



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Ciencias de la Educación

ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN LA CONDICION POSMODERNA

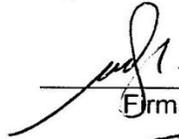
Opción de titulación
Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Maestra en Ciencias de la Educación

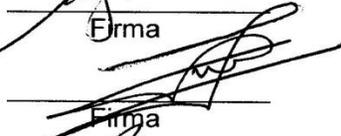
Presenta:
Ana del Carmen Ibarra López

Dirigido por:
Dra. María del Carmen Guadalupe Díaz Mejía

Dra. María del Carmen Guadalupe Díaz Mejía
Presidente


Firma

Dr. Luis Rodolfo Ibarra Rivas
Secretario


Firma

Dra. Felicia Vázquez Bravo
Vocal


Firma

Dr. Carlos Lozano Flores
Suplente

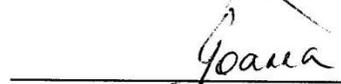

Firma

Dr. Miguel Francisco Javier Lloret Rivas
Suplente


Firma

Dr. Luis Enrique Puente Garnica
Director de la Facultad

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Directora de Investigación y Posgrado


Firma

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Diciembre 2015

RESÚMEN

Esta investigación pretendió establecer si en el entorno posmoderno actual, los métodos didácticos y los modelos de dominio médicos empleados en la enseñanza de la medicina, condicionan se modifique la percepción de su objeto de estudio e influyen en el uso o sobreuso de la tecnología para cimentar un médico tecnologizado, con desapego al método clínico, el cuidado de si y del otro.

Se realizó una investigación mixta: con el empleo del enfoque hermenéutico y estadística descriptiva. Se aplicaron cuestionarios semiestructurados a estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro y, entrevista grupal focalizada a médicos egresados. Los datos fueron recabados durante marzo- abril de 2015. El análisis se realizó bajo dos enfoques: cuantitativo utilizando medidas de tendencia central con el uso del paquete estadístico SPSS versión 22 ®, los datos de cualitativos analizados de forma inductiva con el empleo de la técnica tradicional de análisis y el paquete estadístico Atlas t1 6.2®

Los hallazgos mostraron que la formación del “ser y quehacer médico” actual es un proceso dinámico, continuo e inacabado. Los métodos y modelos de enseñanza están centrados principalmente, en conocimientos teóricos mediante clase expositiva y la observación de los profesores, apoyada además en avances científicos-tecnológicos novedosos para el diagnóstico, tratamiento y/o como auxiliares del aprendizaje. La relación profesor-estudiante tiende a la *cuasi* militarización, jerarquización y hegemonía del campo médico.

Cabe destacar que los fines trascendentes de la medicina “búsqueda de la salud y el bienestar de la población” permanecen en la formación de los estudiantes, vinculado con una forma de enfrentarse al mundo, de comportarse y de establecer relaciones con los otros. Sin embargo, en la enseñanza y sobre todo en el ejercicio profesional se privilegia el desarrollo autónomo del conocimiento. Lo que condiciona tendencias individualistas, que junto al entorno que se vive en las instituciones de salud, en el que se buscan metas de productividad, la sobresaturación de los servicios, falta de insumos, procesos burocráticos, etc. genera un aparente desapego del médico con el paciente.

(Palabras clave: medicina, enseñanza, condición posmoderna)

SUMMARY

This investigation aims to establish whether the current postmodern environment, teaching methods and models used in the medical domain of medical education, shape perceptions of its subject is changed and influence the use or overuse of technology to build medical tecnologizado with clinical detachment method, the care and to the other. The investigation was conducted: with the use of hermeneutical approach and descriptive statistics. semi-structured questionnaires were applied to students of the Faculty of Medicine of the Universidad Autónoma de Querétaro and focused group interview medical graduates. Data were collected during March-April 2015. The analysis was performed under two approaches: using quantitative measures of central tendency to use SPSS 22 ®, qualitative data analyzed inductively with the use of the technique traditional analysis and statistical package Atlas 6.2® t1 The findings showed that the formation of "being and medical task" now is a dynamic, ongoing and unfinished. The methods and models of teaching are centered mainly on theoretical knowledge through class exhibition and observation of teachers, further supported novel scientific and technological advances in the diagnosis, treatment and / or learning aids. The teacher-student relationship tends to quasi militarization, hierarchy and hegemony of the medical field. It notes that the transcendent goals of medicine "pursuit of health and well-being of the population" remain in the training of students, linked to a way to face the world, to behave and to establish relationships with others. However, in education and especially in practice the autonomous development of knowledge is privileged. What determines individualistic tendencies, which together with the environment that exists in health institutions, where productivity goals, oversaturation of services, lack of inputs, bureaucratic processes are searched, etc. generates an apparent detachment from the doctor to the patient.

(Keywords: medicine, teaching, postmodern condition)

Deseo agradecer en forma muy especial a familia que de cerca o desde el cielo se preocupan por hacer que mis días sean mejores.

Juanito, Mami, Papi, Pedro, Ernesto, Don Peter y mi Elito, los amo inmensamente.

A todos y cada uno mis maestros por su generosa enseñanza, constante apoyo y confianza.

AGRADECIMIENTOS

- Grupo de profesores conforman la plantilla docente de la Maestría en Ciencias de la Educación en especial a:
Dra. María del Carmen Guadalupe Díaz Mejía, el tiempo y esfuerzo en este trabajo, su entrañable amistad y consejos.

- Dr. Javier Ávila Morales, director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro y Dr. Miguel Francisco Lloret Rivas Coordinador General de la Maestría en Investigación médica, por las facilidades y el apoyo que brindaron para la realización de esta investigación.

Contenido

Relación de abreviaturas	7
Introducción	8
Problema y objeto de estudio.....	9
El acto médico.....	10
Enseñanza de la medicina	13
Breve reseña sobre la enseñanza de la medicina a lo largo de la historia	26
Escenario y actores.....	37
Justificación	41
Objetivos e hipótesis.....	43
Estados del conocimiento	44
Teorías de apoyo	55
Metodología	80
Método hermenéutico	81
Enfoque cuantitativo: descriptivo y correlacional.....	83
Triangulación	85
Procedimientos.....	87
Delimitación de universo o muestra.....	87
Instrumentos de recolección de la información.....	88
Procedimiento de la investigación	91
Sistematización de los resultados	94
Resultados y discusión	95
Resultados sociodemográficos.....	95
Resultados descriptivos	96
Integración-teorización	143
Conclusiones	162
Referencias bibliográficas.....	169
Anexos	176

RELACIÓN DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
ABP	Aprendizaje basado en problemas
ACGME	Acreditación de graduados de educación médica
ASCOFAME	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
AMFEM	Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina
CENEVAL	Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior A.C.
COED	Cuestionario de opinión del estudiante sobre la Docencia
COMAEM	Consejo Mexicano para la acreditación de la educación
CUMEX	Consortio de Universidades Mexicanas
EC	Enfoque competencias
EXHCOBA	Examen de Habilidades y Conocimientos Básicos
FM	Facultad de Medicina
JAMA	The Journal of the American Medical Association
MBE	Medicina basada en evidencias
MC	Método clínico
MMH	Modelo médico hegemónico
PROMEP	Programa para el mejoramiento del profesorado
UAQ	Universidad Autónoma de Querétaro
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

INTRODUCCIÓN

La enseñanza médica, como parte del proceso en el cual se adquieren formas de ser y valorar la profesión médica, se ve influida directa o indirecta por factores del entorno en la que se lleva a cabo. En la actualidad, y como parte de la condición posmoderna, se ha generado una fragmentación paulatina entre el conocimiento clínico, tecnológico, la aplicación práctica, el conocimiento integral y la relación entre médico-paciente. Esta última quizá ha causado mayor impacto, sobre todo porque va en contra de los principios fundamentales planteados por el padre de la medicina Hipócrates: la búsqueda del beneficio del paciente y el médico como el artífice para manipular los medios para obtenerlo.

La lente bajo la que se muestra el proceso de salud-enfermedad, durante el la formación médica en las aulas de facultades de medicina y en las instituciones de salud, se materializa en el desempeño profesional posterior (aplicación de conocimientos teóricos-prácticos, relaciones entre médico-paciente y colegas médicos, actitudes, valores y principios profesionales). Esta visión es construida y/o transmitida, por parte del profesor hacia los estudiantes, dentro de la escuela y las instituciones de salud, apoyándose de herramientas didácticas, el método clínico y patrones hegemónicos, entre otros aspectos. Estos influyen en el proceso de enseñanza-aprendizaje del futuro médico y pueden condicionar un desapego del método clínico, alejamiento en la relación con los pacientes en el sentido humano y favorecer el sobreuso de herramientas tecnológicas.

PROBLEMA Y OBJETO DE ESTUDIO

La inquietud por realizar esta investigación surgió cómo parte de la experiencia durante el proceso de formación que vivió la autora, las anécdotas compartidas por colegas y amigos con los cuales tuvo la oportunidad de compartir estas etapas de aprendizaje y, finalmente por los comentarios realizados por personas ajenas al campo médico, pero que son usuarios de los servicios de salud.

A través de estas experiencias, le fue posible percatarse de que durante el proceso de enseñanza de la medicina, los alumnos sufren una transformación no sólo por la adquisición de los conocimientos necesarios para brindar atención en salud, si no en relación a los motivos, razones y circunstancias que condicionaron la decisión de estudiar medicina, así como en la forma de comportamiento y presentarse frente a la sociedad.

En la mayoría de los casos, se tiene la ilusión de ser un agente que pueda generar cambio positivo en el entorno cercano (curar enfermedades, salvar vidas, mejorar la calidad de vida de la población, enorgullecer a su familia, etc.) e incluso, se tienen pensamientos idealistas sobre el médico, muchos de ellos aprendidos o fomentados por la misma sociedad, como: ser una de las profesiones más nobles y desinteresadas, la creencia de que el estudiar medicina garantiza un nivel de vida socioeconómico estable y el reconocimiento social, pensar que las posibilidades laborales son inagotables (puesto que siempre existirán enfermos a los cuales dar atención en salud), entre otros.

Sin embargo, durante el proceso de formación, estas ilusiones e ideales no se llevan a cabo por completo o sufren modificaciones en esencia, no precisamente en un sentido negativo, pero con cierta tendencia a una visión, tal vez más realista de la situación actual. Al estar inmersos en el campo médico o ser confrontado con los saberes y las formas de aprender la medicina. Al parecer con tendencia a la búsqueda de la eficiencia, la acumulación de conocimientos en el área de la salud, reconocimiento profesional, la adopción de una visión

mecanicista del cuerpo humano, que relega la atención de los problemas que aquejan a la sociedad desde una visión biológica, psicológica, social.

Por otra parte, familiares, conocidos, amigos cuya formación no corresponde al área de la salud e incluso pacientes, comentan que existen características particulares que distinguen a los médicos, incluso desde que comienzan a estudiar medicina, más allá de la bata blanca, como la manera de comportarse, la forma de caminar, hablar, dirigirse a los demás, entre otros y de los cuales, los médicos no se percatan.

Existe también, una queja colectiva por el tipo de atención que brindan en las instituciones de salud, pues el paciente refiere que los médicos, no se preocupan por atender sus sentimientos y preocupaciones; incluso el galeno al dirigirse al paciente no lo ve a los ojos. Parece que están sólo en la búsqueda de signos y síntomas, que puedan dar indicios sobre la patología que aqueja al enfermo, para darle una prescripción y seguir con el siguiente.

Al ser un problema muy complejo, se pretende situar sólo en lo ocurrido en las aulas, pues es el primer contacto con el ámbito médico. En él, se comienza a forjar este proceso de transformación que se comenta en los párrafos previos. Inicia, y es favorecido por el propio campo médico, los métodos y modelos de enseñanza mediante los se constituye el “ser médico”.

Para tratar de contextualizar el proceso de formación médica se inicia describiendo en qué consiste la profesión médica, como se desarrolla el proceso de aprendizaje y cómo ha influido el entorno social actual en el campo de la medicina.

EL ACTO MÉDICO

Acto médico según la concepción hipocrática constituye, en esencia, una acción galénica benéfica en la cual, el médico orienta su dinámica de acción hacia un objeto-persona que lo solicita o necesita de su ayuda en su lucha por

preservación de dos valores excelsos de la especie humana: la vida y la salud (Perales, 2001).

Partiendo de esta premisa, Perales en el documento “Acto Médico: criterios, definición y límites” (2001) destacó que la relación médico-paciente es la base del acto médico; por tanto requiere de condiciones básicas para desempeñar dicha acción como son: el médico disponga de libertad de acción, el conocimiento suficiente y tiempo necesario para su ejecución. En la búsqueda de dos objetivos fundamentales: curar la enfermedad y cuidar al enfermo.

Un buen ejercicio de la profesión médica, se entiende como: la práctica de los pilares que encaminan la medicina; la conservación, fomento, restitución y rehabilitación física y psicológica incluye por tanto, prevención, diagnóstico, tratamiento de las enfermedades, asesoramiento médico forense, la investigación y la docencia (Benavides, 1999). El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de Madrid en 2006, enumeró sus tres principios esenciales:

1. Primacía del bienestar del paciente.
2. Respeto por la autonomía del mismo.
3. Promoción de la justicia social.

A lo largo de la historia, y como parte de un fenómeno de interacción colectiva, se ha logrado conceptualizar la labor del médico en relación a su objeto de estudio o trabajo, dentro de dos contextos, que incluso han sido tema de un riguroso debate filosófico y epistemológico, entre los que defienden la medicina como un arte y como una ciencia (Gigerenzer, 1996). Cada una implica una mirada filosófica y epistémica distinta.

- Bajo la concepción del “médico como un artista”, ejerce su profesión al recurrir a su intuición, sus sentimientos y conocimientos médicos, El clínico tiene la libertad de realizar los procedimientos médicos necesarios en pro del bienestar del paciente, sus decisiones no son sometidas a cuestionamiento, pues cuenta con la confianza absoluta del paciente, lo que

hace que la atención al enfermo sea heterogéneo, se fundamenta en la idea de que cada ser humano es diverso y cada decisión debe ser individualizada y flexible (Huicho, 2013: 232).

- Por otra parte, bajo la mirada de la “medicina como una ciencia”, basa su práctica en hechos reales y verificables, se fundamenta en las ciencias empíricas, bajo la lógica experimental y por lo tanto en el método científico. Fundada en la observación y descripción de un objeto de conocimiento (la enfermedad), viéndolo como ajeno al médico, con la finalidad de que se emita un juicio racional, objetivo y neutral. Bajo esta premisa, han surgido prácticas médicas basadas en las evidencias científicas disponibles por ensayos clínicos sistematizados, guías de diagnósticos y manejo, parámetros prácticos, entre otros (Huicho, 2013: 232).

A este respecto, Peña (2004) en el ensayo titulado: “Medicina y filosofía: abordaje filosófico de algunos problemas de la medicina actual”, sostuvo que, la medicina no puede ser esencialmente una ciencia; porque su primordial función es tratar de salvar vidas y no la de encontrar regularidades o leyes científicas; hará uso de ellas, pero su función *sine qua non*, no será la de encontrarlas. Y tampoco puede ser un arte, ya que se rige por generalizaciones y leyes, no por criterios singulares y particulares; pues no es posible trabajar de forma errática, sin metodología y sin patrones repetibles. Además propone el ver la medicina como una tecnología, es decir, una técnica usuaria del conocimiento científico.

Por esta situación, se considera indispensable encontrar un equilibrio entre ciencia y arte, pues la conjunción entre estos dos aspectos, podría permitir que el médico sea capaz de usar las herramientas tecnológicas y científicas novedosas y hacer uso de ellas de manera juiciosa; además, individualizar tratamientos y atención del paciente, percibiéndolo como un ser humano que cursa un proceso de enfermedad.

En el texto “El nacimiento de la clínica”, Foucault (1963) comentó que el papel del médico, además de técnico de la medicina, tiene un papel económico, en la repartición de los auxilios, un papel moral y casi jurídico, en la atribución de éstos; helo aquí convertido en el “vigilante de la moral, como de la salud pública”.

Tras lo antes planteado es que surge la siguiente pregunta: ¿Cómo influyen los métodos o modelos de enseñanza en medicina en el alumno, y si tienden a favorecer que la perciba como una ciencia, un arte o la conjunción de ambas?, ¿El aprender medicina cómo una ciencia genera que el objeto de estudio se centre en la enfermedad o al verlo como un arte el paciente se perciba como un ser humano completo y complejo, que es vulnerable pues se encuentra enfermo?

ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

La enseñanza, en término general, ha sido interpretada y ejecutada, como una entrega de los conocimientos, recibidos secularmente de la misma forma, bien sea directamente de nuestro maestro, sus antecesores o de los textos escritos por expertos; en la medida que el conocimiento pretende ser universal, científico o no, y que ha progresado con el tiempo. Involucrado, a su vez, que el receptor de dicho conocimiento lo estructure a partir de ideas, conceptos y experiencias, para integrarlo en el cerebro mediante conexiones neuronales, para interpretarlas, aplicarlas y vincularlas según las necesidades (Lermanda, 2007).

La educación médica engloba la transmisión de una serie de conocimientos, sobre ciencias médicas, la capacitación para practicar un conjunto de habilidades clínicas, entre las que destacan los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y la trasmisión de una serie de actitudes relacionadas con los principios y valores de la profesión médica (Núñez-Cortés, 2008). Como Durkheim planteó, tiene por objeto suscitar y desarrollar ciertos estados físicos, intelectuales y morales que le exige la sociedad política en su conjunto (Durkheim, 1996: 48).

En el documento titulado "La formación de los profesionales médicos", publicado en 2004 por Fundación Educación Médica, y citado por Perales en 2008, se comenta que la educación en medicina aspira al logro de tres fines: a) cognitivos, mediante la transmisión de conocimientos, para enseñar al alumno cómo, cuándo y por qué realizar el acto y los procedimientos médicos; b) de destrezas y habilidades, para adiestrarlo en la forma adecuada de realizarlos, y c) de actitudes y conducta profesional, para que desarrolle el comportamiento que corresponde al trabajo médico (Perales, 2008:31).

