Total* (VMT promedio 6.85).

La tercera subcategoría correspondió al concepto Experiencia de vida y en ella se incluyeron 14 palabras definidoras, que con su VMT fueron: aprendizaje (23), autoconocimiento (15), aventura (5), crecimiento (2), deprimente (2), desarrollo de carácter (4), desarrollo de personalidad (4), enriquecedor (8), experiencia (8), independencia (7), libertad (8), pérdida de tiempo (9), realización (3) y soledad (1); que da un *Resultado VMT de C-E* de 99, que es igual al 21.71% de los 456 puntos del *Valor Semántico Total* (VMT promedio: 7.07).

La cuarta subcategoría concernió al concepto Experiencia de trabajo que contenía 18 palabras definidoras, que con su VMT fueron: aburrido (3), agotador (4), demandante (10), desilusión (11), estimulante (7), estresante (4), frustración (4), gratificante (1), innecesario (5), irrepetible (5), necesario (8), oportunidad (10), pesado (3), reto (2), rutinario (8), satisfactorio (10), tedioso (9) y trabajo (10); que da un *Resultado VMT de C-E* de 114, que es igual al 25% de los 456 puntos del *Valor Semántico Tota (VMT promedio* 6.33).

Es evidente que en esta categoría el grupo semántico de más importancia es el de Pautas de la SESEQ, pues por una parte representó una tercera parte (VMT de C-E de 151) del valor semántico total de los cuatro grupos y por otro lado tuvo el VMT promedio más alto: 7.94. Los otros dos grupos que por sus valores denotan importancia en esta categoría fueron: Experiencia de trabajo y Experiencia de vida, con VMT de CE de 114 y 99, y VMT promedio de 6.33 y 7.07 respectivamente.

Con estos datos se puede concluir que, sobre las Pautas de la SESEQ giran las otras tres subcategorías: Experiencia de trabajo, Experiencia de vida y

Relación con la comunidad. Con respecto a la relación que guardan Experiencia de trabajo y Experiencia de vida, se observa que la primera demuestra más acciones vivenciales, mientras que las Experiencias de vida denotan más significado.

Es importante señalar que de las 19 palabras definidoras para Pautas de la SESEQ, la mayoría (79%) demuestran percepción de trato indigno y gran inconformidad entre los pasantes.

El Conjunto SAM para la palabra estímulo “Servicio Social” fue:

Tabla IV.4 Conjunto SAM de la categoría Servicio Social

	Conjunto SAM obtenido para la palabra estímulo **Servicio Social**		
	Conjunto SAM	Valor MT	Valores FMG
1	Aprendizaje (experiencia de vida)	23	100%
2	Engaño (pautas SESEQ)	19	82.60%
3	Ayuda a otros (relac. con común)	16	69.56%
4	Administrativo (pautas SESEQ)	15	65.21%
5	Autoconocimiento (experien. vida)	15	65.21%
6	Burocracia (pautas SESEQ)	15	65.21%
7	Poco tiempo individual (p. SESEQ)	13	56.52%
8	Desilusión (experiencia de trabajo)	11	47.82%
9	Demandante (experien. de trabajo)	10	43.47%
10	Oportunidad (experien. de trabajo)	10	43.47%

El Conjunto SAM muestra que las sub-subcategorías Experiencia de vida y Pautas de la SESEQ son las apreciaciones que enmarcan con más fuerza a la categoría Servicio Social. Las tres palabras definidoras de la categoría Experiencia en el trabajo que estuvieron incluidas en el Conjunto SAM, indican que la experiencia como labor profesional fue importante, aunque estas palabras definidoras tuvieran un Valor FMG ligeramente menor al 50%. Hay que puntualizar que la palabra definidora “Ayuda a otros” de la sub-subcategoría Relación con la

comunidad, figura como punto importante del significado del Servicio Social con casi un 70% de acercamiento a la palabra estímulo.

A través del Conjunto SAM se puede interpretar que los pasantes perciben que las Pautas de la SESEQ, son determinantes de la Experiencia de vida y la Experiencia en el trabajo durante su Servicio Social. Desafortunadamente las palabras definidoras que señalan el significado de Pautas de la SESEQ, no muestran una percepción atractiva para la actividad del Servicio Social.

IV.3 Triangulación.

La triangulación fue el tercer método utilizado para el análisis de los datos recogidos en campo.

Como se mencionó anteriormente, el objetivo que tiene el investigador al triangular datos, es la búsqueda de patrones de convergencia, con los que se pueda desarrollar o corroborar una interpretación global del fenómeno humano objeto de investigación, utilizando una tendencia lógica en la mezcla de los resultados, ya que la validez de la triangulación descansa en la capacidad de organizar los materiales en un marco coherente. (Okuda y Gómez-Restrpo, 2005, Rodríguez, 2005 y Uctemuco, 2004).

Se justificó el uso del método de triangulación en esta investigación, ya que se previó que en caso de que los dos primeros métodos arrojaran resultados distintos, ya que estaban conformados por categorías diferentes, con el método de triangulación se podrían reconciliar las diferencias, de tal manera que la divergencia proporcionara una oportunidad para enriquecer las conclusiones. Obviamente, los datos obtenidos en la investigación deberían ser valorados con el mismo criterio. (Rodríguez, 2005).

Bajo estas premisas se realizó la triangulación, obteniendo como resultado el enriquecimiento del *sistema de categorías,* que proporcionó formas

cualitativamente diferentes de aprehender, concebir y entender el fenómeno de la percepción de los médicos pasantes en servicio social egresados de la UAQ, con respecto a la comunicación en la RMP.

Para cada una de las categorías, se elaboró una tabla comparativa con los resultados encontrados en las entrevistas y en el análisis con redes semánticas, sobre ella se hicieron anotaciones para poder encontrar y comprender las convergencias de la categoría.

Comunicación.

Para el análisis de la categoría Comunicación, con el método de entrevista se subcategorizó de acuerdo al marco teórico, y con el método de redes semánticas se subcategorizó de acuerdo a los conceptos-estímulo que emergieran del ejercicio efectuado por los pasantes, de tal manera que con las redes semánticas se obtuvieron cuatro categorías que por las palabras definidoras, se podían comparar con cuatro categorías del método de entrevista. Todas las subcategorías se colocaron en una tabla junto con algunas de sus características, para proceder a hacer su estudio. Sobre la tabla se colocaron flechas que ayudaran a la visualización de las convergencias encontradas.

Se observó que el concepto “control del paciente”, dentro de esta categoría de Comunicación, apareció en los resultados de los dos métodos.

En el método de entrevista el concepto “control del paciente” se asoció a la subcategoría “buena comunicación”, que ya había sido señalada como un concepto paralelo a la subcategoría “objetivo” del pasante, pues éste como profesionista, entiende que una buena comunicación es sinónimo de control de la enfermedad y por ende del paciente.