Queda al descubierto la complejidad que entraña el proceso de enseñanza de la profesión médica. Pues implica que el alumno adquiera:

- Conocimientos teóricos, entendidos como el conjunto organizado de datos e información destinados a resolver problemas de salud, habilidades prácticas clínicas que forman parte del proceso de la actuación médica en relación con la atención de la salud del paciente.
- Habilidades clínicas, entendidas como la capacidad de abordar al paciente con una perspectiva integral, con base en una sólida formación semiológica, la que es indispensable en la formación del médico independientemente del progreso de la ciencia y la tecnología (ASCOFAME, 2008).
- Actitudes, definidas por Ander-Egg (1987) como el estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones.
- Principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina al servicio de la ciudadanía, que evoluciona con los cambios sociales y que avala la confianza que la población tiene con los médicos. Integran el llamado profesionalismo médico y exige anteponer los intereses del paciente a los del propio médico (Rodríguez, 2010). Son, además, conductas por las cuales los médicos demuestran ser merecedores de la confianza

depositada en ellos por la sociedad (Rodríguez, 2007). Según Swick (2000), es un contrato que se establece entre los médicos y la sociedad para ejercitar la práctica médica, con integridad, compasión, altruismo, empatía, respeto a los demás, en el marco de un compromiso con el estudio, la auto superación, y con un actuar responsable y reflexivo, reconociendo el contexto de su actividad, con frecuencia subordinada a intereses ajenos, ante los cuales se requiere ética y autocrítica.

- Sentimiento de identidad que caracteriza esta profesión, entendido desde el punto de vista psicológico como la unidad e invariabilidad, en su ser, de una misma realidad (cosa, individuo, concepto, etc.), y la continuidad de algo que está deslindado en el espacio y en el tiempo (Dorsch J. 1976). Con esta noción se puede decir que identidad se compone de una serie o conjunto de características que constituyen un todo tangible e intangible, que identifica a este todo de otros en el tiempo y en el espacio (Gutiérrez A, 2006).

Es preciso denotar que el proceso de enseñanza de la medicina puede ser analizado bajo dos perspectivas: el “ser médico” y el “quehacer médico”, que determinan el papel que juega el médico, la forma de relacionarse con el paciente, el tipo de conocimientos adquiridos. En realidad, no existen límites definidos en cada uno de ellos, pese a la aparente bivalencia existente entre ellos, en lugar de contraponerse se complementan, se enseñan y aprenden como un todo.

El término “ser médico” engloba todos los saberes no tangibles, como la adquisición de actitudes, valores, y principios, que caracterizan al clínico, además de los factores de interacción con el paciente (como un ser individual y heterogéneo), colegas, alumnos y el personal con el que colaboran no visto como una cuestión de categorías o jerarquías, sino el contacto que se da entre seres humanos.

El “quehacer médico”, relacionado con la adquisición de los saberes teóricos y prácticos sobre el proceso de salud-enfermedad, es llevado a cabo a través del empleo de métodos didácticos, como parte de la disciplina pedagógica de carácter

práctico y normativo que tiene como objetivo la técnica de enseñanza, como sistema para estimular y dirigir eficientemente el proceso de enseñanza (Serna, 1985). El aprendizaje del método clínico, que se refiere específicamente al interrogatorio y al examen físico del paciente, es decir, a la historia clínica, no se circunscribe sólo al diagnóstico, incluye también el pronóstico, la terapéutica y la profilaxis. Está dirigido u orientado por la experiencia previa y por los conocimientos que posee el clínico con respecto a las hipótesis explicativas del problema, la alteración de la salud de la persona (Arteaga y Fernández, 2010).

En la actualidad, para lograr la adquisición de los saberes formativos antes mencionados, es necesario que el estudiante curse un proceso organizado y secuencial, el cual va acorde a los saberes académicos y humanos adquiridos.

En México, la educación médica se ha convertido en una tarea compartida entre las instituciones de educación superior y las instituciones prestadoras de los servicios de salud (González y cols., 2010: 49). De tal manera que, en 2011 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el consenso global sobre responsabilidad social de las Facultades de Medicina: *“hacer bien lo que se debe hacer y rendir cuenta de cómo, por qué y para qué se hace”*, como función *ineludible* (Altuzarra, 2014).

Corresponde a las facultades y escuelas de medicina elaborar la programación correspondiente y administrar el proceso formativo. Por su parte, las instituciones de salud (principalmente pública) se han convertido en una parte importante en la formación del médico a nivel de licenciatura y en mayor medida en la formación de médicos especialistas. Es al interior de las instituciones de salud donde los estudios de postgrado se llevan a efecto, a través de programas y modelos educativos tradicionalmente establecidos, avalados y reconocidos por las universidades y escuelas de medicina (González y cols., 2010: 49).

Según la experiencia recabada por los autores, y para fines de análisis, se ha dividido la de formación médica en dos periodos; el primero de ellos, se lleva a

cabo dentro del aula, en el que se adquieren los conocimientos académicos básicos, el sentido humano y de protección de la salud propios de dicha profesión, se establecen los cimientos de la relación médico-paciente; aunado a esto se inicia de manera supervisada (por médicos adscritos, profesores, residentes, y personal de enfermería), el primer contacto con el ámbito clínico, mediante visitas programadas a hospitales, centros de salud, laboratorios, etc., sin que hasta ese momento el estudiante sea partícipe directo de la toma de decisiones que implica el quehacer médico.

Concluida esta fase, el médico en formación debe llevar a la práctica y reafirmar las enseñanzas obtenidas, al desempeñarse como médico interno de pregrado y, después, como médico pasante de servicio social; pese a que continúa siendo supervisado (de manera menos estrecha). En este periodo es cuando interviene, activamente en el proceso salud-enfermedad, en el servicio de hospitalización o en el seguimiento de pacientes en la consulta médica; participa en atención directa para establecer un diagnóstico preciso, la implementación de las medidas curativas ya sean farmacológicas o intervencionistas (procedimientos quirúrgicos mayores o menores) y en el establecimiento de un pronóstico de vida y funcional.

Al conocer los puntos antes comentados, es posible destacar tres vertientes cardinales que caracterizan la enseñanza de la medicina: la interacción profesor-alumnos, estos en relación con el paciente enfermo y con los saberes teórico-prácticos, la adquisición de una identidad profesional médica, los principios y valores que rigen dicha profesión. Se desentrañan cada uno de ellos en las siguientes líneas.

- I. La primera de estas vertientes: la interrelación que guarda el profesor, el alumno y los saberes teórico-prácticos durante el proceso enseñanza-aprendizaje, ya sea dentro del aula o en el campo clínico y que forman parte del antes mencionado “quehacer médico”.

Dentro de esta es posible incluir a los métodos de enseñanza médicos. Pues la educación de los futuros médicos dentro y fuera de las aulas, está basada en los métodos de enseñanza didáctico y clínico. Estos abarcan los actos de interacción maestro-alumno y el contenido del aprendizaje enmarcado dentro de los conocimientos metodológicos o procesales, respectivamente (Álvarez Zayas, 1999). Ambos juegan un papel crucial ya que al ser un proceso dinámico, mediante el cual se gesta la educación médica y la interacción entre el alumno, el profesor, el conocimiento y el desempeño de la profesión, permite garantizar un desempeño de la medicina eficiente y eficaz en lo que a resolución de problemas de salud se refiere.

Método, como categoría, es considerado como la manera determinada de procedimientos para ordenar la actividad con el fin de lograr un objetivo; describe la dinámica del proceso, la vía para su ejecución, la lógica (Álvarez Zayas, 1999). Según Salas (1999 citado en Corona y Fonseca 2009) es *“...el sistema de acciones sucesivas y conscientes del hombre, que tiende a alcanzar un resultado que se corresponde con el objeto trazado”*.

a) Método didáctico en el ámbito médico

Se refiere a los procedimientos que le son propios, desde la perspectiva de los métodos de enseñanza de la Didáctica general y teniendo en cuenta el grado de participación de los sujetos en el proceso educativo (Corona y cols., 2009). La interacción docente-estudiante se instala en un espacio académico específico de las ciencias médicas cuando se trata de la formación médica, junto a la selección, jerarquización y secuenciación de los contenidos que median esa relación docente-alumno. De tal manera que la enseñanza de la medicina requiere una mirada prospectiva, exige proyectar sus resultados para que rindan el beneficio esperado cuando los estudiantes desarrollen su profesión apropiada a tan altas exigencias de esta realidad (Susacasa y col, 2011).

Está basado fundamentalmente, en un modelo por transmisión-recepción; sin dejar de lado la utilización de algún otro modelo como auxiliar en el proceso. Intenta perpetuar el conocimiento científico, como un cúmulo de conocimientos absolutos, verdaderos e irrefutables. La enseñanza se da a través de, la transmisión oral lo que marca la diferencia entre emisor (quien es poseedores del conocimiento) y los receptores (aprendices), sin considerar el contexto socio-cultural, inter e intrapersonal, así como la complejidad y dinámica de construcción del conocimiento (Ruíz, 2007). Pretende solucionar el aumento acelerado del cúmulo de conocimientos con el fraccionamiento del contenido de las ciencias médica, que son una invitación a los aprendizajes memorísticos y éstos, a su vez, una invitación al olvido (Susacasa y col, 2011).

b) Método clínico

Es el método por medio del cual los aprendices se relacionan con el objeto de estudio: el paciente enfermo (Álvarez Zayas, 1999), para dominar principios y conceptos, incidir en la historia natural de la enfermedad y modificarlo utilizando medidas de prevención que mantengan el equilibrio entre agente, huésped y ambiente durante la etapa pre patogénica o realizando un diagnóstico oportuno, y un tratamiento adecuado, con el propósito de limitar el daño o evitar la muerte cuando el patógeno hizo estragos en el organismo del individuo.

El método clínico está basado, en la identificación de un síntoma o síndrome predominante y que será el vínculo entre el contexto clínico y los conocimientos con los que cuenta el médico en relación al bagaje teórico. A través de estos dos puntos clave, es que se establecen representaciones mentales del contexto clínico y la enfermedad que permiten determinar rasgos particulares y compararlos en busca de patrones de congruencia o divergencia. Sin embargo, no siempre es posible lograr conformar un contexto clínico exacto debido a que es difícil encontrar patrones patológicos regulares, de tal manera que, dentro de este proceso, existe siempre un cierto grado de incertidumbre, la cual se busca mitigar profundizando en saberes teóricos.

Probablemente la clínica sea el primer intento, desde el Renacimiento, de formar una ciencia únicamente sobre el campo de la percepción y una práctica sobre el ejercicio de la mirada. La clínica no es una dióptrica del cuerpo, supone la visibilidad de la enfermedad, sin interrogarla. Esta visibilidad supone a la mirada y al objeto vinculados por naturaleza y por origen, por tanto, la mirada médica es la que abre el secreto de la enfermedad penetrable a la percepción (Foucault, 1963). Esta mirada médica, es la que permite el desarrollo de formas y modos de pensamiento que favorecen la interacción del profesional con su objeto de trabajo y su entorno de desarrollo.

La educación debe privilegiar modos de pensamiento dotado de validez y aplicabilidad general, como científico, experimental, inductivo-deductivo, analítico, reflexivo, estético, que permita adquirir un saber-hacer fundamental y que contribuya a reducir las desigualdades ligadas a la herencia cultural (Bourdieu, 2005:132-134). En el área médica es posible identificar la adquisición del pensamiento inductivo-deductivo, reflexivo-crítico, científico, estético y práctico; esto en relación a que facilita la puesta en marcha de los conocimientos en el contexto profesional. Tradicionalmente, el razonamiento clínico ha sido un concepto poco definido por la comunidad médica en general, y se ha incluido dentro de términos genéricos como *“El arte de la Medicina”*.

El modo de pensamiento o razonamiento clínico diagnóstico, está inmerso dentro del pensamiento hipotético-deductivo y el reconocimiento de patrones. Es definido como la facultad que permite resolver problemas médicos, extraer conclusiones y aprender de manera consciente de los hechos, estableciendo conexiones causales y lógicas necesarias entre ellos.

Desde el punto de vista práctico para el médico clínico, los modelos actualmente identificados que explican el razonamiento clínico se pueden dividir en dos tipos:

- *Analítico*: supone un análisis cuidadoso de la relación entre los síntomas y signos y los diagnósticos como el indicador de la pericia clínica. utiliza el pensamiento analítico con el modelo *hipotético-deductivo*, pero se utiliza de manera más consciente al implicar los siguientes pasos: 1) Observación cuidadosa; 2) Obtención de información; 3) Exploración física; 4) Generación de hipótesis; 5) Correlación de los datos obtenidos con la(s) hipótesis planteadas y 6) Confirmación o no de la hipótesis a través de pruebas diagnósticas (Martínez, 2012, Villarroel y cols., 2014).
- *No-analítico*: se apoya en la experiencia de los clínicos, quienes rápidamente y sin un análisis detenido establecen el diagnóstico gracias a un proceso de “*reconocimiento de patrones*”, donde experiencias pasadas son utilizadas para establecer un juicio fundamentado en una probabilidad de que el problema clínico actual sea similar a otro caso visto con anterioridad. Esta forma de razonamiento es automática, rápida y no requiere de plena conciencia, lo cual lo sujeta a un riesgo mayor de error (Villarroel y cols., 2014).

Al ser el método clínico propio de las profesiones dedicadas al ámbito de la salud, permite al estudiante la interacción con su objeto de trabajo (el individuo enfermo), en la principal forma organizativa de las disciplinas y asignaturas, y por tanto, de la carrera. Constituye el método fundamental a través del cual se materializa, se concreta la actividad de aprendizaje del estudiante, como proceso de construcción del conocimiento, formación de las habilidades, hábitos, valores e interacción entre docente- alumno- paciente y salud-enfermedad- atención (Álvarez Zayas, 1999).

El papel del paciente dentro del modelo educativo es contundente, sino hay paciente no hay práctica clínica. El enfermo es el libro supremo, donde se educa el principio de la observación, se adquiere el juicio clínico y se gana experiencia. La Combe (1997) refirió que, desgraciadamente, la clínica al lado

del enfermo como recurso diagnóstico se decrementó de 75% en 1960, hasta menos de 16% para 1997.

- II. En segundo lugar, están los aspectos que permiten dar significado dentro de un enfoque teórico-metodológico y los aspectos que distinguen al profesional médico, y que según el concepto de *habitus* propuesto por Pierre Bourdieu en su teoría de los campos. Se refiere a “estructuras mentales o cognitivas, fruto de la incorporación de estructuras objetivas del mundo social a través de la historia, que se adquieren como resultado de la ocupación duradera de una posición dentro del mundo, y que produce prácticas individuales y colectivas, por lo tanto produce historia” (Bourdieu, 2007).

El investigador mexicano Gilberto Giménez propone situarla en la intersección entre una teoría de la cultura y una de los actores sociales que den cuenta de la identidad como *habitus* al ser internalizada por los agentes o como *representaciones sociales* por los actores. Por lo tanto, según lo que propone dicho autor, la identidad sería el lado subjetivo de la cultura desde el punto de vista de su función distintiva; pero no basta con que las personas se perciban como distintas bajo algún aspecto, también tienen que ser percibidas y reconocidas como tales, “toda identidad individual o colectiva, requiere la sanción del reconocimiento social para que exista social y públicamente” (Giménez en González, 2012:341)

La identidad se constituye, dentro de un proceso de socialización, comienza desde la infancia y se construye a lo largo de la vida, es de carácter intersubjetivo, a través del proceso de interacción social y se afirma sólo con la confrontación con otras identidades (Bolívar, 2005).

La identidad profesional, por otra parte, se configura como el espacio común compartido entre individuo, su entorno profesional y social; es un modo de definición social del individuo, de identificación y diferenciación (Hirsch, 2012).

Julia Evetts (2003) considera que la literatura sobre las profesiones y la identidad profesional han priorizado los rasgos de homogeneidad y de unidad profesional, sin considerar que dentro de una misma profesión existen grupos diversos de especialización con bases formativas comunes.

El proceso de enseñanza es un acto social, y bajo la mirada propuesta por Marx Weber (1922) está basado en una serie de acciones y relaciones sociales que se desarrollan entre el profesor y el alumno, así como en la interacción del médico con el paciente y con la comunidad, basadas principalmente en relaciones racionales con arreglo a fines. Estas sustentan la conducta y la actividad del profesor en búsqueda de que el alumno adquiera conocimiento sobre como preservar la salud y curar al individuo en caso de enfermedad, además de aprender los principios, actitudes y valores éticos-morales que permiten el desempeño de la medicina.

- III. Finalmente, y no de menor importancia están los principios y valores que encarna la medicina, pueden ser englobados dentro de la ética médica.

La ética, etimológicamente proviene del griego *ethos*, que significa estancia o lugar donde se habita. De acuerdo con el significado que Aristóteles dio, el hombre constituye su *ethos* o forma de ser a partir de la repetición progresiva de actos, los cuales dan lugar a la formación de hábitos. Son precisamente estos hábitos los que determinan un tipo de conducta humana que se ajusta a las normas sociales establecidas para la

convivencia constructiva y pacífica. Busca y analiza el fundamento de cada comportamiento (Morales y cols., 2011: 21).

La moral, tiene su origen etimológico en el latín *moralis*, relativo a usos y costumbres. Es un término que implica un conjunto de juicios establecidos como normas de comportamiento que rigen la práctica diaria de cada individuo (Morales y cols., 2011).

La ética médica, combina la filosofía y la ciencia, por lo tanto, es una ciencia de la razón, y esta, la razón, es su instrumento de trabajo (Morales y cols., 2011: 37). Existen dos formas de entender la formación ética en medicina: una de ellas es como parte del desarrollo moral de la personalidad, en la que se destaca la importancia de la relación emocional y el valor del ejemplo del profesor y que produce aprendizaje en el alumno. La otra forma es como parte de la enseñanza curricular, impartida como parte de la información teórica con la que se debe cumplir.

En 2008, Perales en su artículo titulado: "Ética y Humanismo en la formación médica", utilizó la teoría socio biológica planteada por Ortiz (2004; 2007), quien estableció que la explicación de su naturaleza depende de cómo se resuelva la relación sociedad-conciencia-personalidad. A este respecto, los alumnos influirán y serán influidos por la cultura (entenderemos por cultura según la definición de la Real academia de la lengua como el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grados de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.) y la ética institucional dominante, la cual a través de la información social que generan, influirán en las conciencias morales de cada personalidad, participando como variable en el proceso de su formación profesional, lo cual debe reflejarse en su conciencia respecto a aspectos afectivo, cognitivo y conativo.

A criterio de Gadamer (2012), la formación es el elemento característico de las ciencias del espíritu. “Una teoría de la formación basada en las ciencias del espíritu tiene que ver con el modo de percibir que procede del conocimiento y del sentimiento de toda vida espiritual y ética” (Gadamer citado en Lanz, 2012). La formación puede entenderse como una hermenéutica que busca el sentido del ser, de un ser que problematiza el sentido de la vida. La formación no es una actividad aislada que pueda considerarse un campo autónomo e independiente del contexto socio-histórico, pues formación y contexto no se pueden excluir mutuamente. De manera que la formación da cuenta del proceso que sigue el individuo que deviene en constante búsqueda por alcanzar plena identidad (Lanz, 2012).

El médico desarrolla actividades académicas y clínicas en instituciones educativas y unidades de salud públicas y/o privadas, éstos integran un sistema formador (González, 2011), entendiéndolo como el conjunto de elementos interconectados por relaciones de función y dependencia, por lo que cada nivel de integración o subsistema es influenciado por otros niveles; este enfoque sistémico permite comprender que en la conducta o reacción humana es determinada por una variedad de factores provenientes de los diversos niveles del sistema en los cuales el sujeto existe (Perales, 2008).

El sistema de formación, incluye a la sociedad, la universidad, la facultad de medicina, hospitales, el grupo de profesores, alumnos, grupos no médicos (administrativos y encargados de la logística). Estos sub sistemas y la sociedad en general, proveen información de tipo tradicional, cultural y económica, que influyen también en el desarrollo de estructuras morales, tradicionales, económicas, culturales, etc. (Ortiz, 2004).

BREVE RESEÑA SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA A LO LARGO DE LA HISTORIA

A lo largo de la historia la influencia de la cultura y las diferentes variables en juego (variables culturales, tradicionales y económicas), han transformado a la humanidad. La medicina tuvo que evolucionar y adecuarse a la par, por lo que la forma de enseñar también cambió.

En las comunidades primitivas cerca del surgimiento de la humanidad (periodo cuaternario de la historia de la tierra), se encontraban en total dependencia de su entorno natural, en una lucha constante por la supervivencia y adaptación (Hernández y cols. 2007).

El surgimiento de herramientas y el lenguaje, propició que el hombre realizara operaciones técnicas cada vez más complejas; incluidas éstas para el cuidado de la salud como parte de mismo proceso de sobrevivencia, tales como: separación e identificación (por ensayo y error) de plantas con fines curativos y la transmisión de estos conocimientos a los descendientes; por lo que se le puede catalogar como una actividad médica pre técnica (Hernández y cols. 2007).

En la Grecia antigua (S. VI-IV a.C.) es representativa la figura de Hipócrates como el médico más destacado, pues con él tuvo lugar el nacimiento de la filosofía para la medicina racional en la escuela de Cos. Según Hernández García y colaboradores, en el documento titulado “Seis momentos filosóficos, sociales y científicos en la medicina y su enseñanza” (2007), fueron tres los aportes en lo social que pueden extraerse de la filosofía de la escuela hipocrática:

1. Liberó a la medicina de la influencia de la creencia de que los dioses era la fuente de la salud y la enfermedad, pues con su teoría humoral y terapéutica dio una explicación natural de los procesos de enfermedad.

2. Fue el liberador de la medicina de las especulaciones filosóficas, pues predominaba el interés de demostrar la verdad de los dogmas preconcebidos y solo ocasionalmente la curación del enfermo.
3. Destacó el valor de la observación del enfermo y la acumulación de experiencia, fundamentando lo que en la actualidad constituye el método clínico. Fue el primero en describir signos clínicos que continúan vigentes como: las fascies y dedos hipocráticos, los movimientos carfológicos, los estertores respiratorios y roce pleural; fue el primero en realizar historias clínicas, utilizó el método inductivo como parte del diagnóstico.

La enseñanza de la medicina es, según el legado de Hipócrates, una transmisión de conocimientos (primero empíricos y científicos) de maestros a discípulos, con el auxilio imprescindible del conocimiento experiencial, adquirido mediante el contacto precoz y prolongado con el paciente, y experimental adquirido a través de la investigación clínica y epidemiológica (Lermanda, 2007).

La atención se realizaba a la cabecera del enfermo; en su *corpus Hipocrático*, Hipócrates, refirió que el fin de la medicina es el beneficio que recibe el paciente, el médico solo es el artífice para manipular los medios para obtenerlo, por lo tanto, la medicina debía estar basada en la comprensión, ayuda y soporte: “Diagnóstico nunca, curar de vez en cuando y consolar siempre” fue un proverbio conocido entre los médicos, y que caracteriza de manera general la función que desempeñó el médico

Para el año 157 dC fue cuando Galeno de Pérgamo, en Asia Menor comenzó a adentrarse en el campo de la medicina y, posteriormente, compilo todos los conocimientos médicos existentes y edificó con ellos más de 500 libros de medicina. Es, por tal motivo, considerado el fundador de la medicina experimental (Hernández y cols. 2007).

Galeno consideraba que la teoría era muy superior a la práctica. Además, pensaba que el cuerpo era un instrumento del alma y que todo en la naturaleza tiene un destino y refleja la voluntad de Dios; por lo que bajo estas premisas se

instauró nuevamente la concepción teológica, que más tarde fue asumida por la Iglesia, basando la enseñanza médica posterior en los escritos de Galeno. En esta época preponderó el desempeño médico con apoyo sustancial en el conocimiento teocéntrico, en el que se estudiaba el todo para entender las partes.

En 1790 Samuel Hahnemann, al estar insatisfecho con los medios por los cuales se ayudaba a la curación de los pacientes, comenzó a experimentar los efectos de distintos remedios (como la corteza de la china) en los seres humanos. Este fue el medio que le permitió descubrir la verdadera ley de la curación, pues permitió atender al enfermo de manera más completa, fácil y con más certidumbre.

Es a partir del siglo XVIII que se determinó que la intervención médica ya no tenía por objeto la enfermedad propiamente dicha, sino el medio ambiente que condiciona el evento patógeno. Se instaura, entonces, la soberanía de la mirada clínica que debe atender al campo de los síntomas y los signos, en función del devenir empírico de la progresión de la vida (Foucault citado en Castro 2009). Así, pues, en el cruce de una tecnología disciplinaria y de una inquietud médica por el medio ambiente, nació lo que conocemos como hospital moderno (Hernández y cols. 2007).

En Europa, a partir de los siglos XVIII, XVIII y XIX, la medicina adquirió un carácter más artístico y por tanto, los modelos de enseñanza médicos de Europa, estaban a la cabeza. Gracias a las obras de Albrecht von Haller y Spallanzani fue posible identificar una forma intermedia entre el animismo y el mecanicismo. Esto permitió introducir una manera más científica de la práctica médica, producto del paradigma positivista. Durante la última década del s.XIX, se vislumbró el desarrollo de los primeros indicios de la medicina contemporánea cuyo cambio inicial fue dado por el uso de fármacos en el tratamiento de las enfermedades.

Más tarde en los siglos XIX y XX, fue cuando comenzó un vertiginoso incremento en los descubrimientos médicos, como el descubrimiento de la circulación sanguínea, los antibióticos, los métodos de asepsia y antisepsia, las vacunas, la anestesia, el descubrimiento de los agentes etiológicos, ciclos vitales y fuentes de

contagios de algunas enfermedades, los estudios de imagen, entre muchos otros. Todo esto puso fin al freno dogmático que limitó el desarrollo de la ciencia médica. Lo que ha permitido consolidar la profesión médica. Esta era se caracterizó por el estudio la parte para entender el todo, con bases antropocéntricas.

Bajo esta misma línea, Ruy Pérez Tamayo en los artículos de opinión titulados “La transformación de la Medicina (1999)” y “Médicos y medicina: el caso mexicano (2010)” comento que la medicina ha sufrido transformaciones importantes:

1. Transformación científica que empezó en 1543, el año en que se publicó el libro de Andrés Vesalio, *De humani corporis fabrica* o bien en 1628, año en que apareció el libro de William Harvey, *De motu cordis*. La ciencia moderna empieza a fines del siglo XVI. Lo que Vesalio hizo fue decir “la realidad está allá afuera, no en los libros de Galeno”. Los médicos se reunían, discutían y, para encontrar la solución, en vez de ir al paciente, iban a los libros de Galeno. Vesalio dijo que no: “quieren aprender anatomía, está en el paciente”. Ese es el principio de la medicina científica.
2. Transformación tecnológica. Empezaron los franceses. Laënnec, al inventar el estetoscopio en 1816, señaló que necesitábamos aumentar nuestra capacidad perceptiva. Antes se usaba la toalla de auscultar, como le llamaban los franceses: descubrían el tórax del enfermo y ponían una toalla y pegaban el oído. Lo que Laënnec hizo fue simplemente enrollar un papel hasta formar un cilindro, pegarlo al tórax del enfermo y acercar su oído al otro lado. Después siguió el oftalmoscopio, el laringoscopio, el laboratorio clínico. Los rayos X a finales del siglo XIX, posibilitando la imagenología que ha sido una revolución fenomenal.
3. Transformación social. Antes la medicina era privada, pero en Alemania surgió por primera vez el seguro social, un sistema de atención médica en que participan tres elementos: el empleador, el empleado y el Estado. La medicina entonces se socializa, se transforma en un servicio social, el Estado adquiere la responsabilidad y la comparte con los empleadores y

con los pacientes. Así es posible dar atención a un número mayor de gente. Bismarck rescató la idea de la seguridad social, y llegó a decir: “la razón por la cual el trabajador es un peligro para el Estado es porque no tiene salud”.

4. Transformación económica: en la segunda mitad de este siglo la medicina se ha transformado progresivamente en un artículo de lujo, porque ha dejado de ser un servicio y se ha convertido en un negocio, de hecho, este último problema caracteriza al estado de la medicina occidental a fines del siglo XX (Pérez Tamayo, 2010).

Estas transformaciones y evolución médica constituyeron algunas de las razones debido a las que, Abraham Flexner, siguió los modelos europeos para proponer una reforma a las escuelas de medicina de Estados Unidos de América, que hasta el momento ha sido la más exitosa y prevaleció a largo del siglo XX, se extendió a otras partes de Latinoamérica y del mundo e incluso en el s. XXI es la base para las reformas en educación médica.

Fue a partir del llamado “*informe Flexner*” (1910), cuando se definen los estándares esenciales de la educación médica. Algunas de estas aportaciones es la división, en los planes de estudio en periodos o ciclos en disciplinas básicas y clínicas, la exigencia de contar con una filiación universitaria, con lo cual se buscó que se cumplieran los requisitos académicos mínimos hacia los profesores; por ejemplo, la dedicación exclusiva del profesorado clínico, los recursos en infraestructura (laboratorios, aulas, campo clínico) y los requisitos de ingreso y los perfiles de egreso para los alumnos. El plantear un programa curricular de cuatro años, en ese tiempo, se pretendía integrar las áreas básicas y clínicas, a través del aprendizaje activo, un pensamiento crítico y basado en la resolución de problemas.

En la actualidad nos encontramos en la llamada condición posmoderna, en donde ni la ciencia, ni la fe, ni la razón nos explican la realidad; donde han desaparecido los líderes carismáticos que movían las masas, pasando a ser movidas por el consumo; donde surgen líderes y figuras que se esfuman tan

rápido como aparecieron, y “el marketing” domina todos los aspectos de la vida, no importa lo que se diga ni lo que se haga, si no la forma como se envía la información, el donde se haga y la cantidad de individuos a los que les llega la información. Sólo importa la imagen, sin importar ideología, sentimientos, sin intimidad, sólo importa el yo y el hoy (Vélez, 2009).

Esta forma de vida posmoderna incide de manera directa e indirecta en todo ámbito de la sociedad; las ciencias dedicadas al ámbito de la salud no están exentas de este fenómeno. Una de las principales características que se han modificado, y que se atribuye a esta nueva forma de hacer medicina, es la desvinculación entre los partícipes (paciente, comunidad y personal de salud), viendo la salud como un acto lucrativo y no como la “búsqueda del bien” individual y comunitario, tal como plantea Rozado (2005) en el artículo *“La noche de la civilización. Tesis por una decadencia con sentido histórico”*. En él manifestó que el individuo ha perdido su subjetividad, entregando su alma y vitalidad a los grandes aparatos del totalitarismo, inmerso en una condición de sinsentido.

Es tan abundante la cantidad de conocimientos que surgen que es casi imposible que el médico se mantenga informado. El médico es ahora un profesional especializado en alguna de las ramas de la medicina. Las especialidades médicas se han vuelto el dominio de una técnica, de un aparato o de una serie de aparatos cuya vigencia cambian a velocidad impresionante (Vélez, 2009). La adquisición de conocimientos tecnológicos desplaza progresivamente al método clínico como fuente primordial de acercamiento al individuo enfermo y desvirtúa el conocimiento del hombre, como hombre en sí mismo y el conocimiento del entorno en el cual está inmerso (social, cultural, económico, ecológico, etc.).

Prieto-Miranda y colaboradores (2013), sugieren además, que esta nueva práctica de la medicina ha dado lugar a mayor exigencia por parte de la sociedad, con una creciente esperanza de vida y expectativas de curación, condicionando el descontento del paciente. Este fenómeno ha generado la pérdida del objetivo central del acto médico, reflejado en la práctica de una “medicina defensiva”,

entendida como la aplicación de tratamientos, realización de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos, con el propósito de defender al médico de las críticas, además de contar con evidencias documentales ante una demanda y evitar controversias (Ortega-González citado en Prieto Miranda, 2013).

A este respecto, Fernández y Varela (2002) consideran como la causa más importante del surgimiento de esta práctica defensiva a la distorsión de la relación médico-paciente. Dichos autores clasifican a los factores condicionantes de esta relación disfuncional en dos: intrínsecos, entre los que señala la despersonalización de la relación, falta de comunicación, predominio de intereses económicos sobre el bienestar del paciente, mala atención consecuencia de falta de conocimiento o de recursos y los factores extrínsecos, como son la creación de mayores expectativas de atención y considerar lucrativo el ejercicio de la medicina.

Aunado a esto, a partir del siglo XX, la medicina se convierte en un instrumento del aparato económico y político. La salud pasa a ser comprendida como un bien de consumo, trayendo consigo que el médico opere como un eslabón y mediador dentro del sistema de salud, en el que está por un extremo el paciente y, por el otro, las grandes industrias y sus intereses comerciales, como las empresas farmacéutica y la oferta de servicios de salud de manera privada (Castro, 2009).

Pese a la serie de aparentes desventajas de esta nueva forma de ejercer la profesión, permite llegar a un diagnóstico, establecer un tratamiento, y en algunos casos mejorar el pronóstico de un mayor número de personas, en menor tiempo y tratando de optimizar los recursos económicos, humanos, instrumentales e insumos con los que se dispone. Todo esto reflejado en disminución de las tasas de morbi-mortalidad e incremento de las expectativas de vida de los individuos. Lo que ha perpetuado su permanencia en el acto educativo y profesional; inclusive desarrollando estrategias optimización de tiempo y recursos económicos y materiales como algoritmos de manejo y protocolos institucionales de atención del

paciente. Por su parte, en el acto educativo, se favorece la enseñanza y aplicación de conocimientos basándose en el uso juicioso, neutral y objetivo del conocimiento, ejemplos de ello la Medicina Basada en Evidencias (MBE), uso de guías o algoritmos de manejo, compendio o revisiones de la literatura, entre otros.

MBE es el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada paciente. Es considerada como una herramienta para la resolución de dudas o problemas clínicos que puedan tener médicos y alumnos, surgió por la necesidad de limitar, en bien del enfermo, las indicaciones diagnósticas o terapéuticas basadas en escasas o nulas pruebas, en la opinión única, sin consenso, de un especialista, lo que puede redundar en daño o gasto inútil (Rangel-Abundis, 2005 y Simonovis et al, 2001).

Por otra parte, es imposible comprender la complejidad de este fenómeno si no se analiza el método de enseñanza de la medicina enmarcado dentro del Modelo Médico Hegemónico (MMH), el cual se basa en actitudes dogmáticas. Estas se gestan en el seno de la formación, a través de la práctica docente del personal médico y no médico y que, por tanto, se reproduce en la práctica profesional y de igual forma durante el proceso de enseñanza de nuevas generaciones de estudiantes.

El MMH surgió como parte de la caracterización y el papel que fue desarrollando el médico; inició durante el siglo XIX (Primera revolución industrial); sus características principales son biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática; estos rasgos se han profundizado y perpetuado por lo que se mantienen vigentes (Menéndez, 2005).

El MMH indica que el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía al apropiarse de los saberes en cuestiones del cuidado y tratamiento de la salud. Este proceso de apropiación no solo es impulsado por las instituciones médicas, si no también por las acciones de la sociedad dominante e incluso por sectores

subalternos, debido a la significación social, económico/política e ideológica que tiene el proceso salud/enfermedad para la producción y reproducción biosocial. El proceso de salud no solo es un problema circunscrito al ámbito profesional, si no que implica a los conjuntos sociales (Menéndez, 2005).