Tabla IV.5 Triangulación para la categoría: Comunicación

CATEGORÍAS DE:			
Entrevistas			**Redes Semánticas**
No verbal	Proceso de transmisión		
Verbal			
Simpática	Forma		
Empática			
Vertical	Estilo		Vertical selectiva (23.08%FMG), guiada, explicación, emisora, dirigida, **control del paciente**
Horizontal			Horizontal Adaptada (25.6%FMG), interacción, nombre del paciente, abierta, variable
Diádica	Número de individuos en interacción		
Grupal			
Social			
	Objetivo que sus pacientes controlen o curen sus enfermedades con el medicamento proporcionado		
	Buena comunicación *tener una buena comunicación sí lo podemos ver, ¿cómo?, Cuando los pacientes están **controlados***		Comunicación cómoda Respeto (100%FMG), responsable, empatía, satisfactoria, confianza, entendimiento
	Mala comunicación Cansancio, entrega de reportes, mentiras del paciente, supervisión durante la consulta		Comunicación incómoda cansada, complicada, difícil, distante, **Esforzada** (SAM 25.6%), fría, limitada, superficial
	Aprendizaje de la comúnic.		
	Datos		Datos
	La comunicación que establecen los pasantes con sus pacientes, está fuertemente influida por el objetivo, es decir, que el paciente siga el tratamiento y las indicaciones prescritas		Los médicos pasantes utilizan conceptos que denotan una comunicación cómoda. Desde la percepción de los médicos pasantes, la comunicación que llevan a cabo con sus pacientes, en general es cómoda, asociada a algunas características de la comunicación horizontal. La comunicación incómoda, aunque tiene importancia, los pasantes no la perciben tan significativamente como la Comunicación cómoda, durante su labor profesional.

En el método de redes semánticas, el concepto de “control del paciente” emergió en la subcategoría: comunicación vertical, concepto análogo al encontrado en el método de entrevista. Debido a que el ejercicio de redes semánticas se realizó posteriormente a la entrevista grupal, la investigadora sabía que los pasantes se referían con sus palabras definidoras, a significados de una comunicación cómoda o incómoda para ellos, más que a un tipo específico de comunicación, que es lo que fue planteado en las subcategorías de este trabajo.

Concluyendo, la categoría comunicación presenta convergencias en su significado, pues es entendida como la transferencia de información al paciente para guiarlo en el control o alivio de sus enfermedades, dentro de un marco de respeto donde el médico tiene la obligación moral de adaptarse al paciente y el paciente la obligación moral de seguir las indicaciones del médico.

Relación Médico-Paciente (RMP).

La subcategorización que se realizó para la categoría RMP, se hizo de la misma forma como la de la categoría Comunicación, por lo que para el análisis de triangulación también se elaboró una tabla que ayudara a descubrir los patrones de convergencia.

En la tabla no se observó ninguna convergencia evidente, más bien da la impresión como si la categoría RMP se hubiera abordado desde diferentes esferas, es decir, como si a los pasantes se les hubieran hecho dos preguntas diferentes, ya que las respuestas manifestadas en las entrevistas, están asociadas al trabajo en la comunidad, y las respuestas manifestadas en la red semántica, están asociadas a la sensación personal.

Aunque a primera vista no se observan los patrones de convergencia en la tabla de triangulación, tras un examen desde un punto de vista menos comparativo y más complementario, se puede llegar a la conclusión que en las tres primeras subcategorías de la tabla de ambos métodos, las respuestas se integran para ofrecer una visión más completa del fenómeno.

Tabla IV.6 Triangulación para la categoría: RMP

CATEGORÍAS DE:	
Entrevistas	**Redes Semánticas**
RMP Satisfactoria Al iniciar el servicio social, tratamientos exitosos y seguimiento de reglas por la Comunidad.	Satisfactoria **Gratificante (100%FMG)**, estimulante, empatía, calidad, enriquecedora.
RMP Insatisfactoria Actitudes de los pacientes y comunidad, tiempo limitado para la consulta, elaboración de documentación administrativa, cambio social del estatus del médico, actitudes adquiridas con el tiempo.	Insatisfactoria **Agotadora (80%FMG)**, demandante, exigencia, frustrante, limitada, difícil
Práctica de la RMP Servicio médico a cualquier hora, dando Pláticas y poniendo orden en horarios de la Clínica.	Actuación Escuchar (40%FMG), comunicación, respeto, entender
Aprendizaje de la RMP Por observación a familiares médicos, por instrucción previa y durante, el Servicio Social.	Objetivo **Educar (90%FMG),** explicar, orientar, concientizar, consejería

De esta manera, las respuestas de las subcategorías RMP satisfactoria, donde los pasantes expresaron qué tipo de eventos les hacen sentir complacencia hacia sus pacientes, pueden ser complementadas con las respuestas de la subcategoría satisfactoria del método de redes semánticas. Así, puede ser interpretado que, cuando los pasantes tienen eventos como tratamientos exitosos o la comunidad sigue las reglas del centro de salud, el pasante tiene sensaciones gratificantes, estimulantes o que le dan la impresión de calidad.

Siguiendo el mismo razonamiento, cuando el pasante experimenta eventos insatisfactorios como algunas actitudes de los pacientes o la falta de tiempo suficiente para la consulta médica, el pasante tiene sentimientos de agotamiento emocional, frustración, etc.

Por último, cuando el pasante entra en contacto con sus pacientes, ya sea a través de pláticas o dando consulta, manifiesta que en su actuación está presente el escuchar, el respeto, etc.

Concluyendo, la aplicación de los dos métodos de recolección de datos para esta categoría, proporcionó una mejor comprensión del fenómeno de la RMP desde un análisis de la complementariedad, pues las expresiones para percepciones categorizadas con el mismo término mostraron gran riqueza semántica y por lo tanto, de percepciones.

Medicina Defensiva.

Continuando con el mismo sistema de trabajo, a través de una tabla, se estudiaron las subcategorías de la Medicina Defensiva, colocando flechas y símbolos como ayuda visual de las confluencias semánticas.

Cabe aclarar que la subcategoría "Conocimiento" (de la Medicina defensiva), no se incluyó en la triangulación de datos, ya que en las conclusiones del método de entrevista quedó claro que los pasantes no tienen un concepto claro sobre lo que es este fenómeno, ni sus implicaciones, a pesar de que la practican.

Las flechas y el símbolo sobre la tabla son explicados a continuación.

Tabla IV.7 Triangulación para la categoría: Medicina Defensiva

CATEGORÍAS DE:	
Entrevistas	**Redes Semánticas**
Desconfianza Demanda, evitar errores, no creer al 100% en el paciente, observar	Desconfianza **Mentiras (52.83%FMG),** necesaria, cautela, límite en el trato, desconocida
Sobremedicalización No se puede evitar el laboratorio, no dar solo vida suero oral, se hace medicina basada en existencias (de medicamentos)	Sensación de amenaza **Miedo (32.07%FMG)**, demandante, género, amenaza, merma en RMP, legal, violencia
Práctica Observar y anotar, que todo quede por escrito, consentimiento informado	Autoprotección **Protección (100%FMG)**, obligaciones, autoayuda, barrera, papeleo, útil, normas
Contexto Institucional Revisión de notas clínicas, normatividad es obligatoria, la nota clínica te puede salvar, no todo lo que se anota se hace	Actitudes contra la Medicina Def. **Responsabilidad (32.07%FMG)**, comunicación, tiempo, interpretación, conocimiento

El examen de la tabla de Triangulación mostró que, aunque dos de las subcategorías, una en cada uno de los dos tipos de método, fueron denominadas

igual, no indicaban la misma conceptualización entre los pasantes. Así, “desconfianza” en el método de entrevista, significa estar alerta durante la consulta, en cambio “desconfianza” en el método de redes semánticas significa, restringir la comunicación. Esto indica que para los pasantes, “desconfianza” como concepto, engloba todos estos términos.

Por otra parte, la subcategoría desconfianza del método de entrevista, confluye con la subcategoría sensación de amenaza del método de redes semánticas. Ambos bajo una conceptualización que denota peligro.

Las subcategorías práctica y autoprotección, convergen registrando las acciones que manifiestan el ejercicio de la medicina defensiva.