Distintas organizaciones a nivel internacional, nacional y local encargadas de regir y evaluar los aspectos relacionados a la salud, no dejan de lado el proceso de enseñanza de los médicos y la influencia que ha sufrido este proceso a consecuencia de las modificaciones del entorno, ejemplo de esto es:

- La conferencia mundial de educación médica (2003), en la cual se establecieron los estándares globales en educación médica, señalando las competencias esenciales mínimas; entre las cuales figuran: valores, actitudes, conductas y ética profesional, bases científicas médicas, habilidades clínicas, habilidades relacionales y comunicativas, salud poblacional y sistemas asistenciales, gestión de la información, pensamiento crítico e investigación.
- El documento publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1973, titulado “Aspectos de la Enseñanza de la medicina en los países en desarrollo”, en el que retoman aspectos como la concepción que tiene la colectividad sobre lo que espera sea el médico: “un hombre de ciencia, humanista, estudioso, un ciudadano con sentido de responsabilidad para ofrecer sus servicios donde sea necesario... poseer los conocimientos actuales, debe mantenerse al corriente de los adelantos de la medicina durante toda su vida profesional”.

Este último, enfatiza la importancia de mantener la calidad en el proceso de formación del médico, a través del análisis continuo de los objetivos, éxitos y fracasos de la enseñanza. Al respecto, la OMS destaca que la educación médica es producto de la herencia Renacentista (al basarse en el método tradicional) (Ali, 1973).

El estudiante de medicina pasa la mayor parte de la carrera adquiriendo conocimientos básicos, en ocasiones “sin encontrarle un sentido”, pues su utilidad educativa intrínseca suele ser limitada; los estudios se limitan a las enfermedades de pacientes, cuyo nombre, situación familiar, medios de subsistencia y sentimientos no suelen conocer el profesor ni el alumno.

” Al comenzar la carrera, el estudiante de medicina es en cierto modo un idealista. Su ardiente deseo de terminar los estudios para auxiliar a sus semejantes se va enfriando mientras estudia las ciencias fundamentales... Probablemente se le educa para el ejercicio de la medicina, pero esto guarda poca relación con las enseñanzas que ha recibido durante los años pasados en la facultad...” (Ali, 1973)

Estas acciones sociales se caracterizan por una desvinculación entre las experiencias, lo aprendido y el sentido humano; tal y como comenta Vattimo (2002) al referirse a la obra de Heidegger, Ser y tiempo:

“El Hombre no es nunca un sujeto puro, un espectador desinteresado de las cosas y de los significados; el “proyecto” dentro del cual el mundo se le aparece no es una apertura de la razón, sino que es un proyecto, calificado, definido, tendencioso... el mundo no nos sería visible si no se tiene una pre comprensión de él como totalidad de significados” (Vattimo, 2002).

Esta pre comprensión creada durante el proceso de enseñanza, es posible que posteriormente en su actividad profesional como médico las desempeñe como un acto mecanizado, reproductivo, inconsciente, con rumbo y fin establecido, “lanzado, pro-yectado”, sin que pueda modificar el trayecto, dirección o destino, con predominio de la desvinculación entre las experiencias, lo aprendido y el sentido humano; realizando acciones sociales sin establecer verdaderas relaciones sociales.

Haciendo remembranza de Foucault en el texto “La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad” (1984), comentó que en toda relación humana existe todo un haz de relaciones de poder, sin embargo, estas suelen ser móviles, reversible e inestables, pues para que existan relaciones de poder debe existir cierto grado de libertad y forzosamente la posibilidad de resistencia. Es por esto, que el modelo médico de dominio, no puede ser considerado como un estado de dominación, pues aunque intenta dirigir la conducta del aprendiz, no le es posible ya que el poder no puede ser considerado como un mal, si no como un juego de verdad, en el que el maestro sabiendo más que el otro, le dice lo que debe hacer al alumno: le enseña, le transmite un saber, le comunica una técnica.

En las aulas de las escuelas de medicina es donde se comienza a crear la idea del “ser y quehacer médico” de los futuros galenos, es donde se enseña y aprende la forma de interactuar en el ámbito médico y con el objeto de trabajo “la persona en estado de enfermedad”. Los profesores, de más personal de salud y administrativo; hacen uso de métodos didácticos, el método clínico, modelos de enseñanza-aprendizaje y modelo de hegemonía médica para lograr que el estudiante adquiera saberes teóricos-prácticos, saberes deontológicos, axiológicos, teleológicos e inclusive un *habitus* que lo caracteriza y le brinda identidad. Estos conocimientos permiten al alumno adecuarse, adaptarse e integrarse al campo médico actual, embebido en esta sociedad posmoderna.

Es tal el impacto que generan estos hechos, que el alumno sufre una “*impronta*”, entendido como un proceso de aprendizaje del que resulta una forma estereotipada de reacción frente a un modelo. Esta crea un conjunto de características culturales o humanas que son consecuencia del contacto con una persona o grupo social (DRAE, 2007). Y que posteriormente, el futuro galeno introyecta y se refleja en su desempeño profesional.

La transmisión de conocimientos teórico-prácticos, principios, valores y actitudes, por parte del profesor hacia los estudiantes de medicina, se desarrolla en un

ambiente posmoderno, donde prevalecen modelos de dominio médicos, tendencia al uso excesivo de nuevas tecnologías (en el proceso de enseñanza y práctica profesional), la conjunción de métodos didácticos (escuela tradicional, tecnocrática, MBE, ABP, etc.). Bajo el nuevo entorno de enseñanza médica, se ha supeditado la sobrevaloración del método científico como fuente de conocimiento, la sobreutilización de la tecnología disponible para establecer un diagnóstico, con un desapego progresivo al método clínico. Esto ha traído consigo que algunos médicos sean profesionales tecnologizados, que no cuidan de sí y por tanto no cuidan del otro, al no cumplir a cabalidad la función de humanizar la actuación en el ámbito de las profesiones de la salud (Palazzini, 2008).

ESCENARIO Y ACTORES

Esta investigación realizó en las instalaciones de la Facultad de Medicina, de la Universidad Autónoma de Querétaro, de la que se hace una breve descripción: esta institución fue fundada en 1977, e inició actividades bajo la Dirección del Dr. Víctor Manuel Calderón Calderón, quien presidió un comité que se encargó de diseñar el primer plan de estudios (semestral por asignaturas), e integró la primera plantilla docente. Para el año de 1997 se modificó el proceso de selección de ingreso, dando un peso importante a la evaluación externa mediante el Examen de Habilidades y Conocimientos Básicos (EXHCOBA) y aprobación del curso propedéutico, así como la forma de titulación con la presentación del Examen General de Egreso de la licenciatura aplicado por el CENEVAL.

Para 1999 se logró la acreditación del programa de médico general por parte del COMAEM. En julio del 2003, se comenzó a implementar el proceso de evaluación curricular de la licenciatura de médico general, a partir de lo cual se realizó la reestructuración curricular de la misma licenciatura, dando origen al plan de estudios MED 04, el cual fue sustituido en junio del 2010 por el plan de estudios MED10, cuya característica principal radica en ser un plan de estudios semestral con créditos (consta 468 créditos totales) e incorpora curricularmente la asignatura de inglés (en los tres primeros semestres), se separaron las

asignaturas de microbiología, parasitología, medicina legal y medicina ocupacional. En septiembre del 2010, se recibió por parte del CUMEX (Consortio de Universidades Mexicanas) el dictamen de acreditación académica de calidad.

Actualmente, el programa de la licenciatura tiene una duración de diez semestres de formación académica, dos semestres de internado de pregrado y dos semestres de servicio social, en la modalidad escolarizada, presencial; con una plantilla de alumnos total de cerca de 600 estudiantes en proceso de formación académica (aproximadamente 60 alumnos por semestre), con un proceso de selección anual con ingreso semestral (julio y enero).

Los alumnos de dicha facultad son seleccionados bajo un riguroso proceso, por lo que cumplen con características, según lo establecido con el perfil de ingreso institucional, como: vocación de servicio, capacidad de liderazgo, disciplina, actitud crítica y propositiva, creativos e innovadores, con la capacidad para resolver problemas de índole cotidiana, así como valores éticos y morales. En cuanto al cuerpo académico está constituido por profesionales capacitados, quince de ellos con perfil PROMEP (Programa para el mejoramiento del profesorado) y cuatro perteneciente al Sistema Nacional de Investigadores.

DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO EN EL CUAL SE RECOLECTÓ LA INFORMACIÓN

En las instalaciones de la FM UAQ, actualmente está encargada de la formación de médicos generales, como la regulación y aval de los cursos de especialización que se desarrollan en las instituciones públicas de salud del estado, a su vez de cursos de posgrado (maestría y doctorado).

Las instalaciones son compartidas con las licenciaturas y posgrados de la Facultad de Odontología, pese a que tienes espacios físicos comunes (patios, estacionamientos, biblioteca, etc.), existe independencia entre ellos, pues oficinas administrativas, aulas, laboratorios, auditorios, etc. están separados unos del otro.

Las aulas de los alumnos de cuarto y quinto año están situadas en la segunda planta del edificio administrativo de la facultad, algunas aulas de los alumnos de primero y segundo semestre y un grupo de séptimo en el edificio frente a las aulas administrativas, otras aulas están cerca de la biblioteca y en las áreas aledañas a la facultad de odontología.

Los alumnos de medicina es fácil distinguirlos de los alumnos de odontología, pese a que por exigencia institucional todos deben acudir con uniforme blanco, los estudiantes de odontología suelen utilizar filipina en lugar de bata blanca, perfectamente identificada con el logotipo de la facultad.

A este respecto, es posible distinguir algunas características dentro de los propios estudiantes médicos. Los alumnos de los primeros años, es común verlos portando uniforme blanco pero regularmente incompleto o con algunos rasgos de personalización, por ejemplo, son pocos los que usan corbata y bata durante las clases, suelen traer chamarras, playeras, estampadas o de colores, calzado blanco pero deportivo, en el caso de las mujeres accesorios coloridos o llamativos, incluso vestidas de blanco pero con falda o vestido corto. Por su parte, los alumnos del último año, la mayoría porta uniforme con camisa, corbata, bata y calzado formal, en el caso de las mujeres suelen usar blusas o ropa formal, con accesorios y maquillaje discretos, algunos de ellos complementan su atuendo con algunas herramientas propias para el trabajo con pacientes, como el estetoscopio en el bolsillo o el cuello.

Por su parte, los médicos egresados estudiantes de posgrado, suelen acudir vestidos "de civil", como ellos mismo nombran a cuando no están usando el uniforme o la bata blanca. En el caso de ellos regularmente vestidos con ropa formal, debido a que se tienen que incorporar a sus áreas de trabajo al término de las actividades académicas.

En general los alumnos de medicina, se reúnen en grupos pequeños en los pasillos de la escuela entre una clase y otra sobre todo conformados por grupos de hombres con sólo algunas mujeres. Durante este periodo de receso los

alumnos del primer año platican, juegan entre ellos, escuchan música o comparten videos en sus celulares. Los alumnos de años superiores repiten este tipo de conductas pero sólo conversan entre ellos de manera breve, con poca interacción física. Cuando el profesor se llega al aula, los alumnos de todos los años, entran directamente tras el maestro, sin que alguno de ellos permanezca por más tiempo fuera del salón, a continuación se cierra la puerta y no entra nadie más al salón, sólo esporádicamente algún alumno sale o se abre la puerta de manera momentánea.

En general, las relaciones que se viven dentro de la facultad de medicina, son de cordialidad y respeto, los alumnos de la licenciatura se dirigen a sus maestros de "usted" y refiriéndose a ellos como doctor, entre compañeros se hablan de "tú", por su nombre o algún apodo. A diferencia de los estudiantes de posgrado, entre ellos como compañeros se hablan de "tú" pero se denominan como doctor; al dirigirse a sus maestros lo hacen de "usted", aunque sean conocidos de tiempo, fuera de las aulas se vuelven a dirigir de "tú", pero dentro de las aulas a pesar que sean amigos cercanos guardan una línea de respeto y jerarquía marcadas.

Cuando se solicitó la autorización en la facultad de medicina para realizar esta investigación, fue posible percatarse de una buena disposición y apertura por parte del director para el ingreso a la facultad. Sólo se pidió a los investigadores se llevaran a cabo los requisitos administrativos para el acceso a la facultad y se comprometiera a compartir los hallazgos obtenidos en la investigación con la facultad para su posterior análisis. De tal manera, que se elaboraron y solicitaron algunos documentos para presentar a la facultad de medicina, tras cumplir con este requisito, se canalizó esta documentación a la jefatura de posgrado.

En la jefatura de posgrado es donde se comentó que se comunicarían con los investigadores para poder asignar el profesor responsable de la actividad que se realizaría en las instalaciones. Durante este primer contacto, fue posible percibir cierto rechazo a que personas ajenas realizaran proceso de investigación social en la facultad, por lo cual fueron cuestionados algunos de los fundamentos del proyecto, se externaron sugerencias de investigaciones que desde su punto de

vista serían de mayor relevancia y utilidad; además fue cuestionado el por qué alumnos de posgrado adscritos a la Facultad de Psicología, estarían interesados en estudiar a los médicos; esta situación tuvo una modificación sustancial cuando el propio investigador comentó que su formación profesional inicial era la medicina; a partir de ese momento se le comenzó a llamar doctor y se pudo entablar una comunicación más cercana y una mayor apertura al campo de investigación.

El profesor responsable finalmente fue asignado, cerca de tres semanas después del contacto inicial, de tal manera que fue posible iniciar la interacción con los alumnos de posgrado y con los profesores titulares de algunas materias. Durante la aplicación de los cuestionarios, en términos generales no existieron restricciones en cuanto a la aplicación dentro de los horarios de clase, pues se solicitó de manera verbal la autorización al profesor de manera previa, solo en el caso de dos profesores existió renuencia, pues solicitaron revisar el instrumento para recabar la información y después poder concretar la cita para la aplicación, finalmente no dieron respuesta a la solicitud por lo que se decidió buscar el apoyo de otros docentes.

En relación a la aplicación de la entrevista grupal, los médicos se mostraron muy colaboradores, solo existieron algunos conflictos relacionados con la calendarización de la cita para la entrevista, debido a que los estudiantes de posgrado, fungen a su vez como trabajadores en alguna institución de salud pública, aunado a sus trabajos en el ámbito privado y sus ocupaciones personales (padres y madres de familia), por lo que fue difícil hacer coincidir sus horarios.

JUSTIFICACIÓN

Es dentro de las aulas, donde se comienzan a consolidar formas duraderas de ser y valorar que orientan las acciones médicas. El conocer cómo se lleva a cabo el proceso enseñanza de los médicos, en relación al método clínico, la interacción con su objeto de estudio y la formación de *habitus* médico y determinar cuáles son

los métodos didácticos predominantes, permitirá percatarse de cómo y por qué es que los médicos siguen patrones de dominio y tendencia al desapego del método clínico, con tendencia a la tecnociencia que han propiciado un galeno tecnologizado.

Esta investigación, aporta a la producción de conocimientos, respecto al proceso de enseñanza médico. Ayuda a identificar factores en los cuales se pueda incidir, respecto a cómo está instituido el campo médico, los agentes participantes, los modelos de dominio, métodos de enseñanza y el entorno en el cual se desarrolla el proceso de enseñanza. Además, determinar si este conjunto de factores y su interacción, son condicionantes del aparente quiebre en la relación entre médico y paciente. En la literatura publicada hasta este momento, no existen investigaciones al respecto.

Después de los argumentos antes planteado surgieron las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo han influido los métodos didácticos y los modelos de dominio producto de la condición posmoderna, en el uso o sobreuso de la tecnología y el método científico en el ámbito médico?
- ¿Esta nueva forma de enseñar medicina en la posmodernidad, ha propiciado que el objeto de estudio se incline hacia la enfermedad, en lugar del paciente?

El análisis de esta investigación es a nivel del aula, en el que se estudia de manera indirecta (mediante encuesta) la interacción entre los métodos de enseñanza (didáctico general y clínico) con los profesores y los estudiantes de primero, tercero y quinto año de la facultad de medicina. Para determinar cómo se lleva a cabo la relación inter e intra personales, sí a lo largo del devenir formativo de los alumnos existe una transformación en relación a la *illusio* que propicio la decisión de estudiar medicina. Como el alumno se apropia del *habitus* médico, al

estar inmersos y en interacción con el campo médico, destacando la relación de profesor-alumno con los métodos didácticos de uso medicina y los modelos de dominio. Y finalmente, la interacción que genera el médico en formación con su objeto de estudio (paciente y/o enfermedad), etc.

Para obtener mayor información, que permitiera responder las preguntas de investigación; adicionalmente se recopiló información directa de los estudiantes del posgrado en investigación médica (a través de entrevista grupal), los cuales, al haber pasado este proceso formativo, brindaron una perspectiva retrospectiva y crítica del proceso de formación que vivieron, de cómo perciben este fenómeno desde su experiencia personal y al ser algunos de ellos formadores de futuros médicos, cómo lo perciben desde su mirada como profesores.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Determinar si los métodos didácticos y los modelos de dominio bajo los que se enseña la medicina y los métodos didácticos actuales han generado que se modifique la percepción del objeto de estudio de la medicina. De esta manera establecer bajo qué objeto de estudio se centra la enseñanza médica en la FM UAQ, el paciente o la enfermedad.
- Indagar cómo influyen los métodos didácticos actuales y los modelos de dominio médico, en el uso o sobreuso de la tecnología y el método científico en el ámbito médico y si éstos tienden a privilegiar el uso del método científico y la tecnología, con un desapego del método clínico.
- Determinar si es que dentro del proceso de formación es donde se comienza a cimentar un médico tecnologizado, con desapego al método clínico, con tendencia al olvido del cuidado de sí y del otro, y si guarda una relación con la interacción que se tiene el alumno con su objeto de estudio.

HIPOTESIS

Los métodos didácticos y el modelo médico hegemónico generan una sobrevaloración y sobreutilización de la tecnología, con un desapego progresivo al método clínico.

Actualmente, la atención del médico hacia el paciente ha sido desplazada, por tal motivo el profesional en medicina no desarrolla el sentido de cuidar de sí y por tanto es incapaz de cuidar del otro.

El sobreuso y sobrevaloración del método científico y la tecnología en el ámbito médico condicionan que la interacción con su objeto de estudio/trabajo, tienda a privilegiar la enfermedad (entidad patológica) que al paciente (como individuo).

ESTADOS DEL CONOCIMIENTO

Fue realizada una búsqueda en las bases de datos: redalyc, scielo, science direct, pubmed, google académico; utilizando como palabras clave: “enseñanza médica”, “estudiante de medicina”, “actitud médica”, “medicina posmodernidad”, “actitud médica”, “medical students”, “medical attitude”, “teaching medicine”, “medicina basada en evidencias”, “aprendizaje basado en problemas” .

En la literatura publicada fueron encontradas investigaciones vinculadas con la enseñanza médica y métodos de enseñanza o técnicas de aprendizaje que tienen auge en la educación. Sin embargo, son escasas las investigaciones destinadas a determinar a profundidad cómo es que se lleva a cabo el proceso de enseñanza médica en relación a los saberes filosóficos (actitudes relacionadas con los principios y valores de la profesión) y los factores involucrados como los modelos de dominio, los métodos didácticos, el uso del método clínico y la condición posmoderna.

Por tal motivo, las investigaciones que se presentan están agrupadas en relación a la descripción, evaluación y uso de los métodos de enseñanza basados en evidencias y el aprendizaje basado en problemas; posteriormente, se aborda el

uso y evaluación de método clínico; para finalizar, se exponen estudios relacionados con la adquisición de actitudes, principios y valores que son adquiridos durante el proceso de formación del galeno.

Respecto al uso de métodos de enseñanza y aprendizaje, destaca la investigación publicada en 2010 por Falcón Hernández y colaboradores, titulada *“El método clínico (MC) y Medicina Basada en Evidencias (MBE). Algunas consideraciones”*. Aborda la apropiada relación que debe establecerse entre el MC y MBE. Sostienen que la MBE no tiene que ver con la medicina deshumanizada, dogmática, puesto que está en discordancia con la comunicación empática, con los procesos de diagnósticos, ni con la relación médico-paciente; pues su valor principal es el ser una herramienta técnica que trata de cuantificar y calificar un instrumento que aclara la mejor forma de usar y aplicar la evidencia científica. El desarrollo tecnológico ha marcado la diferencia en el sentido de los logros de la medicina, definidos por los resultados en el impacto en la calidad de vida de los pacientes. Puesto que ni el MBE, ni los avances tecnológicos suplen el proceso de razonamiento clínico.

En el 2004 en la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia), se puso en práctica el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) en la facultad de medicina, a través de un programa llevado a cabo en grupos tutoriales de ABP durante 18 semanas dividido en tres etapas. La primera consistió en determinar, por parte de los profesores expertos en dicho método, los contenidos y competencias que se van a proponer. En la segunda etapa, cada grupo fue conformado por 10 alumnos que junto a un tutor experto, trabajaron durante tres sesiones de tres horas cada una y el resto de la semana se dedicó a la investigación documental sobre el tema. Por último, se evaluaron las estrategias, se realimentaron a los participantes y fueron corregidos en caso necesario. El objetivo de la investigación fue valorar el estado actual de la aplicación de las estrategias didácticas, con el fin de medir su impacto dentro del currículum implementado en la facultad de medicina de dicha institución.

Se utilizó un enfoque de investigación cualitativo, de estudio de caso, de corte hermenéutico, se realizó una triangulación de fuentes de información: encuestas a alumnos, tutores y coordinadores, se analizaron documentos y artículos sobre ABP, y una encuesta de información. A partir de los datos obtenidos concluyeron que ABP es una estrategia que rompe con los esquemas tradicionales, favorece el aprendizaje significativo mediante una visión integral del objeto de estudio, sitúa al estudiante en el contexto de su propia realidad, facilita la comunicación entre los participantes.

En 2012 Villegas y cols., realizaron un estudio descriptivo, de carácter exploratorio, con un enfoque cualitativo, el cual buscó analizar la función de los tutores del ABP en la facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia); describe la formación docente en esta estrategia y percepción del estudiante y los profesores participantes, con respecto al desempeño de los tutores. La información se obtuvo mediante el análisis de preguntas abiertas de una encuesta. Los resultados revelaron que la función del tutor en ABP comienza desde la planeación, al participar con un grupo interdisciplinario de profesores, para diseñar el problema que se va a analizar, programar los recursos educativos, planear la evaluación. Durante la etapa de ejecución del ABP el profesor funge como mediador entre el alumno en búsqueda de la resolución del problema planteado y las opciones que den solución a este, además es capaz de movilizar intereses y necesidades de búsqueda de información y evaluar los resultados, por lo que concluyen que “ninguna estrategia didáctica reemplaza al profesor”.

En la Unidad de medicina de familia de la Universidad Autónoma de Madrid, en el periodo 2005-2006, incorporaron el ABP en el desarrollo de la asignatura de atención primaria y medicina de familia a los alumnos de segundo ciclo de la licenciatura. Según los hallazgos realizados tras su implementación, el ABP ha demostrado su utilidad como una estrategia pedagógica que permite generar profesionales motivados y capaces de adquirir, mantener y mejorar su competencia a lo largo de su vida profesional. Amplia los objetivos de aprendizaje

e incluye la capacitación para la resolución de los problemas en su ámbito profesional, este método puede ser un complemento a las clases teóricas y prácticas, ya que facilita que el alumno se ejercite en la integración de todo lo aprendido y se haga consciente de lo que necesita saber.

En relación al uso y evaluación del MC, resalta el estudio realizado por Núñez Cortés y cols. en 2012, diseñaron un estudio cualitativo, asumiendo que la enseñanza de la medicina es propia del quehacer diario de los médicos en el entorno clínico, y que los médicos empiezan a serlo una vez que comienza su formación clínica de la mano de otros médicos. El objetivo que persiguieron los investigadores fue explorar la opinión de los médicos implicados en la docencia de la medicina, especialmente en el entorno de la práctica clínica, a fin de conocer la valoración de ésta, la actitud frente a situaciones reales actuales, prioridades y posibles mejores prácticas.

Se trató de un estudio transversal, utilizando información a través de un instrumento tipo encuesta (incluyó aspectos como grado de satisfacción con el sistema actual de formación y las carencias, deficiencias o disfunciones) y entrevistas a profundidad; fue realizado en la cátedra de la educación médica fundación Lilly- Universidad Complutense, con la ayuda de la empresa Metroscopia (experta en estudios sociológicos). Los resultados permitieron identificar fortalezas como alumnos con elevada preparación, alto rendimiento académico, programas teóricos completos, etc. y debilidades relacionadas con un enfoque teórico excesivo, necesidad de adaptación de programas, carencias formativas específicas en relaciones y comunicación, resistencia al cambio, la enseñanza está centrada en el profesor que informa más que en el estudiante que aprende, la metodología es poco activa sigue teniendo como base la lección magistral, entre el periodo clínico y preclínico hay una alarmante falta de integración y excesiva autonomía en la gestión departamental e individual de la docencia, etc.

En una segunda parte de este mismo estudio, realizado bajo un enfoque cuantitativo, se hicieron entrevistas personales siguiendo un cuestionario, a un

total de 435 profesores (catedrático, profesores titulares, profesores asociados, personal no docente y médicos internos residentes). La información recabada fue procesada utilizando el paquete estadístico SPSS, se analizaron frecuencia y asociación con estamento docente. Los resultados obtenidos fueron: la valoración global de la enseñanza fue buena o muy buena 61%, enseñanza de la práctica clínica 48%, los catedráticos y profesores titulares son los que mejor valoran la enseñanza; los aspectos positivos más relevantes fueron el alto nivel de los alumnos, el alto nivel teórico y los programas docentes; como aspectos negativos la insuficiente enseñanza práctica. Los recursos docentes se evaluaron (del 0-10) entre el 5 a 6 en materiales, número de alumnos/profesores, espacios y tiempo dedicado a la enseñanza. Los encuestados dedicaron una media de 10.7 horas a la docencia. El factor clave para la enseñanza práctica fue la necesidad de un buen médico docente.

En el documento titulado "*Paradoja de la medicina actual*" (2009), Arrea propuso que los avances en la medicina, originados tras la segunda guerra mundial, han mejorado la resolución de problemas de salud y el pronóstico de algunas enfermedades lo que ha condicionado un incremento en la tasa de supervivencia de algunas patologías. Pese a estos avances propone se han generado puntos de quiebre en la práctica de la medicina. Arrea planteó un análisis de dichas situaciones y caracterizó cuatro puntos cardinales que denominó paradojas médicas:

1. La desilusión profesional de algunos médicos: no se conoce la causa exacta pero se relaciona con la fragmentación de la medicina, la creación de especialidades y subespecialidades, pérdida de dominio y contacto con el paciente.
2. El horror a no estar bien: inseguridad de la población respecto a su salud pese a los avances médicos.
3. El aumento de la medicina alternativa, esto relacionado a los altos costos médicos y a que en este tipo de prácticas se establece una relación más directa y menos fragmentada con los pacientes.

4. El aumento del costo de la atención médica.

En el estudio publicado por Hilarion en 1973, “Actitudes de los estudiantes de medicina”, se sostiene que el estudiante de medicina es un ser psicosomático estimulado por el medio físico, cultural y social. El autor realizó un análisis e interpretación de las frases relacionadas con la comunicación del aspecto social, en una batería de pruebas psicológicas aplicadas a 677 estudiantes del primer grado de medicina, de la facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos (Lima, Perú), de los años 1962-1965. Su finalidad fue determinar las actitudes frecuentes que asumen los estudiantes en diferentes situaciones sociales.

Se obtuvieron 6,770 expresiones que fueron agrupadas según su similitud; para posteriormente, reagruparse en respuestas que traducen actitudes positivas, neutras, no óptimas y negativas. Se determinó que las actitudes frente a sus compañeros son en un 59% positivas (son buenos amigos, estudiosos), los amigos son más aceptados en un 29%. La actitud frente a su familia son positivas en un 65%, pero en un 26% denotaron necesidad de estar en su hogar. La actitud frente a “otra gente” es de preocupación por su bienestar en 12%, se descubrió que los estudiantes consideraron la comunicación como una manera de relacionarse con los demás en un 69%. Se determinó una actitud negativa con las personas que representan autoridad, mostrando más ira, susceptibilidad y molestia. Por lo que concluyó que los estudiantes de medicina asumen actitudes positivas frente a sus compañeros, familia, el sexo opuesto, muestran mayor preocupación por otras personas, son más maduros psicológicamente, sin embargo, muestran relaciones negativas frente a las ofensas.

En el 2010, Martínez y colaboradores publicaron en la Revista electrónica de investigación educativa, el trabajo titulado: “*Los cuestionarios de opinión del estudiante sobre el desempeño docente, Una estrategia institucional para la evaluación de la enseñanza en medicina*”. Tuvo como propósito obtener datos sobre el desempeño docente, compararlo, ser una fuente que permita la retroalimentación y fundamentar propuestas de mejora e investigación.

En dicho documento presentan los resultados de la aplicación del cuestionario de opinión del estudiante sobre la Docencia (COED) en las materias de 1° y 2° años, durante el ciclo escolar 2007-2008, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Se trata de un estudio observacional, transversal y comparativo, se evaluaron en total 20,136 cuestionarios.

El COED consta de 36 reactivos para los cursos teóricos y 41 para los prácticos, evaluándose ocho dimensiones propias del quehacer docente, como: puntualidad y asistencia, cumplimiento del programa académico, metodología docente, empleo de materiales de apoyo, actitud hacia los estudiantes, evaluación del aprendizaje, aplicaciones, satisfacción y actividades prácticas. En cada ítem del cuestionario los alumnos valoran mediante escalas tipo Likert (va de nunca o de 0-19 de las veces hasta siempre o entre 80-100%). Las respuestas fueron transformadas de una escala de medición ordinal a escala numérica, con lo que se obtuvieron medidas de tendencia central, variabilidad o dispersión.

En general se obtuvo que las actividades docentes son sistemáticamente mejor evaluadas y de mayor satisfacción en el segundo año de la carrera. Las dimensiones de actitud hacia los estudiantes (refleja el respeto y consideración que el docente muestra hacia sus estudiantes), puntualidad y cumplimiento con los aspectos administrativos del curso son los mejor valorados. El método docente y actividades y materiales de apoyo son los menos valorados. Por lo que los actores concluyeron que es necesario que los profesores fortalezcan y mejoren la calidad de las actividades que están directamente relacionadas con el aprendizaje, los materiales y actividades de apoyo.

Con el interés de determinar las percepciones de los estudiantes de pregrado de medicina acerca de su perfil de médico esperado, en 2002 García y cols., realizaron un estudio (publicado en 2006) descriptivo, cualitativo, de carácter analítico, basado en los procedimientos propuestos por la *Grounded Theory*. Tuvo como universo de estudio a los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, de 2° a 7° año, de 2° a 5° año. Se

seleccionaron informantes clave, se seleccionó al azar un representante, para 6° y 7° se realizó un muestreo al azar.

Para el análisis y recolección de los datos se utilizó la técnica de grupos focales, guiados por personas entrenadas en investigación cualitativa, los datos obtenidos fueron transcritos y analizados de acuerdo al paradigma de codificación propuesto por la *Grounded Theory*, lo que permitió la generación de categorías y subcategorías. El análisis de los datos se realizó mediante triangulación entre un moderador de grupos focales (externo a la problemática estudiada) y un representante del Centro de Estudiantes de Medicina.

Para el análisis estadístico se utilizó el test de Fisher y la prueba t de student. La muestra quedó conformada por 29 estudiantes, los resultados de la percepción de las características del médico esperado fueron clasificadas en cinco categorías: 1) actitudes y valores ético-morales: los estudiantes consideraron que el médico debía actuar de acuerdo a principios éticos, con actitud de servicio, humildad, altruísmo e integridad; 2) habilidades y capacidades: el médico esperado debería tener capacidades comunicativas, practicar la escucha activa, asertividad y empatía, además debería ser capaz de trabajar en equipo, sabiendo ejercer liderazgo; 3) los conocimientos que debería tener el médico deberían ser técnicos y prácticos, así como de otras áreas (psicología, antropología, realidad social nacional, etc.), 4) funciones y actividades: junto con hacer las labores clínicas de diagnóstico y tratamiento de los pacientes, trabajar en equipo, realizar actividades con la comunidad, cooperar en la resolución de problemas de los pacientes, realizar docencia y participar en la administración de recursos; 5) lugares de desempeño laboral: hacen mención tanto en el sistema de salud público como privado, pero, especialmente, en centros donde se realice docencia.

Los autores concluyeron que, con este trabajo, se confirma que con una muy buena preparación técnica, las mallas curriculares en medicina, deberían hacer énfasis en el aprendizaje de valores, actitudes ético-morales, habilidades y destrezas comunicacionales interpersonales y fomentar la adquisición de conocimientos en diversas materias complementarias a la medicina (sociología,

antropología, etc.). Esto se relaciona con el enfoque actual de la educación médica, centrada en la adquisición de las competencias, propuesto por el comité de acreditación de graduados de educación médica (ACGME) en Estados Unidos.

El artículo titulado: *How a mobile app supports the learning and practice of newly qualified doctors in the UK: an intervention study*, fue hecho con el propósito de explorar las actitudes, estimar el alcance, determinar su propósito principal en cuanto a uso e identificar perspectivas sobre los beneficios potenciales y desafíos ante el uso del *Smart phone*. Para lograr este fin a 322 participantes voluntarios se les dio licencia de acceso para descargar la aplicación *Dr. Companion*® software y 5 textos durante 12 meses: the British National Formulary - BNF, the Oxford Handbook of Clinical Medicine, the Oxford Handbook of Emergency Medicine, the Oxford Handbook of Clinical Specialities and the Oxford Handbook of Clinical Surgery, con el fin de dar soporte en su práctica clínica.

Previamente se realizaron un cuestionario en el cual se preguntó sobre el uso del dispositivo, tiempo, frecuencia, variaciones en el uso y, al término de 1 año, un cuestionario final, que incluyó los mismos items junto a preguntas sobre los efectos de la intervención. El análisis estadístico se realizó usando el paquete SPSS 2.0 frecuencia, Test de Wilcoxon para buscar las relaciones entre variables (significativo $p < 0.005$).

Los resultados arrojaron un incremento en el uso de recursos alternativos entre el personal médico de un 75% a un 84% al final; inicialmente 33% se sentían cómodos con su uso en el trabajo, al final incremento a 45%; ($Z = -2.491$, $p = 0.013$). Disminuyó el uso de textos impresos o en línea usando PC, consultas a expertos.

Esta investigación no brinda pautas para pensar que la tecnología potencializa la oportunidad de realizar un aprendizaje más profundo y generar un andamiaje de conocimiento dinámico, pero no reemplaza a la experiencia y el conocimiento humano.

En 2015, Darragh, Baker y Kirk, publicaron el estudio *Teaching medical students, what do consultants think?*, en el cual evalúan la opinión de personal médico que se encuentra involucrado y quienes no lo están, el alejamiento de lecturas didáctica en pequeños grupos dirigidas por los médicos y teorías cognitivas, percepción de los alumnos, medidas de desempeño y consejos en General Medical Council documento "Tomorrows Doctors". Todo esto se llevó a cabo enviando 1372 cuestionario vía e-mail a los trabajadores de salud de Northern Ireland, tratando de integrar a todas las especialidades.