Un fenómeno interesante que surgió al traer otras palabras de la red semántica para Medicina defensiva al hacer la tabla anterior, es que las palabras definidoras que los pasantes utilizaron, ya agrupadas en la categoría conceptual que se denominó Actitudes contra la Medicina defensiva, realmente manifestaron las actitudes que llevan a una buena comunicación con el paciente, y con la cual se evita practicar la medicina defensiva. Sin embargo, los pasantes no son conscientes de esta comprensión intuitiva y lo que sí vislumbran claramente, son los requerimientos administrativos-legales que les exige la SESEQ y que les dan protección contra las demandas de los pacientes y de la Institución.

En base a lo anterior se puede afirmar que la subcategoría Contexto institucional del método de entrevista, como la subcategoría de Actitudes contra la Medicina defensiva del método de redes semánticas, muestran un patrón de convergencia entre ambos diferente a los antes encontrados, pues una categoría no sustenta a la otra en su significado conceptual, sino que en este caso, una subcategoría se confronta con la otra subcategoría para ampliar el conocimiento del fenómeno.

Con respecto a la triangulación de la categoría Medicina defensiva, se concluye que debido a la falta de información que los pasantes tienen sobre el

tema, las confluencias y las divergencias encontradas, se deben al desconocimiento de la materia pero a la obligatoriedad de ejercerla.

Servicio Social.

Para esta categoría también se hizo una tabla con las subcategorías elegidas desde el marco teórico y las categorías emergentes.

Tabla IV.8 Triangulación para la categoría: Servicio Social

CATEGORÍAS DE:		
Entrevistas		**Redes Semánticas**
Relación con la comunidad Como médicos, consejeros, maestros, autoridad y dictador	↔	Relación con la comunidad **Ayuda a otros (69.56%FMG)**, comprensión, gratitud, quejas, arriesgado, problemático.
Pautas de la SESEQ Número de consultas, cantidad en vez de calidad, exceso de documentos, llenado de formatos de información	↔	Pautas de la SESEQ **Engaño (82.6&FMG)**, administrativo, burocracia, poco tiempo individual, requisito académico, esclavitud, obligación
Padeceres Depresión, añoranza de la familia, riesgo, falta de gratificación, hartazgo, desmotivación abandono, falta de apoyo, quejas, falta de diálogo con la autoridad.		Experiencia de vida **Aprendizaje (100%FMG)**, autoconocimiento, pérdida de tiempo, enriquecedor, experiencia, libertad, independencia
Identidad Mano de obra barata, lo importante es titularse, se es menos que auxiliares de salud, sin retos profesionales.		Experiencia de trabajo **Desilusión (47.82%FMG)**, demandante, oportunidad, satisfactorio, tedioso, rutinario, estimulante, innecesario, irrepetible
Expectativas Especializarse, solo un año, mejor impactar en otro ambiente		

La tabla de triangulación para la categoría Servicio Social, mostró datos interesantes, primeramente se observó un patrón de convergencia entre las categorías relación con la comunidad: en los correspondiente al método de entrevistas se encuentran datos sobre las actividades que han realizado los pasantes dentro de la comunidad, y en los correspondientes al método de redes semánticas, se ofrecen datos sobre las actitudes que los pasantes tienen ante su trabajo comunitario, complementando de esta forma la información sobre la relación que el pasante construye en la comunidad.

Otro patrón de convergencia se pudo observar en las categorías pautas de la SESEQ. En ellas se muestra por un lado, algunos de los requerimientos que los pasantes deben de cumplir y por otra parte los sentimientos que ello despierta.

Por otra parte, desde la subcategoría pautas de la SESEQ del análisis de redes semánticas, se observa influencia hacia las subcategorías de padeceres e identidad.

Concluyendo, llama la atención que en esta categoría de Servicio Social, las interrelaciones que se encontraron, manifiestan básicamente los sentimientos que despierta en los pasantes la realización del servicio social. Es importante destacar que las categorías experiencia de vida y experiencia de trabajo, muestran datos interesantes sobre el desarrollo de los pasantes como personas y como profesionistas. Éstos aspectos se pueden conocer profundamente a través de una fuerte línea de investigación en educación médica.

V. CONCLUSIONES.

Finalizando esta exploración sobre la percepción que los jóvenes médicos pasantes, tienen con respecto a la comunicación en la RMP durante su vivencia en el servicio social, se puede afirmar que dicha apreciación se ve influida por diferentes factores:

a) la percepción que los médicos pasantes tienen de su labor, es decir, que el paciente siga el tratamiento y las indicaciones prescritas,
b) el aprendizaje intuitivo de las técnicas de comunicación humana por el médico pasante, es decir, a través de la observación de algunos profesores durante la etapa académica y en algunos casos también de sus familiares médicos, por lo que, aunque les es importante la comunicación horizontal, sus competencias en comunicación los sitúa en una práctica basada en la comunicación vertical, que les lleva a experimentar una comunicación mayor o menormente cómoda.

c) la comprensión de la comunicación dentro de un marco de respeto por el médico pasante, donde él tiene la obligación moral de adaptarse al paciente y el paciente la obligación moral de seguir las indicaciones del médico, constructo que el mismo pasante ha elaborado como el objetivo de la RMP,
d) falta de conciencia sobre la insuficiencia de conocimientos, con respecto a la aptitud necesaria para el trabajo en comunidades rurales y urbanas de bajos ingresos, situación que les ha llevado a adoptar una práctica que retroalimenta su aprendizaje empírico,
e) dentro de este aprendizaje empírico, el médico pasante se ve obligado a ejercer la medicina defensiva por presiones de dos frentes: el institucional y el comunitario, manifestado por una gran desconfianza hacia sus pacientes y la adulteración de información para cumplir con los requerimientos solicitados,
f) contexto que obliga al médico pasante, por un lado a practicar y aprehender nuevas habilidades y por otro a resignificar su profesión.

Aún con la influencia de los factores señalados anteriormente, en forma general los jóvenes médicos pasantes que prestan su servicio social, declararon que quieren empezar a ejercer la medicina ofreciendo alta calidad a sus pacientes, por lo que ponen en práctica todas las habilidades técnicas y humanas adquiridas durante su formación académica, con el fin de entablar una comunicación efectiva con los enfermos, para de esta forma llegar a una RMP llena de confianza. Sin embargo las necesidades de las comunidades donde hacen su servicio social y las necesidades de la institución que los supervisa, son fuente de obstáculo para que ellos (los médicos pasantes) ejerzan su profesión como la han concebido. Aún así, los médicos pasantes manifiestan tener una buena comunicación y una buena RMP.

Con respecto al ejercicio de la medicina defensiva, concepto central que llevó en buena medida a la problematización y posteriormente a este trabajo de

investigación, se puede decir que los médicos pasantes en general no la ejercen conscientemente, sino por normatividad de la institución en la que llevan a cabo su servicio social, de hecho la mayoría no reconoce el concepto como de uso común.

Por otra parte, la segunda hipótesis planteada lleva a una necesaria reflexión sobre los otros datos encontrados en el campo de trabajo, que muestran otras particularidades de la situación social y académica de los pasantes de medicina.

La Secretaría de Salud al acoger médicos pasantes para que realicen su servicio social en sus diferentes centros de salud, se convierte en una institución educativa que tiene que facilitar los medios y recursos humanos calificados para consumar la última etapa de aprendizaje académico de los médicos, más aún, es responsable que en este momento se cristalice la conciencia social del médico, objetivo propuesto por la ANUIES.

De esta manera, la Secretaría de Salud debe de planificar el servicio social desde la perspectiva académica y monitorearla no solo desde mediciones estadísticas, sino desde evaluaciones que reconstruyan el aprendizaje obtenido por el médico pasante.

Desafortunadamente, con los datos proporcionados por los pasantes entrevistados, se puede afirmar que algunas de las dificultades que padecen los pasantes de medicina, que han sido reportadas por otros investigadores para la República Mexicana, también son experimentadas por los médicos pasantes que hacen su servicio social en el Estado de Querétaro, dejando ver que lo aprehendido en esta etapa no cubre totalmente las expectativas educativas planteadas por las otras instituciones involucradas en su formación.