Se integraron a su vez, mesas de discusión con 9 participantes (cirujanos y médicos en entrenamiento de diferentes grados), los temas a tratar fueron la enseñanza práctica y los problemas que experimentan. Las respuestas de quienes estaban activamente involucrados en la enseñanza fueron comparadas con las de quien no lo estaban. El análisis estadístico se llevó a cabo con Microsoft Excel 2010, Chi- cuadrada para comparar la proporción relevante ($p < 0.05$ fue considerada estadísticamente significativa). Fueron recabados un total de 367 respondieron (27%) con 95% tasa de finalización, todas las especialidades clínicas fueron integradas.

Los resultados obtenidos revelaron que el 72% opina que los estudiantes de medicina deben ser enseñados por los médicos, 329 de los encuestados (90%) indicaron que era el deber profesional de un médico enseñar a los estudiantes de medicina, 80% de todos los encuestados sintió que la enseñanza de los estudiantes de medicina fue agradable. La mitad de los encuestados sintió que la enseñanza no fue incluida en los planes de trabajo, 35% indican que enseñan regularmente sin reconocimiento en un plan de trabajo. El 48% considera "la enseñanza fue un acto de buena voluntad".

El 78% no tienen tiempo suficiente para enseñar a los estudiantes de medicina, los que no enseñan tenían más probabilidades dar esta opinión ($p = 0,011$), 69% consideran que otras actividades clínicas tienen prioridad sobre la enseñanza de estudiantes de medicina, 55% consideraron la capacitación y evaluación de postgraduados había reducido el tiempo para la enseñanza médica

general, 12% consideró que la formación de posgrado y evaluación era más importante.

En relación a los estudiantes el 29% opinan que son demasiados estudiantes en un grupo "típico" para ofrecer una enseñanza eficaz. El 55% sintió que los estudiantes tenían un nivel adecuado de entusiasmo por aprender, el 96% piensan que la participación estudiantil hizo la enseñanza más agradable. Los docentes que no participaban en la enseñanza tenían más probabilidades de indicar que había demasiados estudiantes ($p = 0,023$) y que los estudiantes se mostraron reacios a interactuar ($p = 0,011$).

Este último estudio, nos permiten ver un panorama global de cómo se lleva a cabo el proceso de enseñanza médica, a partir de la opinión de los médicos que participan en el proceso de formación, nos da cuenta de algunas deficiencias, pues aparentemente no se le da prioridad al campo clínico en la enseñanza, falta una estructuración más eficiente que permita que el médico se involucre con el trabajo docente y su esfuerzo sea retribuido de manera económica y con la satisfacción que se puede obtener al compartir el conocimiento.

Tras la revisión de la literatura publicada, es posible percatarse que existe abundantes publicaciones relacionadas con aspectos teóricos y conceptuales sobre los métodos de enseñanza, aprendizaje, la valoración del desempeño docente y de los alumnos en relación a los saberes adquiridos, sin embargo, se toca de manera superficial o simplemente no se valoran los aspectos formativos no académicos, como actitudes, valores e identidad médica y que son parte fundamental de la enseñanza de la medicina, menos aún la influencia que se genera el entorno en el cual se desarrolla dicho proceso.

Las investigaciones antes comentadas, son de utilidad para este estudio debido a que dan un panorama general de la educación médica actual y de la implicación real de los métodos didácticos, fuera del contexto meramente teórico, por ejemplo, las investigaciones sobre MBE y ABP permitieron dilucidar la posibilidad de implementar esta herramienta, para llevar a cabo el proceso de atención al

paciente, sin que necesariamente implique una disfunción en la relación médico-paciente, pues no sustituye ni al profesor ni al médico, sin embargo, facilitan la enseñanza y aprendizaje del alumno, dotándolos de la adquisición de las competencias establecidas en el plan curricular, pues permiten romper con los esquemas de enseñanza y práctica médica tradicionales.

Por otra parte, respecto al uso de método clínico, permite percatarse de que el profesor, desde las perspectivas de los directamente involucrados en la práctica médica (médicos, residentes, internos), aún sigue siendo el centro del proceso de enseñanza-aprendizaje, bajo un método tradicional, lo que genera incremento considerable en las habilidades teóricas, pero deficiencias en relación a aspectos de interrelación interpersonales, como la comunicación.

Al investigar las perspectivas del médico esperado, los estudios descubrieron que pese a que existe un importante desarrollo de habilidades teórico-prácticas durante la formación, aun es necesario el aprendizaje de valores, actitudes ético-morales, habilidades y destrezas comunicacionales interpersonales y fomentar la adquisición de conocimientos en diversas materias complementarias a la medicina (sociología, antropología, etc.), lo cual en esta investigación podría ser una de las categorías que sería importante investigar de manera intencionada, pues podría ser una posible vía que conduzca a dilucidar el problema de investigación.

Además, estos estudios son un referente sobre algunas alternativas en las cuales puede basarse la metodología a implementar en esta investigación.

TEORIAS DE APOYO

Dentro de las teorías sociológicas de apoyo en las que se cimentó esta investigación destaca el planteamiento de Emile Durkheim hecho en su texto *Educación y Sociología* (1922), en el que propuso que la educación es un ente social (conjunto de prácticas sociales e instituciones sociales). El humano se compone de un ser individual y un ser social; este hombre social se forma a partir

de la educación, al ser transformado de un ser egoísta y asocial; este proceso no implica que el hombre elimine su ser individual, supone la coexistencia de ellos.

Definió a la educación como “la acción ejercida por las generaciones adultas sobre las que todavía no están tan maduras para la vida social. Tiene por objeto suscitar y desarrollar en el niño ciertos estados físicos, intelectuales y morales que le exige la sociedad política en su conjunto” (Durkheim, 1922; 49).

Durkheim en el texto *El Suicidio* (1897) definió a la sociedad como el conjunto de sentimientos, ideas, creencias y valores que surgen a partir de la organización individual y que tiene una existencia diferente y superior a cada uno de sus miembros, es decir, que existe gracias al grupo, pero no está en ninguno uno de ellos de forma individual. Según el autor la sociedad cumple dos funciones: integración y regulación.

Por tanto, Durkheim consideró que cada sociedad forja a través de esta, un cierto ideal de hombre, se constituye como “el medio con el cual la sociedad prepara en el corazón de los niños las condiciones esenciales de su propia existencia”, siempre y cuando las generaciones adultas sean las que ejerzan su acción sobre las jóvenes, son producto de la vida en común de los individuos y expresan las necesidades sociales impuestas en un momento determinado.

Durkheim (1922) caracterizó al maestro como el poseedor de poder otorgado por la sociedad, pues esta última lo considera como el intérprete de las ideas morales de su época y su país; por tanto la autoridad moral debe ser su cualidad principal. Por otra parte, consideró a la escuela como una institución de poder, pues su función es la imposición de la legitimidad de una determinada cultura o forma de vida, así como el desarrollo de las habilidades y capacidades que precisa la sociedad.

Para Durkheim el fenómeno social se caracteriza por ser el producto de la conciencia social o colectiva, que no es en modo alguno una simple suma de conciencias individuales, si no que representa una síntesis nueva, una conciencia colectiva propia (Durkheim citado en Abbagnano, 1964).

Además, sostuvo que la sociedad es la encargada de integrar a los individuos que la forman y de regular su conducta a partir del establecimiento de normas (Durkheim, 1922). Pero la sociedad no es un ente estático, se encuentra en constante dinamismo, por lo que ha sufrido transformaciones rápidas y sustanciales, en las que los patrones tradicionales de organización y reglamento han desaparecido (solidaridad mecánica; con una conciencia colectiva basada en uniformidad de creencias y costumbres).

En la actualidad, están vigentes diversos intereses, creencias, perspectivas, pensamientos, etc., la división del trabajo productivo, la especialización y una multiplicidad de actores interdependientes entre sí (solidaridad orgánica), por tanto las normas o reglas que antes existían, ya no tienen igual prevalencia.

A esta etapa, que según Durkheim es producto de la transformación rápida, denominó como "*anomia*", un mal crónico se caracteriza por la falta de límite de las acciones individuales, secundario a la ausencia de un cuerpo de normas que gobiernen las relaciones entre las diversas funciones sociales, o un cuerpo colectivo que garantice su cumplimiento (desencadenada cuando la función social de regulación no es ejercida adecuadamente), en una sociedad cada vez más variada debido a la división del trabajo y la especialización.

Esto ha generado un debilitamiento (*anomia*) como consecuencia de la rápida transformación social, derivada del cambio del sistema económico, la relevancia de la razón como elemento de juicio y la pérdida del poder organizador de la fe y la tradición. A raíz de esto los individuos han dejado de tener clara la diferencia

entre lo justo y lo injusto, lo legítimo y lo ilegítimo (Durkheim citado en López Fernández, 2009).

López Fernández (2009) comentó que Durkheim en su texto *La Educación Moral* (1902), vinculó a la *anomia* con la educación como medio para enseñar al individuo a contener sus pasiones a la par de la limitante externa que le imponen las normas sociales. En esta obra, Durkheim sostuvo que la moral, entendida como el conjunto de reglas externas que determinan imperativamente la conducta, es central en un cuerpo colectivo. Es la encargada de fijar y regular las acciones de los hombres, imponiendo con ello deberes para lo cual el cuerpo que lo ejerce debiera ser reconocido como una autoridad legítima con mandato imperativo (López Fernández, 2009: 8).

El gremio médico, deja en los profesores y en las escuelas de medicina, la función de educación de los estudiantes, con la finalidad de transmitir una serie de conocimientos, aptitudes y actitudes necesarias para socializar al individuo, apropiarse de dichos saberes e integrarlo a la comunidad médica (materializada en colegios, consejos y sociedades médicas), que le permite adaptarse, permanecer y cumplir con las necesidades del grupo. Dichas comunidades, además, fungen como sistemas de regulación y certificación académico-profesional, por lo que poseen además control sobre los miembros que lo integran.

Otro de los autores que permite analizar el fenómeno de estudio que se plantea en la investigación es Pierre Bourdieu con la Teoría del estructuralismo genético (1990), destaca conceptos como *habitus*, es: "sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes estructuradas... que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, "reguladas" y "regulares".

Para que un individuo sea movido a formar parte del sistema de esquemas de producción de prácticas y del sistema de esquemas de percepción y de apreciación de las prácticas que conforman el *habitus*; es necesario que cuente con el interés y/o la creencia en el valor del juego en sí mismo, en la validez de sus normas, en que los intereses específicos de un campo, son irreductibles a los compromisos y a los intereses propios de otros campos. De tal manera que cada campo engendra así el interés (*illusio*) que le es propio, que es la condición de su funcionamiento; esta noción se opone no sólo a la de desinterés o gratuidad, sino también a la de indiferencia (Bourdieu, 1976). La *creencia* es, a la vez, derecho de entrada a un juego y producto de la pertenencia a un espacio de juego. Esta creencia no es una creencia explícita, voluntaria, producto de una elección deliberada del individuo, sino una adhesión inmediata, una sumisión dóxica al mundo y a las exhortaciones de ese mundo (Bourdieu, 2010:11-12).

El *habitus* no se puede desarrollar si no es dentro de un campo, el cual lo define como lo existente en el mundo social, a través relaciones objetivas que existen independientemente de la conciencia o voluntad individual, cuenta con características específicas e invariables que le son comunes, lo rigen y determinan. Su dinámica varía según la posición que guarden los participantes en el campo, los objetos en juego (capitales) y los participantes dispuestos a jugar en una lucha que buscan el monopolio de la violencia legítima (Bourdieu, 1990).

“*Todo campo es el lugar de una lucha más o menos declarada por la definición de los principios legítimos de división del campo*” (Bourdieu, 1990:109-114). Es importante recordar que pese a ser un campo de lucha los agentes comprometidos en ellas tienen en común un cierto número de intereses fundamentales. Todo aquello que está ligado a la existencia del campo como una suerte de complicidad básica, un acuerdo entre los antagonistas acerca de lo que merece ser objeto de lucha, el juego, las apuestas, los compromisos, todos los presupuestos que se aceptan tácitamente por el hecho de entrar en el juego . Pues para que un campo funcione es necesario que haya gente dispuesta a jugar

el juego, que esté dotada de los habitus que implican el conocimiento y el reconocimiento de las leyes inmanentes al juego (Bourdieu, 2010:13).

Capital es aquello que es eficaz en el campo, permite a los que lo poseen disponer de influencia o poder, por tanto existir en el campo: cultural (incorporado, objetivado e institucionalizado), económico, social y simbólico. El capital conforma el conjunto de bienes acumulados que se producen, se heredan, se distribuyen, se consumen, se invierten, se pierden. La posesión de estos capitales permite el acceso a otros capitales como económicos, de recursos, etc. Las estrategias que los agentes llevan a cabo dentro del campo, dependen de su posición en este, la distribución del capital, la posición que tengan o adopten del campo desde su posición.

El gremio médico forma parte de un campo de juego, pues es un espacio históricamente constituido con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propios. Para acceder a este y pertenecer en él, es indispensable que el agente adquiera capitales culturales, sociales y simbólicos. Pero además, requiere aplicación y modificación de estrategias para mantenerse vigente en el juego y acceder a otros capitales como el económico y/o poder reafirmar o nutrir los capitales ya obtenidos. Así, los agentes son distribuidos en el espacio social según el volumen global del capital que poseen y según la estructura de su capital (Bourdieu, 1991:140-141).

Es aquí, en donde la escuela juega un papel importante, pues es un medio de acceso a esos capitales culturales, sociales y simbólicos necesarios para el ingreso y permanencia en el campo del gremio médico. A su vez constituye un campo particular, en el cual los agentes: profesores, alumnos, personal administrativo juegan por la adquisición, sobre todo, de capital cultural y simbólico. Es el sitio donde el estudiante comienza a estructurar el *habitus* médico, que lo caracterizara como parte del campo de la medicina. Este *habitus*, se estructura a través de las interacciones con otros agentes, cuya posición es privilegiada en el campo (médicos que fungen como profesores) al confrontarse

con la práctica médica (en prácticas en instituciones de salud). Mediante modelos de dominio e imitación de los modelos observados reestructuran la conducta del observador, además es forzada por individuos inmersos parcialmente en el campo (personal administrativo de la escuela, personal de salud en hospitales) y ajenos al campo (sociedad en general, familia, medios de comunicación).

En relación a lo antes planteado, Edgar Morín (1999) en el texto titulado: *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro* retoma el término de *imprinting* que Konrad Lorenz propuso para dar cuenta de la marca sin retorno que imponen las primeras experiencias del joven animal.

“Hay un imprinting cultural, huella matricial que inscribe a fondo el conformismo cognitivo y una normalización que elimina lo que ha de discutirse. El imprinting cultural marca a los humanos desde su nacimiento, primero con el sello de la cultura familiar, luego con el de la escolar, y después con la universidad o en el desempeño profesional. Así, la selección sociológica y cultural de las ideas raramente obedece a su verdad; o, por el contrario, puede ser implacable con la búsqueda de verdad” (Morín, 1999:10).

El campo médico, a su vez, se encuentra dentro de un entorno externo que lo influye y determina, al comportarse como un sistema abierto que se eco-auto-organiza en relación al medio en el cual se encuentra inmerso (Morín, 1990). Este entorno es descrito por Jean François Lyotard como la cultura posmoderna, esto debido a la incredulidad que se ha originado con respecto a los meta relatos, y al desuso de esas grandes legislaciones discursivas y recursos lingüísticos, tuvo que aparecer en consecuencia de la crisis de la metafísica: sin héroes, sin hazañas, ni grandes propósitos que perseguir.

Hizo énfasis en los meta relatos modernos que devienen de la ilustración y que crean al hombre de ciencia en busca de paz, la igualdad, la justicia, la libertad de la revolución, los cuales se legitiman en la eficacia y que encausan en una dirección unificada, uniforme y única. El meta relato es el que decide que saber y

lo que conviene saber, es al apoyo de la modernidad sobre la verdad trascendental y universal. Según Lyotard (1984) existe en la modernidad dos grandes versiones del relato legitimador: emancipadora (liberadora) y especulativa (justicia). La principal característica de la posmodernidad es la incredulidad, ante estos meta relatos y como se ha convertido la fuerza de producción más valiosa, de tal suerte, que representa una vía para el desarrollo y el poder.

El saber posmoderno no es solamente el instrumento de los poderes, hace más útil nuestra sensibilidad ante las diferencias y fortalece nuestra capacidad de soportar lo inconmensurable, no encuentra su razón en la homología de los expertos, si no en la paralogía de los inventores. El saber no depende de la formación de espíritu, su relación es de consumidor a mercancía, de inmediatez. Pero no se toma en cuenta que el saber está determinado por un discurso de legitimación, determinado por un grupo hegemónico.

Las funciones de regulación y, por tanto, de reproducción se les quitan a los administradores y serán confiadas a autómatas, de tal manera, que la cuestión principal es poder disponer de la información que deben ser memorizadas con objeto de que se tomen las decisiones adecuadas. La disposición de las informaciones es competencia de expertos de todos los tipos. La clase dirigente es y será cada vez más la clase de los decididores (Lyotard, 1984: 35).

En la actualidad, se utiliza un sistema que busca la exploración al máximo de las capacidades del sujeto, rodearlo de un entorno competitivo que optimiza su racionalidad, por tanto, todo proceso, acción e interacción atribuye algo al sistema, le da integridad, responden a una univocidad en las relaciones lógicas, simbólicas y lingüísticas, es valorado en relación a su conveniencia, es llamado liberalismo avanzado y tiene su principal uso en los países industrializados.

Lyotard expone que la narración obedece a leyes que fija la pragmática, al poner en acento sobre los actos del habla y dentro de esos actos sobre su aspecto pragmático (Lyotard, 1984: 25), es decir que en los múltiples tejidos y relaciones de los sujetos yace un uso que responde a necesidades que fijan al mismo tiempo, la forma en que usamos la narración en el habla cotidiana. Es así que cada cultura adquiere en el uso mismo las condiciones bajo las cuales funcionarían sus discursos.

A continuación se enumeran algunas de las características de la posmodernidad, expuestas por Basurto (2013), quien retoma los planteamientos del filósofo francés:

1. Descrédito de todo meta relato
2. Culto al cuerpo y los placeres
3. Predominio de la lógica de la información y del intercambio de signos, sobre la lógica de la producción
4. El saber pierde su valor de uso, y adquiere un valor de cambio. el saber científico no es todo el saber, el derecho a decir lo que es verdadero está ligado con el derecho a decidir lo que es justo
5. Se toma el lazo social como jugadas de lenguaje (teoría de juego, comunicación estratégica).
6. No sigue la solución dual de la sociedad: positivista o hermenéutica
7. Las funciones de regulación y reproducción se han dejado en manos de los autómatas, la clase política cede espacios a la clase dirigente.
8. Tendencia a conservar lo existente en materia de desigualdad
9. Hay relaciones estrechas entre la ciencia, la ética y la política.
10. En una sociedad con alto componente comunicacional, la lingüística adquiere mayor importancia, lo social se atomiza en redes.

En cuanto a la vertiente de la transmisión del saber, se subdivide pragmáticamente en una serie de preguntas: ¿quién transmite?, ¿qué?, ¿a quién?, ¿con qué apoyo?, ¿de qué forma? ¿Con qué efecto? La idea de la

transmisión de los saberes, no parece destinada a formar una élite capaz de guiar a la nación en su emancipación, proporciona al sistema “los jugadores” capaces de asegurar convenientemente su papel en el puesto pragmático de lo que las instituciones tienen necesidad (Lyotard, 1984: 89-90).

Falcó Hernández (2010), denominó a la posmodernidad como la época del desencanto, se pasa de la producción al consumo, desaparecen las figuras carismáticas, la defensa del medio ambiente se mezcla con la compulsión al consumo, el dominio de las masas y el *marketing* domina todo: no importa el mensaje que se envía, sino la forma cómo se envía, desaparece la ideología y esta se reemplaza por la imagen. Los medios de comunicación en masa se convierten en transmisores de la verdad, se pierde la intimidad, se desacraliza la política y se desmitifica a los líderes, no importa el pasado ni el futuro, solo el presente es importante. Pero no implica una ausencia de valores en el sentido moral, por el contrario se llega a un relativismo cultural, nada es absolutamente bueno o malo, aparecen y desaparecen según las circunstancias.

La medicina también ha sufrido los estragos de esta nueva era. Falcó Hernández (2010) y Vélez (2009) han analizado a profundidad este fenómeno. Plantearon en términos generales que este suceso es secundario a múltiples factores, que incluyen la pérdida de la relación médico-paciente, la desestimación del valor del interrogatorio y del examen físico, la utilización cada vez más irracional y excesiva de la tecnología médica (Falco Hernández, 2010); así como la búsqueda de las más novedosas y actualizadas terapéuticas disponibles a partir de la revisión sistemática de la literatura médica, además de que, la salud paso a ser considerado parte del aparato de consumo, en el que la oferta y la demanda determinan de cierta forma la calidad y calidez de la atención que se brinda. Aunado a la falta de adecuación de las prácticas al contexto y las necesidades actuales.

De tal manera, que el cuidado de las personas enfermas se ha convertido en un acto multi-personal, colectivo y desfragmentado, en el que la existencia de la interacción médico-paciente es mínima, el centro de atención al enfermo es el sinnúmero de equipos diagnósticos, donde el médico sabe de patología, de fármacos, pero poco de hombre, ambiente y de sociedad (Vélez, 2010).

El médico posmoderno, por su parte, es un especialista en una rama de la medicina, con tendencia a desaparecer el médico general. Las especialidades se han vuelto en el dominio de una técnica o de una serie de aparatos cuya vigencia cambia rápidamente (Falco Hernández, 2010). La especialización «abstrae», en otras palabras, extrae un objeto de su contexto y de su conjunto, rechaza los lazos y las intercomunicaciones con su medio, lo inserta en un sector conceptual abstracto que es el de la disciplina compartimentada cuyas fronteras resquebrajan arbitrariamente la sistemicidad y la multidimensionalidad de los fenómenos; conduce a una abstracción matemática que opera en sí misma una escisión con lo concreto, privilegiando todo cuanto es calculable y formalizable (Morín, 1999: 17). La tecnología relega al paciente a ser un objeto, el secreto médico prácticamente ha desaparecido, la relación médico-paciente se ha quebrantado, el conocimiento se ha popularizado y el cuidado de la salud comercializado.

En el ámbito escolar, en las escuelas de medicina, esta nueva manera de afrontar al mundo, se tradujo en el uso de los recursos tecnológicos como auxiliares del aprendizaje (por ejemplo, software, audio, video, simuladores, programas de realidad virtual, etc.), tal como plantea la escuela tecnocrática. El implementar el método científico como fundamento del conocimiento y que dirige las decisiones frente al paciente, ha generado que la medicina se aprenda con base en herramientas como: la medicina basada en evidencias (MBE) y el aprendizaje basado en problemas (ABP).

En particular estas herramientas, tuvieron su origen no como estrategias propiamente didácticas, si no con el objetivo de disminuir los costos económicos

en salud y en busca de eficiencia en la atención médica. Con la finalidad de cubrir las necesidades de las masas; o enfocar el aprendizaje en relación a la capacidad real del individuo para dominar el conjunto de tareas que configuran una función concreta. La cuál es determinada por competencias profesionales y que son el reflejo de un ambiente productivo impregnado de la atmósfera que viven las empresas.

Con base a la perspectiva genealógica de Foucault de *cuidado de sí*, entendido como un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y en esta relación el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones (Chirolla, citado en Garcés, 2013). En esta investigación, se planteó la posibilidad de un quiebre o disfunción entre la relación entre el médico y paciente dentro de la práctica médica, debido a que durante el proceso de enseñanza dentro de las aulas de la facultad de medicina, existe la tendencia al desapego a esta visión del individuo y sus semejantes.

Michel Foucault, en la *Hermenéutica del sujeto* (1987), desarrolla el concepto “*épiméleia*” como equivalente a una actitud general, a un determinado modo de enfrentarse al mundo, a un determinado modo de comportarse, de establecer relaciones con los otros y con el mundo. La *épiméleia heautou* es una determinada forma de atención, de mirada que se desplace desde el exterior, hacia sí mismo, como una cierta forma de vigilancia sobre lo que uno piensa y sobre lo que acontece en el pensamiento y, finalmente, como también un determinado modo de actuar, una forma de comportarse que se ejerce sobre uno mismo, a través de la cual uno se hace cargo de sí mismo, se modifica, se purifica, se transforma o se transfigura.

Desde la mirada de dicho autor, las razones que explican el hecho de que la filosofía occidental haya privilegiado el conocimiento de uno mismo, en vez de la preocupación por uno mismo, ha puesto el acento en el conocimiento de uno mismo convirtiéndolo en una vía fundamental de acceso a la verdad, es decir, a

partir del momento en el que el filósofo o el científico, es capaz de reconocer el conocimiento en sí mismo a través exclusivamente de sus actos de conocimiento (desarrollo autónomo del conocimiento), sin que para ello se le pida nada más, sin que su ser de sujeto tenga que ser modificado o alterado (Foucault, 1987).

Foucault (1987) sostiene que existen tres tipos de actividad que constituyen una ocupación ligada a uno mismo: el médico, el señor de una casa y el enamorado. En relación al médico, refiere que cuando éste impone un tratamiento a un enfermo siguiendo un saber médico, no está cuidando de sí mismo, es decir, de su alma-sujeto, sino únicamente de su cuerpo, lo que implica dirigirse a otro fin, a un objeto diferente.

De la misma forma, afirma que existen tres líneas de evolución de la noción de cuidado, son las siguientes: la dietética (relación entre el cuidado y el régimen general de la existencia del cuerpo y del alma), la economía (relación entre el cuidado de uno mismo y la actividad social) y la erótica (relación entre el cuidado de uno mismo y la relación amorosa) (Foucault, 1987).

El cuidado de sí es la inevitable relación que se establece entre una práctica y un saber o entre el sujeto y la verdad, pues existe un fuerte vínculo entre el conocimiento y la acción, sea como: principio regulador de la acción, como objetivo a ser logrado mediante la acción o como proceso a través del cual comparece (Robbins, 2007).

Foucault, en *La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad*, comentó lo siguiente:

...El cuidado de sí es ético en sí mismo; pero implica relaciones complejas con los otros, en la medida que este ethos de la libertad es también una manera de cuidar de los otros; por esto es importante para un hombre libre que se conduce como se debe, saber gobernar a su mujer, a sus hijos a su casa. Ahí está el arte de gobernar. El *ethos* implica también una relación hacia el cuidado de los otros, en la medida que el cuidado de sí se vuelve capaz de ocupar, en la ciudad, en la

comunidad o en las relaciones interindividuales, el lugar que conviene. (Foucault, 1984: 263).

El cuidado de sí es una práctica permanente de toda la vida que tiende a asegurar el ejercicio continuo de la libertad y “la ética es la forma reflexiva que toma libertad” (Foucault, 1994: 260).

Palazzani (2008) afirma que la bioética del cuidado de sí y de los otros hace una importante contribución, humaniza la actuación en el ámbito de las profesiones de la salud, contra los excesos de la técnica, de la tecnología, de la gestión, de lo empresarial contra la despersonalización y burocratización de lo sanitario.

“La bioética del cuidado muestra la necesidad de oponerse al paternalismo y contractualismo, al recuperar el significado auténtico de la alianza terapéutica entre paciente y o profesional de la salud en la construcción de un diálogo continuo e interpersonal” (Palazzini, 2008: 156).

Se debe reconocer como proximidad objetiva en el mundo real la presencia de los otros, de su rostro, su mirada, su gesto, su actitud, su llamado, su búsqueda de humanidad, capaz de ayudarlo a superar su fragilidad, su vulnerabilidad como persona (Franco, 2009: 117).

MODELOS DIDÁCTICOS EN LA MEDICINA

Al ser este un estudio en el cual se pretende desentrañar, cómo es la enseñanza de la medicina es importante apoyarnos en una teoría didáctica. Etimológicamente, el término Didáctica procede del griego: *didaktiké*, *didaskein*, *didaskalia*, *didaktikos*, *didasko*, estos términos tienen relación con el verbo enseñar, instruir, exponer con claridad.

Para Camilloni y cols. (2007) la didáctica se constituye en una disciplina teórica que se ocupa del análisis de las prácticas de enseñanza. Tiene como fin

describirlas, explicarlas y fundamentarlas, para así enunciar normas que permitan la mejor resolución de los problemas que estas prácticas plantean a los docentes. Según Díaz Barriga, la didáctica es una disciplina teórica, histórica y política, tiene su propio carácter teórico porque responde a concepciones sobre la educación, la sociedad, el sujeto, el saber, la ciencia. Es histórica ya que sus propuestas responden a momentos históricos específicos. Y es política porque su propuesta está dentro de un proyecto social (Díaz Barriga, 1992: 23).

Esta investigación retomó lo planteado por Margarita Pansza (2010), respecto a los modelos teóricos que reconocen las características de la educación formal como un aparato ideológico especializado cuya función es la transmisión, conservación y promoción de la cultura. Destaca en este planteamiento:

- La escuela tradicional: cuyos orígenes se remonta al siglo XVII en Europa, coincide con la ruptura del orden feudal y con la constitución de los estados nacionales y el surgimiento de la burguesía. Los pilares de este tipo de escuela son el orden y la autoridad (determinado por jerarquías), el orden se materializa en el método que ordena tiempo, espacio y actividad; la autoridad se personifica en el maestro, dueño del conocimiento y del método.

El método garantiza el dominio de todas las situaciones, nada se deja al azar. Algunas de los rasgos distintivos son el verticalismo, intelectualismo, autoritarismo, verbalismo, postergación del desarrollo afectivo, domesticación y el freno al desarrollo social.

En la escuela tradicional, se respeta un rígido sistema de autoridad; quien tiene la mayor jerarquía toma las decisiones, que resultan vitales para la organización, tanto del trabajo como de las relaciones sociales. Convierte a la ciencia en algo estático y al profesor en un mediador entre el alumno y el objeto de conocimiento.

- La escuela tecnocrática: que surge con proceso de modernización social, sigue el modelo de tecnología educativa. La educación deja de ser una acción histórica y socialmente determinada, se descontextualiza y universaliza, dando paso a una forma científica del trabajo educativo.

Se apoya en la psicología conductista, pone énfasis en la importancia de la objetividad y recalca el carácter instrumental de la didáctica; el profesor es controlador de estímulos, respuestas y reforzamientos. La tecnología educativa, entendida como el uso de máquinas de enseñanza o la elaboración de objetivos de aprendizaje, tiene una visión reduccionista de la educación ya que se reduce a planos de la intervención técnica, mediante la eficiencia, neutralidad y cientificismo. Ofrece la ilusión de eficiencia y progreso.

Dewey, pensador americano, fundamentó su pensamiento con base en un pragmatismo filosófico en el ámbito vital del individuo, entiende la captación de la realidad concreta desde una lógica y ética utilitarias, concibe la verdad como pura usualidad o manipulación; así afirmó que “La teoría del conocer ha de derivarse de la práctica que tenga mayor éxito para obtener conocimiento”, de esta manera pretendió superar la separación entre el conocer y el hacer, la teoría y la práctica, entre la mente con el fin y el espíritu de acción del cuerpo como sus órganos y medios (Dewey citado en Cadrecha, 1990).

Dewey basado en la hipótesis “toda auténtica educación se efectúa mediante la experiencia”, desarrollo la obra *Experiencia y educación* (1938). La experiencia, se aplica al principio de continuidad mediante la renovación. Sólo puede comprenderse observando que incluye un elemento activo y otro pasivo combinados. El elemento activo es ensayar un sentido positivo que se manifiesta en el término “experimento; el elemento pasivo, es el sufrir o padecer, de tal manera que las conexiones entre estas dos, mide la fecundidad o el valor de la

experiencia. Sin embargo, puntualiza que no significa que todas las experiencias sean verdaderas o educativas, pues la mera actividad no constituye experiencia.

La experiencia supone cambio, pero conscientemente conexionado, cuando una actividad se continúa en el sufrir las consecuencias, y se refleja en un cambio producido. “Una separación de la fase de hacer activo de la fase respecto al sufrir pasivo destruye el sentido vital de una experiencia“(Dewey, 1916:165). La sociedad existe mediante un proceso de transmisión, que se realiza por medio de la comunicación de hábitos de hacer, pensar y sentir de los más viejos a los más jóvenes, es una labor de necesidad, pues sin esta, la vida social no podría sobrevivir. La sociedad no sólo continúa existiendo por la transmisión, por la comunicación, si no que existen en la transmisión y en la comunicación (Dewey, 1916: 15).

El aprendizaje experiencial es un aprendizaje activo, utiliza y transforma los ambientes físicos y sociales para extraer lo que contribuya a experiencias valiosas, es decir, es establecer una conexión hacia atrás y hacia adelante, el hacer se convierte en un ensayar, un experimento con el mundo para averiguar cómo es y el sufrir es la instrucción (Dewey, 1916). Pretende poseer una inteligencia común: objetivos, creencias, aspiraciones conocimientos, con el fin de formar una comunidad una sociedad y que asegure disposiciones emocionales e intelectuales semejantes como modo de responder a las expectativas y exigencias (Dewey, 1916:15-16).

Genera cambios sustanciales en la persona y su entorno, pretende que el alumno desarrolle sus capacidades reflexivas y su pensamiento, se conoce como “aprender haciendo o aprender por las experiencias”. Se considera es un proceso activo-pasivo, no primariamente cognoscitivo, a medida que la relación de la experiencia se encuentra en la percepción de las relaciones o continuidades. Que conduce, comprende conocimiento en el grado en que se acumula o suma a algo

o tiene sentido (Dewey, 1916), equivale a hacer explícito en la experiencia el elemento inteligible.

Además, establece un vínculo estrecho entre aula y comunidad, entre la escuela y la vida, de tal manera que el aprendizaje se inserta en un proceso estable-inestable de reconstrucción de la experiencia, la experiencia como punto de inicio y de llegada en el aprendizaje.

La experiencia deweyniana es la “experiencia reflexiva”, cargada de sentido y reorganizadora de la realidad y cuyos rasgos generales son: el sentido de un problema, la observación de las condiciones, la formación y la elaboración racional de una conclusión seguida y la comprobación experimental activa (Cadrecha, 1990).

Es a partir de las ideas de Dewey, que se desarrollaron diversos modelos de aprendizaje experiencial, los cuáles son cíclicos y tienen tres fases básicas: la concepción de una experiencia o situación problema, una fase reflexiva, en la que el aprendiz realiza aprendizaje con apoyo de la reflexión y una de prueba, en la que los aprendizajes recién logrados se integran en el marco conceptual del alumno y pueden conducir a nuevos problemas o experiencias (Díaz Barriga, 2006).

La educación y la medicina son disciplinas eminentemente sociales; han sido influidas por proceso transformación, se compone de elementos como el ahistoricismo, el formalismo y el cientificismo, pone énfasis en la objetividad, centrado en lo que puede ser controlado, con un carácter técnico y sistematizado. A raíz de estos tres elementos han surgidos métodos de enseñanza médicos como la MBE, el ABP, que fundamentan con base al aprendizaje experiencial, a los cuales se describirán de manera breve a continuación:

- **Medicina basada en evidencias (MBE):** el concepto de medicina basada en evidencias surge en 1992 tras publicarse este término, por primera vez, en la revista JAMA en el artículo *“Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice medicine”*, partiendo de las nuevas destrezas que deben desarrollar los médicos para la práctica de la medicina en la época actual. Este documento hace énfasis en el contraste entre el paradigma antiguo (basado en la toma de decisiones médicas en la observación sistémica, el mecanismo fisiopatológico de las enfermedades, la experticia, la experiencia, el entrenamiento médico y el sentido común), con el nuevo paradigma, toma los aspectos del anterior y le añade la observación clínica sistemática, la aplicación de las reglas de la evidencia en la lectura de artículos para la solución de problemas de salud, la comprensión, la canalización de las necesidades emocionales del paciente y el valor del paciente (Simonovis y cols, 2001).