Por otra parte, deliberando sobre el efecto que causa la situación anterior, la percepción que fue manifestada por los médicos pasantes, fue la falta de apoyo por parte de las autoridades para poder realizar su trabajo adecuadamente, a pesar de que es la primera experiencia trabajando completamente solos y responsabilizándose de sus decisiones profesionales; no perciben una guía para

que esta experiencia de servicio social, sea imprescindible para avanzar en su preparación profesional. Más bien visualizan a la institución que los arropa y al personal que los supervisa, como productores de metas numéricas con los cuales tienen que trabajar siguiendo lineamientos, que en algunos casos son inflexibles y marcan las formas en que se deben hacer las actividades, aunque ellos puedan hacerlas diferente y eficientes según las competencias adquiridas durante su formación académica intra-aulas.

Dichas dificultades a las que se enfrentan estos jóvenes médicos en esta última etapa de formación, y para la cual no fueron preparados, les reafirma la opinión de que ser médico general no es su meta y los predispone a que de no lograr ingresar a una residencia médica, no es opción el pensar en la posibilidad de ejercer su profesión en algún lugar que tenga necesidades similares a la comunidad donde ejerció su servicio social.

Es tal la negativa que se tiene por seguir prestando este tipo de servicio, que es plenamente conocido entre los galenos, que jóvenes médicos llegan a preferir integrarse a las filas de visitadores médicos de los laboratorios farmacéuticos o a ejercer otra actividad completamente diferente.

La decisión de no ejercer la medicina si no se es especialista, definitivamente afecta a la sociedad mexicana, ya que no se ha logrado satisfacer la demanda nacional de médicos generales y por otro lado es un recurso humano al que se le ha invertido tiempo y esfuerzo, que manifiesta la posibilidad de no llegar a ofrecer el servicio para lo que fue entrenado. De ahí que las universidades que han formado a estos jóvenes profesionistas y la SS, que toma bajo su tutela el último año de formación de los médicos, tengan corresponsabilidad en las decisiones profesionales futuras de estos jóvenes.

También, durante las entrevistas surgieron datos que muestran que no solo la institución coordinadora del servicio social contribuye a plantear dificultades a los médicos pasantes para entablar una comunicación adecuada con sus pacientes,

la presión ejercida por las comunidades y la falta de formación en comunicación humana e interculturalidad son factores importantes.

De estos resultados, se infiere que es indispensable que los médicos pasantes durante la mayor parte de su formación académica, cuenten con espacios y tiempos para su preparación en comunicación humana e interculturalidad, al igual que en conocimientos sobre la realidad nacional e institucional a la que se enfrentarán durante su servicio social y el desarrollo de soluciones en las que ellos pueden participar con su trabajo profesional.

Estas conclusiones son apenas una aproximación a la realidad de lo experimentado por los médicos pasantes y el efecto que ello significa, por lo que preliminarmente se propone:

- El establecimiento de objetivos académicos y de servicio comunitario a lograr por los pasantes en servicio social, en los que se tome en cuenta sus competencias y experiencia.
- La inclusión en el currículum de asignaturas o módulos académicos con contenidos de Salud Pública, Antropología Médica e Interculturalidad, que incluyan preferentemente prácticas en el campo de trabajo.
- La preparación en pedagogía, didáctica y comunicación de los supervisores de pasantes en servicio social.
- Continuar esta línea de investigación estudiándola desde diferentes posturas epistemológicas, desde diferentes métodos y desde los diferentes actores sociales, para de esta manera profundizar en la problemática y análisis de otros aspectos de esta etapa académica de la formación en medicina.

La intención es llegar a crear propuestas concretas de cambio, para que tanto la Secretaría de Salud en coordinación con las Universidades, fortalezcan esta etapa académica médica, de tal manera que estas instituciones como los médicos pasantes y las comunidades, logren sus objetivos.

LITERATURA CITADA

Abbagnano N (2008). Diccionario de filosofía. Edit. Fondo de Cultura Económica. México.

Álvarez-Gayou J (2005). Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Edit. Paidós educador. México.

Almaguer, A., García, H. y Vargas, V. (2008). *La Medicina Tradicional Indígena Mexicana* en Interculturalidad en Salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. p.49-69. D.F.: México: Secretaría de Salud.

Andino J, Alvarado P y Beltrán J (2007). Proceso comunicacional en cuatro modelos de relación personal sanitario-usuario como factor para un adecuado control metabólico en diabéticos tipo 2. Disponible en http://www.revistapersona.com.ar/Personal16/16Beltrann.htm Recuperado el 12 de junio del 2007.

Arillo A, Vilches C, Mayor M, Gurpegui J y Estremera V (2006). Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos? Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 29 (1), 47-58.

Augé M y Colleyn J (2005). Qué es la antropología. Edit. Paidós Ibérica, S.A. España.

Barón, L (2008). Influencia de las categorías semánticas innatas en la representación del discurso. Revista Colombiana de Psicología, No. 17:129-145.

Bascuñán M (2006). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. Revista Médica Chile,133:11-16.

Consejo C y Biseca C (2005). Ética y poder: formación de residentes e internos. Rev. médica del IMSS, 43(1),1-3

De Fleur M. y Ball-Rokeach S. (1982). Teorías de la comunicación de masas. Edit. Paidos Mexicana. México, pág. 159-195.

Diccionario Anaya de la Lengua (2002). SPES Editorial. España.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, versión para consulta en internet (2001).

Forgus R (1976). Percepción. Proceso básico en el desarrollo cognoscitivo. Editorial Trillas. México.

Gimate-Welsh, A (2007). Introducción a la lingüística, modelos y reflexiones actuales. Edit. Fondo de Cultura Económica y Universiodad Autónoma de Puebla. México.

Goleman D (2000). La Inteligencia emocional. Edit. Vegara, México, pág. 123-138.

Gómez M, Sosa C y Padrón S (2007). La comunicación humana en la relación médico paciente. www.monografias.com/trabajos15/medico-paciente/medico-paciente.shtml. Recuperado el 20 de agosto de 2007.

Grinberg J, Cueli J y Szydlo D. 1978. Comunicación Terapéutica. Una medida objetiva. Revista del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, IV(1), 97-104.

Grinberg J, Cueli J, Riefkohl A y Szydlo D (1981). Correlativos electrofisiológicos de la comunicación humana. Revista del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, VII(2), 271-297.

Harris, M (2009). El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura. Siglo XXI editores. México.

Hernández C, Cabrera C y Garay E (2004). El desarrollo humano en la formación profesional de enfermería. Revista de enfermería del IMSS; 12(1):3-7

Herskovits M (1978). El hombre y sus obras. Edit. Fondo de Cultura Económica. México. 94-109.

López E (2006). Evita demandas. Revista Boletín de la Asociación Mexicana de Cirugía General y Colegio de pos-graduados en Cirugía General; XII (2): 8.

López L (2007). Problemáticas del servicio social 2007. Ponencia presentada en el Foro de Servicio Social, Comanjilla, Gto., Nov. 2007, organizada por la AMFEM.

López J, González M y Velasco M (2004). Servicio Social de Medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural. Revista de la Facultad de Medicina. 47(5):181- 186.

Mac Gregor J. (2009). Creación y expresión para el desarrollo de identidades culturales. . Memorias del tercer encuentro Internacional de gestores y promotores culturales. Edit. CONACULTA. Guadalajara, México.

Malinowski B (1984). Una teoría científica de la cultura. Edit. Sarpe. España. 35-55.

Manrique J (2007). Aspectos bioéticos de la práctica quirúrgica. Recuperado el 27 de septiembre del 2007. En: www.bioetica.org/bioetica/biblio4.htm

Marquez, L (2005). Democracia y educación, una mirada desde el discurso teórico. Revista Ciencias de la Educación. 2(26), 43-62.

Marroquín M (2002). La empatía redimensionada: la compleja evolución de un concepto. Miscelanea Comillas: revista de teología y ciencias humanas. Universidad Pontificia Comillas de Madrid, 60(117), 421-433.

Martínez M (2007). Evaluación cualitativa de programas. Edit. Trillas. México.

Marton F (1988). Cap 10, Phenomenography: A research Approach to Investigating Different Understanding of Reality, en Qualitative Research in Education: Focus and Methods. Eds. Sherman, R. and Webb, R. Edit. Routledge, Inglaterra.

Mendoza I y Vargas H (2007). La problemática del servicio social y alternativas. Ponencia presentada en el Foro de Servicio social, Comanjilla, Gto., Nov. 2007, organizada por la AMFEM.

Mercado M y Torres L (2000). Un tema olvidado en el ámbito de la salud. El análisis cualitativo de los datos, en: Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, método y práctica. Plaza y Valdéz Editores. Pág. 11 a 29.

Moral, C (2006). Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. Revista de investigación educativa. 24(1): 147-164.

Mortis, S (s.a.) Paradigmas de investigación cualitativa. Recuperado el 29 de abril del 2009, en: http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa2/ParadigmasInvestigacionCualitativa/index.htm

Nagle A (1999). Formas cualitativamente distintas de percibir la importancia de la educación y el trabajo. Trabajo presentado en las XIV Jornadas de Economía del Banco Central de Uruguay, noviembre de 1999 y en la III Reunión de la Red de Economía Social en Lima.

Noyola J (2007). Servicio social en medicina, evolución e impacto. Ponencia presentada en el Foro de Servicio social, Comanjilla, Gto., Nov. 2007, organizada por la AMFEM

Okuma M y Gómez-Restrepo C (2005). Métodos de investigación cualitativa: triangulación. Revista Colombiana de Psiquiatría. XXXIV(1):118-124.

Oriol A y Espinosa P (2002). Filosofía de la Ciencia. Edit. Intituto Politécnico Nacional, México. Pág. 9-12.

Oviedo G (2004). Definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Revista de Estudios Sociales, No. 18,pág. 89-96.

Pérez R (1990). ¿Existe el método científico?. Edit. Fondo de Cultura Económica. Colección La ciencia para todos/161. México.

Raisbaum H. (1988). Elaboración de un taller estructurado de comunicación para parejas. Memorias del Segundo Congreso Nacional de Terapia Familiar, Noviembre. México, D.F.

Reyes L (2008).Ponencia: "El diseño de la Investigación Cualitativa", ofrecida el 14 de marzo del 2008 a los alumnos de la Maestría en Ciencias de la Salud orientación Educación en la Facultad de Medicina de la UAQ.

Rivera-Cisneros E, Juárez-Díaz N, Martínez-López S, Campos-Castolo M, Sánchez-González.M, Tena-Tamayo C y Manuell-Lee R (2003). Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana asociada a la práctica médica. Revista Cirugía y Cirujanos, 71: 210-216.

Rivera A y Sánchez J (2004). Abordaje reflexivo de la RMP asociada a la calidad de la atención médica. Revista Calimed 10(1): 83-88.

Rodríguez G, Gil J y García E (1999). Metodología de la investigación Cualitativa. Edit. Aljibe, Málaga, España. pag. 69.

Rodríguez, O (2005). La triangulación como estrategia de investigación en ciencias sociales. Fundación madrimasd para el Conocimiento. Recuperado el 1º. De octubre del 2008. En: http://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna2.asp

Romero B (2008) Análisis pedagógico del Plan de Formación Individual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Tesis doctoral defendida el 3 de febrero del 2008 en la Universidad de Murcia, España. Recuperada el 2 de marzo del 2010, en:

http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/2051/1/RomeroSanchez.pdf

Salazar J, Montero M, Muñoz C, Sánchez E, Santoro E y Villegas J (1979). Psicología social. Edit. Trillas, S.A, México. pág. 32-76.

Sánchez J (2007). La relación médico paciente. Algunos factores asociados que la afectan. Revista CONAMED; 12(1): 20-28.

Sánchez J, Rivera A, Hernández L, Villegas M y Casares S (2002). La relación médico-paciente y la comunicación deben estar asociados a la Ëtica Médica. Revista Calimed, 8(1):21-27.

Sánchez-González J, Cacho-Salazar J, Hernández-Gamboa L, Campos-Castolo E y Tena-Tamayo C (2007). Estudio exploratorio de los conocimientos sobre ética, normativa y comunicación en los aspirantes a residencias médicas. Rev Ciruj y Cir. 75(39): 191-200.

Sánchez-González J, Tena-Tamayo C, Campos-Castolo E, Hernández-Gamboa L y Rivera-Cisneros A (2005). Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. Revista Cirugía y Cirujanos, 73(3):199-206.

Sánchez-Queija O y Parra A (2006). Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. Revista de Psicología social, 21(3): 259-271.

Sandín M (2003). Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. Edit. McGraw Hill/Interamericana de España, S.A.U. India.

Satir V (1978). Relaciones humanas en el núcleo familiar. Edit. Pax. México. Pág. 30-79.

Sogi C, Zavala S, Oliveros M y Salcedo C (2007). Percepción de formación en entrevista, relación y comunicación médico paciente. Encuesta en médicos graduados. Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú, 68 (002): 159-167.

Taylor S y Bogdan R (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Edit. Paidós. España.

Tena R (2009). La Religión Mexica, Revista Arqueología Mexicana, Edición Especial, Abril, No. 30: 6-11.

Tena C y Sánchez J (2005). Génesis del conflicto médico-paciente. Revista SOMAIS, 1(1): 13-17.

Tena C, Sánchez J, Rivera A y Hernández L. (2003). La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Algunas reflexiones en torno. Revista médica del IMSS, 41(5):407-413.

Uctemuco (2004). Criterios de validez y triangulación en la investigación social "cualitativa", una aproximación desde el paradigma naturalista. Consultado el 19 de enero del 2009. Universidad Católica del Temuco, Chile. Página web de la 3º sesión mensual del Taller Metodológico, Escuela de Antropología: http://www.uctemuco.cl/portavozantropologico/articulos/metodo.htm

Vargas A (2006). La responsabilidad en la atención médica. Revista Boletín de la Asociación Mexicana de Cirugía General y Colegio de pos-graduados en Cirugía General, XII (2): 1-8.

Vargas X (2007). Guía para el desarrollo de la investigación del hábitat. Consultado el 9 de junio del 2009. Unidad Académica Básica de Hábitat y Contexto, Departamento del Hábitat y Desarrollo Urbano, ITESO. Universidad Jesuita de Guadalajara, México. www.arquepisteme.iteso.mx/guialarga.doc

Vera-Delgado A (2004). Humanismo y medicina, y algunas reflexiones pertinentes. Revista Colombiana de Cardiología, 11(6):270-276.

Vera-Noriega J, Pimentel C y Batista de Albuquerque F (2005). Redes semánticas: aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos. Ra Ximhai, 1(3):439-451.

ANEXOS

Tablas y guías utilizadas en la aplicación y análisis de las Entrevistas.

Guía temática para la Primera Entrevista
(grupo focal)

Objetivo general.

Describir la percepción de los médicos pasantes en servicio social de la Universidad Autónoma de Querétaro, con respecto a la comunicación en la relación médico-paciente.

Objetivo particular.

Conocer la percepción sobre la comunicación en la relación medico-paciente que tienen los médicos pasantes en servicio social de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Instructivo.

Es importante que se les pida autorización verbal o escrita a los entrevistados para ser grabados en audio y/o video **asegurándoles** que toda la información recabada será confidencial y en la transcripción de la misma se utilizarán seudónimos.

Es extremadamente importante revisar que el equipo de grabación funcione adecuadamente y que se tenga a la mano todos los accesorios indispensables para su correcto funcionamiento.

Esta guía debe ser leída varias veces por el encuestador antes de ser aplicada con el fin de conocerla lo mejor posible. Se puede tener a la mano durante la entrevista.

El tiempo de duración del ejercicio debe de ser el necesario procurando no exceder 60 minutos, sin embargo si la persona o el grupo de personas entrevistadas quiere seguir dando sus opiniones al entrevistador después de transcurrido este tiempo y las circunstancias lo permiten, puede continuar la entrevista.

En el caso de grupos focales ninguno de los entrevistados está obligado a estar presente todo el tiempo de la entrevista.

Para cada uno de los temas, puede o no indagarse cada una de las preguntas, pues su objetivo es recabar una visión general del tema.

1. Sobre el tema de Medicina defensiva.

- ¿Para ustedes qué es la medicina defensiva?
- ¿Quién puede dar algunas características de ese tipo de práctica?
- ¿Alguno de ustedes ha llegado a ejercer este tipo de práctica médica?
- ¿Alguno de ustedes conoce de algún médico que haya recibido alguna amenaza de demanda o de queja ante la dirección, por algún paciente?

2. Sobre el tema Relación Médico-Paciente.

- ¿Para ustedes qué es relación médico-paciente?
- ¿Ustedes consideran que es difícil manejar la relación médico-paciente?
- ¿Cómo manejas esta relación?

3. Sobre el tema de Comunicación.

- ¿Para ustedes que es comunicación?
- ¿Quién de ustedes considera tener buena o excelente comunicación con sus pacientes?
- ¿Dónde lo aprendiste o cómo desarrollaste esta habilidad?
- ¿Consideran ustedes que beneficie a la práctica médica desarrollar esta habilidad?
- ¿Para ustedes qué es empatía?

Guía temática para la Segunda y Tercera entrevista
(entrevistas individuales)

Objetivo general.

Describir la percepción de los médicos pasantes en servicio social de la Universidad Autónoma de Querétaro, con respecto a la comunicación en la relación médico-paciente.

Objetivo particular.

Conocer la percepción sobre la comunicación en la relación medico-paciente que tienen los médicos pasantes en servicio social de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Instructivo.

Es importante que se les pida autorización verbal o escrita a los entrevistados para ser grabados en audio **asegurándoles** que toda la información recabada será confidencial y en la transcripción de la misma se utilizarán seudónimos.

Es extremadamente importante revisar que el equipo de grabación funcione adecuadamente y que se tenga a la mano todos los accesorios indispensables para su correcto funcionamiento.

Esta guía debe ser leída varias veces por el encuestador antes de ser aplicada con el fin de conocerla lo mejor posible. Se puede tener a la mano durante la entrevista.

El tiempo de duración del ejercicio debe de ser el necesario procurando no exceder 60 minutos, sin embargo si la persona entrevistada quiere seguir dando sus opiniones al entrevistador después de transcurrido este tiempo y las circunstancias lo permiten, puede continuar la entrevista.

Para cada uno de los temas, puede o no indagarse cada una de las preguntas, pues su objetivo es recabar una visión general del tema. También se pueden improvisar preguntas durante la entrevista sobre los temas indagados

1. Sobre el tema de Medicina defensiva.

- ¿Para ti qué es la medicina defensiva?
- ¿Has llegado a ejercer este tipo de práctica médica?

2. Sobre el tema Relación Médico-Paciente.

- ¿Para ti qué es relación médico-paciente?
- ¿Cómo crees que es tu RMP?

3. Sobre el tema de Comunicación.

- ¿Cómo consideras tu comunicación con tus pacientes?
- ¿Qué es lo que haces para comunicarte con tus pacientes?

Tabla guía para la categorización del discurso de la primera entrevista.

Objetivos específicos:

- Identificar a través de su discurso, la práctica de medicina defensiva que realiza el médico pasante.
- Identificar a través de su discurso, la percepción que tiene el médico pasante sobre la RMP que practica.
- Identificar a través de su discurso, la percepción que tiene el médico pasante sobre la comunicación que practica en su trabajo diario.
- Identificar a través de su discurso, la percepción que tiene el médico pasante sobre la práctica médica.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS y Sub-subcategorías	DEFINICIÓN	OPERACIONA-LIZACÍÓN
Comunicación.		Mecanismo por el cual se intercambian símbolos mentales a través del espacio y tiempo, con el fin de desarrollar las relaciones humanas.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones de: Avisar, declarar, decir, anotar, informar, escribir o cualquier otra que dentro del contexto tenga significado similar.
	Estilo.		
	Vertical.	Proceso comunicativo donde el transmisor se concentra en transferir información al receptor.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para la transmisión de información en forma expositiva.
	Horizontal.	Proceso comunicativo donde el transmisor reconoce el conocimiento previo que tiene el receptor.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para la toma conjunta de decisiones sobre la salud del paciente.

Tabla guía para la categorización del discurso de la primera entrevista (continuación)**.**

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS y Sub-subcategorías	DEFINICIÓN	OPERACIONA-LIZACÍÓN
Comunicación.	**Número de individuos en interacción.**		
	Diádica.	Comunicación que se da entre dos personas	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para la atención de un solo paciente.
	Grupal.	Comunicación que se desarrolla entre un pequeño conjunto de personas.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para la atención de la consulta a pacientes acompañados.
	Social.	Comunicación que se utiliza para informar, educar, distraer y persuadir a una colectividad.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones de pláticas hacia la comunidad donde hacen su servicio social.
	Proceso de transmision.		
	Verbal.	Transmisión de abstracciones de la realidad, a través de sonidos, para lograr y mantener la comprensión interpersonal.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para la transmisión de información a través del habla o la escritura.
	No verbal.	Transmisión de abstracciones de la realidad, que se da mediante indicios y/o signos y que carecen de estructura sintáctica.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para la transmisión de información a través de indicios y/o signos.

Tabla guía para la categorización del discurso de la primera entrevista (continuación)**.**

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS y Sub-subcategorías	DEFINICIÓN	OPERACIONA-LIZACÍÓN
Comunicación.	**Forma.**		
	Empática.	Comunicación que se desarrolla con interés por alguien, rara vez se expresan con palabras y con mayor frecuencia se manifiestan a través de otras señales.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones de sensibilidad a los estados de ánimo de sus pacientes.
	Simpática.	Comunicación que se desarrolla sin compartir nada de lo que la otra persona siente.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones con carencia de calma o con la imposibilidad de registrar los sentimientos de otro.
Relación Médico-Paciente (RMP)		Relación interpersonal íntima, directa, inmediata y única entre dos seres humanos en trance, uno de enfermedad y otro con deseo de servir.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten una labor médica clínica, como: consulta, atención médica, recetar, etc.
	RMP Satisfactoria.	Relación gratificante para el médico caracterizada por la estima, respeto y admiración de los pacientes hacia él.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten satisfacción con el ejercicio de la medicina.
	RMP Insatisfactoria.	Relación limitante para el médico, caracterizada por la desesperanza e insatisfacción.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten insatisfacción con el ejercicio de la medicina, como: frustración, insatisfacción, desencanto, etc.

Tabla guía para la categorización del discurso de la primera entrevista (continuación)**.**

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS y Sub-subcategorías	DEFINICIÓN	OPERACIONA-LIZACÍÓN
Medicina Defensiva		Alteración en la forma de ejercer la medicina inducida por amenaza o posibilidad de demanda y caracterizada por una deficiente comunicación y desconfianza entre médicos y pacientes.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten desconfianza, como: Desconfianza, Desengaño, Recelo, Prevención, Temor, Cuidado, Seguridad, Preocupación o cualquier otra que dentro del contexto tenga dicho significado.
	Sobremedicalización	Condición donde a un paciente se le prescribe medicamentos en forma excesiva o innecesaria.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones de este tipo.
	Exceso de estudios clínicos.	Condición donde a un paciente se le ordenan estudios clínicos en forma excesiva o innecesaria.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones de este tipo.
	Desconfianza	Condición donde el médico concibe sospechas de ser atacado por lo que su actitud es recelosa.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten sentimientos de este tipo.

Tabla guía para la categorización del discurso de la segunda, tercera y cuarta entrevistas.

Objetivos específicos:

- Identificar a través de su discurso, la práctica de medicina defensiva que realiza el médico pasante.
- Identificar a través de su discurso, la percepción que tiene el médico pasante sobre la RMP que practica.
- Identificar a través de su discurso, la percepción que tiene el médico pasante sobre la comunicación que practica en su trabajo diario.
- Identificar a través de su discurso, la percepción que tiene el médico pasante sobre la práctica médica que ejerce sujeta a la Secretaría de Salud.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS y Sub-subcategorías	DEFINICIÓN	OPERACIONA-LIZACÍÓN
Comunicación.		Mecanismo por el cual se intercambian símbolos mentales a través del espacio y tiempo, con el fin de desarrollar las relaciones humanas.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones de: Avisar, declarar, decir, anotar, informar, escribir o cualquier otra que dentro del contexto tenga significado similar.
	Estilo.		
	Vertical.	Proceso comunicativo donde el transmisor se concentra en transferir información al receptor.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para la transmisión de información en forma expositiva.
	Horizontal.	Proceso comunicativo donde el transmisor reconoce el conocimiento previo que tiene el receptor.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para la toma conjunta de decisiones sobre la salud del paciente.

Tabla guía para la categorización del discurso de la segunda, tercera y cuarta entrevistas (continuación)**.**

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS y Sub-subcategorías	DEFINICIÓN	OPERACIONA-LIZACÍÓN
Comunicación.	**Número de individuos en interacción.**		
	Diádica.	Comunicación que se da entre dos personas	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para la atención de un solo paciente.
	Grupal.	Comunicación que se desarrolla entre un pequeño conjunto de personas.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para la atención de la consulta a pacientes acompañados.
	Social.	Comunicación que se utiliza para informar, educar, distraer y persuadir a una colectividad.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones de pláticas hacia la comunidad donde hacen su servicio social.
	Proceso de transmisión.		
	Verbal.	Transmisión de abstracciones de la realidad, a través de sonidos, para lograr y mantener la comprensión interpersonal.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para la transmisión de información a través del habla o la escritura.
	No verbal.	Transmisión de abstracciones de la realidad, que se da mediante indicios y/o signos y que carecen de estructura sintáctica.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para la transmisión de información a través de indicios y/o signos.

Tabla guía para la categorización del discurso de la segunda, tercera y cuarta entrevistas (continuación)**.**

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS y Sub-subcategorías	DEFINICIÓN	OPERACIONA-LIZACÍÓN
	Forma.		
Comunicación.	Empática.	Comunicación que se desarrolla con interés por alguien, rara vez se expresan con palabras y con mayor frecuencia se manifiestan a través de otras señales.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones de sensibilidad a los estados de ánimo de sus pacientes.
	Simpática.	Comunicación que se desarrolla sin compartir nada de lo que la otra persona siente.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones con carencia de calma o con la imposibilidad de registrar los sentimientos de otro.
	Aprendizaje de la Comunicación.	Adquisición de la habilidad en comunicación por medio del estudio o la experiencia.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten instrucción en habilidades en comunicación.
	Buena Comunicación.	Cuando la comunicación tiene como características la bondad, utilidad y es agradable.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten satisfacción durante este ejercicio.
	Mala Comunicación.	Cuando la comunicación tiene como características el deterioro, en inútil y se opone a la razón.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten insatisfacción durante este ejercicio.
	Objetivo de la Comunicación.	Punto que se quiere alcanzar durante el ejercicio de la comunicación.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten algún tipo de fin al que se dirigen las acciones de comunicación.

Tabla guía para la categorización del discurso de la segunda, tercera y cuarta entrevistas (continuación)**.**

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS y Sub-subcategorías	DEFINICIÓN	OPERACIONA-LIZACÍÓN
Relación Médico-Paciente (RMP)		Relación interpersonal íntima, directa, inmediata y única entre dos seres humanos en trance, uno de enfermedad y otro con deseo de servir.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten una labor médica clínica, como: consulta, atención médica, recetar, etc.
	RMP Satisfactoria.	Relación gratificante para el médico caracterizada por la estima, respeto y admiración de los pacientes hacia él.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten satisfacción con el ejercicio de la medicina.
	RMP Insatisfactoria.	Relación limitante para el médico, caracterizada por la desesperanza e insatisfacción.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten insatisfacción con el ejercicio de la medicina, como: frustración, insatisfacción, desencanto, etc.
	Aprendizaje de la RMP.	Adquisición de la habilidad para lograr identificación del médico pasante con el paciente por medio del estudio o la experiencia.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten instrucción en habilidades en comunicación.
	Práctica de la RMP.	Ejercicio de la RMP.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones que conduzcan al establecimiento de la RMP.

Tabla guía para la categorización del discurso de la segunda, tercera y cuarta entrevistas (continuación)**.**

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS y Sub-subcategorías	DEFINICIÓN	OPERACIONA-LIZACÍÓN
Medicina Defensiva		Alteración en la forma de ejercer la medicina inducida por amenaza o posibilidad de demanda y caracterizada por una deficiente comunicación y desconfianza entre médicos y pacientes.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten desconfianza, como: Desconfianza, Desengaño, Recelo, Prevención, Temor, Cuidado, Seguridad, Preocupación o cualquier otra que dentro del contexto tenga dicho significado.
	Sobremedicalización.	Condición donde a un paciente se le prescribe medicamentos en forma excesiva o innecesaria.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones de este tipo.
	Exceso de studios clínicos.	Condición en la cual a un paciente se le ordena estudios clínicos en forma excesiva o innecesaria.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones de este tipo.
	Desconfianza.	Condición donde el médico concibe sospechas de ser atacado por lo que su actitud es recelosa.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten sentimientos de este tipo.
	Conocimiento del concepto.	Condición donde el médico tiene una clara idea sobre lo que es medicina defensiva.	Estará presente si el médico expresa una definición con por lo menos tres características de la medicina defensiva.

Tabla guía para la categorización del discurso de la segunda, tercera y cuarta entrevistas (continuación)**.**

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS y Sub-subcategorías	DEFINICIÓN	OPERACIONA-LIZACÍÓN
Medicina Defensiva	**Contexto institucional.**	Reglas y lineamientos impuestas por la SS, que el médico debe seguir obligatoriamente.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones para seguir normas de la SS.
	Práctica.	Ejercicio consciente de por lo menos tres acciones características de la Medicina Defensiva.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones que conduzcan al establecimiento de la Medicina Defensiva.
Contexto de trabajo en el Servicio Social		Lugar y condiciones donde el médico pasante ejerce su práctica médica	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten el lugar donde trabajan, así como testimonios que se refieran a situaciones de trabajo.
	Pauta de la Secretaría de Salud (SESEQ).	Condición donde el médico pasante ejerce su práctica médica bajo normas específicas de la SESEQ.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten acciones de este tipo.
	Relación con la comunidad.	Percepción del médico pasante con respecto a la comunidad donde ejerce su práctica médica	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten interrelación con las personas de la comunidad fuera del horario de trabajo.
	Padeceres.	Condición donde el médico pasante siente física o emocionalmente un daño, agravio o castigo.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten sentimientos de este tipo o acciones de terceros que lo provoquen.

Tabla guía para la categorización del discurso de la segunda, tercera y cuarta entrevistas (continuación)**.**

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS y Sub-subcategorías	DEFINICIÓN	OPERACIONA-LIZACÍÓN
Contexto de trabajo en el Servicio Social	**Identidad.**	Conjunto de características con las que se reconoce un individuo como perteneciente a un grupo.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten opiniones sobre su individualidad en relación a algún grupo en específico.
	Expectativas.	Posibilidad o esperanza de realizar o conseguir algo.	Estará presente si el médico expresa palabras que denoten sentimientos de este tipo.

Tabla para el vaciado de fragmentos del discurso según categoría y subcategoría.

Categoría del discurso:
Subcategoría:
Tipo de entrevista _____

Tablas, cuadros y formatos utilizados en la aplicación y análisis de las Redes Semánticas.

Formato para ser llenado por el participante.

Redes Semánticas **Cod. _____**

Nombre del participante _____

Palabra o concepto estímulo _____

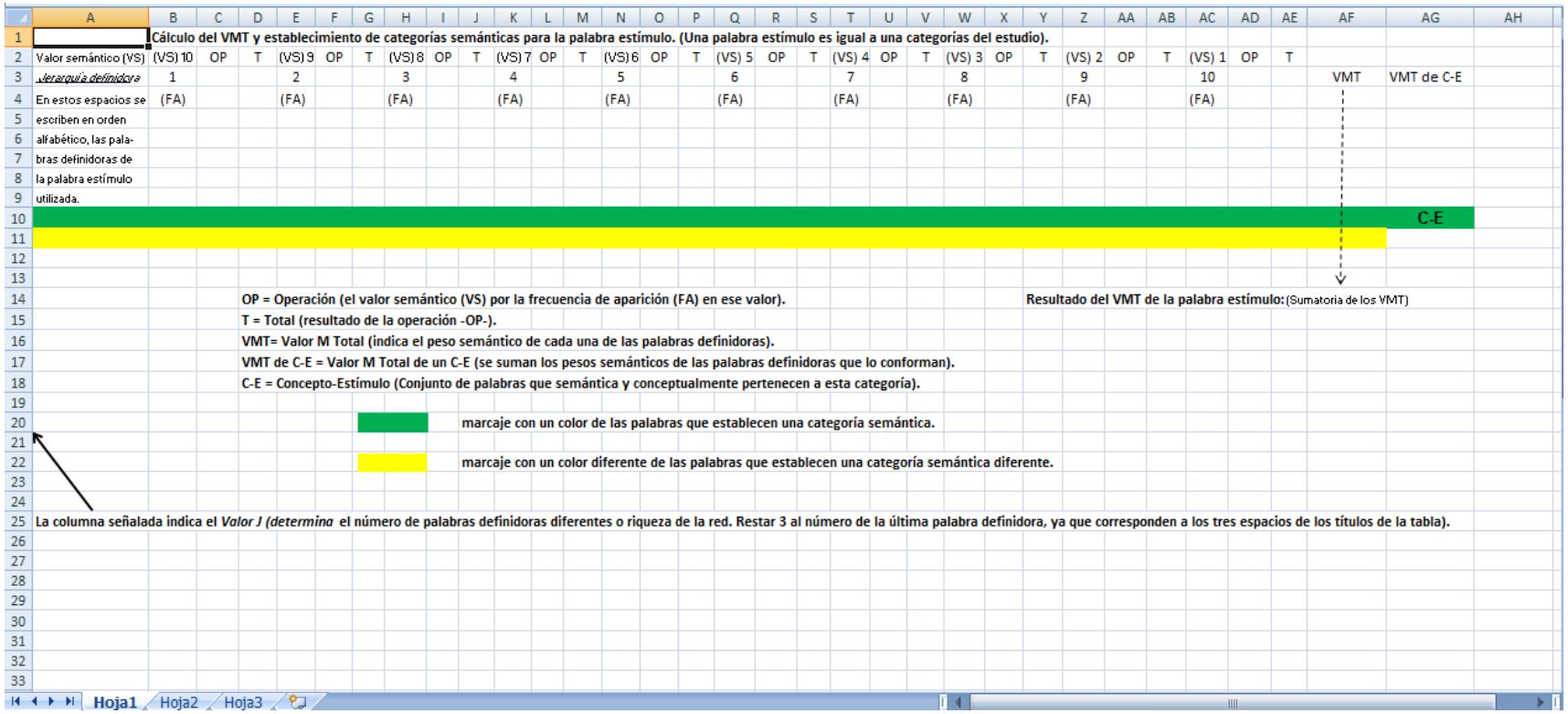
Palabras definidoras	***Jerarquías***	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	

Tabla para el vaciado de la jerarquización de palabras definidoras.

Palabra definidora:_____

Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D7										
D8										
D9										
D10										
D11										
D12										
D13										
D14										

Cuadro para el cálculo del VMT (Valor M Total).



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH
1		Cálculo del VMT y establecimiento de categorías semánticas para la palabra estímulo. (Una palabra estímulo es igual a una categorías del estudio).																																
2	Valor semántico (VS)	(VS) 10	OP	T	(VS) 9	OP	T	(VS) 8	OP	T	(VS) 7	OP	T	(VS) 6	OP	T	(VS) 5	OP	T	(VS) 4	OP	T	(VS) 3	OP	T	(VS) 2	OP	T	(VS) 1	OP	T			
3	*Jerarquía definidora*	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			VMT	VMT de C-E	
4	En estos espacios se	(FA)			(FA)			(FA)			(FA)			(FA)			(FA)			(FA)			(FA)			(FA)			(FA)					
5	escriben en orden																																	
6	alfabético, las pala-																																	
7	bras definidoras de																																	
8	la palabra estímulo																																	
9	utilizada.																																	
10																																	C-E	
11																																		
12																																		
13																																		
14				OP = Operación (el valor semántico (VS) por la frecuencia de aparición (FA) en ese valor).																					Resultado del VMT de la palabra estímulo: (Sumatoria de los VMT)										
15				T = Total (resultado de la operación -OP-).																															
16				VMT= Valor M Total (indica el peso semántico de cada una de las palabras definidoras).																															
17				VMT de C-E = Valor M Total de un C-E (se suman los pesos semánticos de las palabras definidoras que lo conforman).																															
18				C-E = Concepto-Estímulo (Conjunto de palabras que semántica y conceptualmente pertenecen a esta categoría).																															
19																																		
20								marcaje con un color de las palabras que establecen una categoría semántica.																												
21																																		
22								marcaje con un color diferente de las palabras que establecen una categoría semántica diferente.																												
23																																		
24																																		
25	La columna señalada indica el *Valor J (determina* el número de palabras definidoras diferentes o riqueza de la red. Restar 3 al número de la última palabra definidora, ya que corresponden a los tres espacios de los títulos de la tabla).																																	
26																																		
27																																		
28																																		
29																																		
30																																		
31																																		
32																																		
33																																		

Hoja1 Hoja2 Hoja3

Tabla de resultados del Conjunto SAM

	Conjunto SAM obtenido para la palabra_____.		
	Conjunto SAM	Valor MT	Valores FMG
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			