La MBE se ha convertido, según sus difusores, en el nuevo *paradigma* de la medicina mundial, señalan que: *“Es una nueva propuesta de enseñanza y práctica de la medicina, que plantea una saludable subversión en la medicina”* (2004). Sin embargo, el principal valor de la MBE es el de ser una herramienta técnica que trata de cuantificar y calificar cuál dato o cuál estudio tiene menor error y, por tanto, mayor validez; una herramienta técnica que nos aclara la mejor forma de usar y aplicar “la evidencia” (Peña, 2004).

- **Aprendizaje basado en problemas (ABP):** la enseñanza de la medicina basada en conformidad con los legados de Hipócrates, ha sido cuestionada tras la expansión del conocimiento y la tecnología. Fue por esta razón que hace 40 años el grupo de médicos liderados por David Sackett, en la Universidad de McMaster en Hamilton, Canadá, se propuso un enfoque distinto para tomar decisiones clínicas que integra la mejor evidencia disponible con la experiencia clínica y los valores del paciente.

Las características generales son: comienza con el problema o elemento desencadenante que dirige el aprendizaje, centrado en el alumno y sus

necesidades de información, el alumno es protagonista del aprendizaje y el profesor abandona el rol tradicional de impartir clases sólo teóricas para pasar a ser un tutor-facilitador, capaz de crear entornos donde el aprendizaje sea inevitable.

La construcción del problema, el análisis y/o solución constituyen el foco central de la experiencia. Se suele definir como una experiencia pedagógica de tipo práctico, organizada para investigar y resolver problemas vinculados al mundo real. Fomenta el aprendizaje activo y desde una mirada multidisciplinar. En el alumno promueve la autorregulación, la posibilidad de cambiar el curso de su pensamiento o acción de acuerdo a la demanda o situación (Díaz Barriga, 2006).

El modelo pedagógico que involucra la formación por competencias pretende acabar las barreras entre la escuela y la vida cotidiana, en la familia, el trabajo o la comunidad, propone establecer un hilo conductor entre el conocimiento cotidiano, el académico y el científico. Así, al fusionarlos, plantea la formación integral que abarca conocimientos (capacidad cognoscitiva), habilidades (capacidad sensorio - motriz), destrezas, actitudes y valores, en otras palabras: saber, saber hacer en la vida y para la vida, saber ser (Delors, 1996).

Enfoque de competencias (EC): el término competencias tiene un sentido utilitario en el mundo del trabajo, donde se le concibe como una estrategia que se apoya fundamentalmente en el análisis de tareas, a partir de la cual se busca determinar las etapas puntuales en las que se debe formar en la adquisición de las habilidades y destrezas que le permitan un desempeño eficiente en su labor.

Los términos aptitudes y habilidades se encuentran, de alguna forma relacionados con el de competencias, si bien el primero da cuenta de diversas disposiciones de cada individuo, el segundo remite a la pericia que ha desarrollado a partir de tales disposiciones. Ello ha llevado a algunos autores a precisar dos tipos de competencias: las competencias umbral y

las diferenciadoras. Se reconoce que las primeras reflejan los conocimientos y habilidades mínimas o básicas que una persona necesita para desempeñar un puesto; mientras que las competencias diferenciadoras “distinguen a quienes pueden realizar un desempeño superior y a quienes tienen un término medio” (Agut y Grau, 2001: 2,7).

Supone la combinación de tres elementos: *a*) una información, *b*) el desarrollo de una habilidad y, *c*) puestos en acción en una situación inédita, lo que significa que toda competencia requiere del dominio de una información específica, al mismo tiempo que reclama el desarrollo de una habilidad o, mejor dicho de, una serie de habilidades derivadas de los procesos de información, es en una situación problema, esto es, en una situación real inédita, donde la competencia se puede generar.

A este respecto Jaramillo reflexiona sobre los métodos didácticos en el artículo titulado “Práctica de la enseñanza universitaria (Didáctica de las ciencias de la salud)”; comentó que actualmente las teorías del conocimiento aplicadas en el campo de la salud, no reconocen los legados histórico-sociales y particularmente humanistas, que se tienen en cuenta en las ciencias humanas y sociales, donde se toma al estudiante como sujeto y no como objeto del conocimiento.

La educación en las ciencias de la salud, en la actualidad tiene en cuenta lo objetivo. Y se logra ser objetivo en la medida en que el personal médico no involucre sentimientos (Cerdeza Gutiérrez, 1997, en Pinzón, 2007). Pero la propuesta educativa gira en torno a que el conocimiento planteado por la educación tradicional, no se ubica en grandes visiones o interpretaciones dadas por el médico que funge como docente, sino en el conocimiento empíricamente adquirido y verificable, a través de los que se busca encontrar explicaciones a fenómenos sociales cotidianos.

Aunado a estos modelos teóricos de enseñanza, está el Modelo Médico Hegemónico (MMH) como parte de los medios a través de los cuales se transmite

y se perpetúan las relaciones dominantes dentro del ámbito médico. Según Menéndez (2005) surgió como parte de la caracterización y el papel que fue desarrollando el médico a inicios del siglo XIX (Primera revolución industrial).

El MMH es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica; desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalterna el conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad legitimada por tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1988).

El rasgo estructural dominante es el biologismo, pues es el factor que garantiza la cientificidad del modelo, la diferenciación y la jerarquización. El aprendizaje profesional se hace partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. La naturalización de los procesos tiende a simplificarlos y opacar parte de las determinaciones, ejemplo de ello es que la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico.

Este modelo indica que las instituciones médicas instituyen su hegemonía al apropiarse de los saberes relacionados al cuidado de salud y tratamiento de enfermedades. Pero este proceso de apropiación no solo es impulsado por las instituciones o grupos médicos, también por las acciones de la sociedad dominante e incluso por sectores subalternos, debido a la significación social, económico/política e ideológica que tiene el proceso salud/enfermedad para la producción y reproducción biosocial. El proceso de salud no solo es un problema circunscrito al ámbito profesional, si no implica a los conjuntos sociales.

Las doctrinas e ideologías dominantes disponen igualmente de la fuerza imperativa que anuncia la evidencia a los convencidos y la fuerza coercitiva que suscita el miedo inhibitor en los otros. Todas las determinaciones sociales-

económicas-políticas (poder, jerarquía, división de clases, especialización, el entorno posmoderno actual, tecno-burocratización del trabajo, entre otras) y las determinaciones culturales que convergen y se sinergizan para encarcelar al conocimiento en un multi-determinismo de imperativos, normas, prohibiciones, rigideces, bloqueos (Moran, 1999).

Lo social constituye un rasgo que la práctica médica puede reconocer, a un nivel manifiesto, pero que no se aplica en sí misma. La desigualdad social emerge en la práctica médica desde el primer momento del aprendizaje profesional, es decir, se procesa desde la interioridad.

El MMH cumple una serie de funciones, que se pueden agrupar en tres tipos: las funciones curativas, preventivas y de mantenimiento, funciones de control, normalización, medicalización y legitimación y por último la función económico-ocupacional.

Michel Foucault (1978), en *Microfísica del poder* comenta que si el poder solo tuviese una forma negativa, teniendo por función reprimir, censurar, excluir, a la manera de un gran superego, sería frágil. Si es fuerte, es debido a que produce efectos positivos a nivel del deseo y del saber. Pues el poder, lejos de estorbar al saber, lo produce.

“Entre cada punto del cuerpo social... entre un maestro y su alumno, entre el que sabe y no sabe, pasan relaciones de poder que no son la proyección simple y pura del gran poder del soberano sobre los individuos; son más bien el suelo movedizo y concreto sobre el que el poder se incardina, las posibilidades de su funcionamiento... para que el estado funcione, como funciona, es necesario relaciones de dominación bien específicas que tienen su configuración propia y relativa autonomía (Foucault, 1978: 157)”

La escuela tradicional y tecnocrática, como el MMH, comparten rasgos estructurales, y son vigentes en las facultades de medicina, se autorregulan uno a

otro, con la finalidad de perpetuar los modelos dominantes, que rigen tanto la educación, como la práctica. Del mismo modo, son parte fundamental para la generación del *habitus* médico, ya que el estudiante se apropia de éstos y los reproduce. Forman parte del aparato ideológico especializado, cuya función es la transmisión, conservación y promoción de la cultura médica.

A este respecto también abona la teoría pedagógica de Paulo Freire, y la concepción “*bancaria*” de la educación, que plantea las relaciones educador-educando de naturaleza fundamentalmente narrativa, discursiva, disertadora; el sujeto de la educación es el educador el cual conduce al educando en la memorización mecánica de los contenidos, la tarea del educador es “llenar” a los educandos con verbalismos alienados y alienantes, que solo son retazos de la realidad; el educando es un recipiente en el que se deposita el saber, como una “*prescripción*” que transforma la conciencia receptora para alojar la conciencia de dominio y que impone la opción de una conciencia a otra.

La concepción bancaria de la educación es un instrumento de opresión, en el cual la contradicción es mantenida y estimulada ya que no existe liberación superadora posible, pues los que poseen el conocimiento se lo dan a aquellos que no los poseen. La ignorancia es absolutizada como consecuencia de la ideología de la opresión, por lo cual es el otro el que siempre posee la ignorancia. (Freire, 1970).

¿Cómo es que el alumno de medicina se apropia de conocimientos, actitudes, formas de ser y valorar, etc., al estar inmerso en el campo médico?, a este respecto, es que la teoría instruccional ecléctica (teoría del aprendizaje observacional o modelado) de Albert Bandura podría darnos cuenta de esto. Esta teoría fue desarrollada a finales de la década de los 60’s, tomando como apoyo teorías conductistas y cognitivistas. El aprendizaje observacional se trata de una situación social, es decir, de los efectos que la conducta de un modelo tiene sobre la conducta de un observador. Se fundamenta en la idea de que el hombre tiene

una tendencia innata a imitar y opera principalmente a través de su función informativa.

Según Bandura existen sistemas o subprocesos que son necesarios para que se dé la imitación: procesos atencionales y retencionales. Habla además de dos sistemas mediacionales: uno imaginativo, los alumnos retienen en su memoria las imágenes y códigos verbales, producto de la transformación de la conducta del modelo observado, además de otros estímulos externos; y otro verbal, la conducta original se reproduce, guiada por la combinación que se realiza entre las imágenes y los códigos retenidos en la memoria y algunos indicios ambientales (Bandura citado en Woolfolk A., 2010).

Enfatiza el papel preponderante de la sustitución, el simbolismo y la autorregulación del funcionamiento fisiológico del alumno. Para que el alumno sea capaz de una imitación y reproducción, es necesario que considere la conducta del modelo, realice una codificación adecuada de las imágenes. Lo retenga en la memoria y tenga la capacidad motora indispensable para realizar las acciones (Woolfork, 2010).

De manera que el alumno puede cambiar patrones de comportamiento, a través de la simple observación, que inclusive puede ser un condicionador de las respuestas emocionales del educando. Propone a su vez, tres efectos del aprendizaje observacional: adquisición o modelado de conductas, inhibición o desinhibición y facilitación. Lo característico del aprendizaje observacional, es que el observador, para aprender, no tiene que realizar ninguna respuesta.

Esta postura teórica del aprendizaje observacional permite analizar, bajo esta perspectiva, la adquisición de los saberes deontológicos, axiológicos y teleológicos de la medicina, los cuales, no forman parte fundamental del plan de estudios, que son aprendidos y son inherentes a la inmersión del alumno al campo de la salud,

inicialmente en las aulas y luego en hospitales y clínicas de salud; y a la convivencia con los profesionales que fungen como tutores.

Dicho lo anterior, es posible encontrar una franca relación entre los modelos de escuela, los modelos de dominio médicos, la concepción bancaria de la educación y el modelo de aprendizaje, son tendientes a la dominación y reproducción de patrones de conducta en el ámbito de la medicina, han condicionado una desvinculación de los saberes formativos, el cuidado de sí y de los otros (saberes humanos), exacerbados en el entorno actual: condición posmoderna.

METODOLOGÍA

Este apartado está destinado a la descripción de la postura general desde la cual se realizó esta investigación, a través de la cual fue posible dar sentido al método, técnicas y procedimiento de recogida de datos, análisis y su interpretación.

Para indagar elementos por medio de los cuales se conforma el “ser y deber ser médico” dentro de las aulas, y cómo se apropia el estudiante de patrones de dominio, cómo se gesta la tendencia al desapego del método clínico y a la interacción de manera personal con el paciente. Se consideró apropiado utilizar una metodología que posibilite tanto la comprensión-interpretación el análisis de datos. La explicación causal y la comprensión estructural son los focos de interés de los enfoques cuantitativo y cualitativo respectivamente, los cuales pueden ser vistos como ontológicamente imposibles de unir o como dos aspectos que pueden ser capaces de dialogar teniendo presente sus diferencias. La dicotomía radical de ambos enfoques, en cuanto a la pretensión de ser excluyentes por naturaleza, se puede evitar reconociendo sus respectivas limitaciones y abriendo la posibilidad a una complementariedad por deficiencia (Delgado, y cols; citado en Aravena y Micheli, 2006).

En suma, esta investigación se apoya de la combinación del método hermenéutico junto al análisis de índole cuantitativo haciendo uso de la estadística descriptiva y el análisis de varianza para datos no paramétricos. Finalmente se tomó una perspectiva didáctica, pues dentro de las aulas es donde se comienzan a consolidar formas duraderas de ser y valorar que orientan las acciones médicas. Y que están implícitas, en el modelo de la didáctica clásica (escuela tradicional), donde el docente es un modelo valoral para el estudiante, esto en palabras de Díaz Barriga (2006).

MÉTODO HERMENÉUTICO

El método hermenéutico tiene como misión descubrir los significados de las cosas interpretar las palabras, escritos, textos, gestos y el comportamiento humano, pero conservando su singularidad; es la ciencia de la correcta interpretación y comprensión (Martínez, 2005). Con base en esto, se pretende indagar: cómo se lleva el proceso de enseñanza médico áulico, en busca la apropiación del *habitus* médico, el ingreso y las formas de permanencia en el campo, aunada a los métodos didácticos y de dominio que dan estructura a este proceso, que les permiten acercarse a la práctica y que, finalmente permiten distinguir al médico y a los estudiantes de medicina.

Según Kockelmans (citado en Martínez, 2013) es un modelo interpretativo que sigue el curso natural del modo humano de comprender, el proceso en que las personas normales buscan el sentido de los fenómenos del mundo que los rodea; considera que la comprensión es la fusión de dos perspectivas: la del fenómeno como tal y la del intérprete. Busca una interpretación que sea “intersubjetivamente válida para las personas que comparten el mismo mundo en un momento de la historia” (Martínez, 2013).

Paul Ricoeur (1969, 1971), es uno de los escritores contemporáneos más importantes que han propuesto el uso del método hermenéutico como el método más apropiado para las ciencias humanas. Plantea que la investigación de la acción humana no puede proceder como si el autor fuera consciente de lo que ella significa, pues los procesos conscientes a veces, encubren o disfrazan las razones

que tiene una persona para actuar de una determinada manera. De tal manera, establece que la técnica de recogida de información a implementar, debe basarse en la introspección y ser complementada con una adecuada interpretación separada de la intención del autor (Martínez, 2013).

El contexto social es de suma importancia, debido a que la investigación deberá ser estructural, de tal manera que permita ubicar en los eventos particulares, para tratar de comprender el entorno, dándole un peso justo a la influencia que este tiene sobre la acción humana.

Para que la acción humana se convierta en un objeto de la ciencia debe ser “objetificada” sin perder su carácter y riqueza de significación. Esto ocurre cuando la palabra se expresa en forma escrita, las acciones, a decir de Ricoeur (1969) dejan su huella a través del tiempo, cuando contribuye o da origen a realizaciones o estructuras que más tarde constituyen documentos “históricos” sobre la acción humana (Martínez, 2013).

Para contribuir a “objetivar” la acción humana, en esta investigación, se hizo uso del cuestionario semiestructurado, en particular las preguntas abiertas, aplicado a los estudiantes de medicina (primero, tercero y quinto año) y entrevista grupal a médicos egresados estudiantes de la maestría e investigación médica del segundo semestre. Mediante estos instrumentos de recogida de información se buscó que los participantes realizaran un proceso de introspección, que les permitió brindar su opinión sobre algunos aspectos del fenómeno educativo y del entorno médico bajo el cual este proceso se lleva a cabo.

Con la aplicación del cuestionario y la entrevista grupal se recabó información sobre las causas, motivaciones, aspiraciones acerca de la toma de decisión de estudiar medicina, su punto de vista sobre el significado del “ser médico” y la forma de aprender a serlo. Además se les cuestionó sobre las características particulares de la profesión, las materias en el curriculum que son de utilidad para la formación del galeno. Y finalmente, como se desenvuelve la relación médico-paciente (al observar a sus profesores, como usuarios y/o partícipes de la

atención en salud), si perciben algún tipo de fragmentación o ruptura en la relación entre médicos-pacientes, así como las posibles causas.

ENFOQUE CUANTITATIVO: DESCRIPTIVO Y CORRELACIONAL

Es una de las líneas de investigación de utilidad en educación cuyos presupuestos parten de la filosofía empirista y positivista de la ciencia. Bajo esta línea, se destaca el valor de estudiar fenómenos naturales y observables con datos empíricos, objetivos y cuantitativos. Estos datos se recogen a través de procedimientos de medición muy elaborados, estructurados y con diseños de investigación controlados. Adicionalmente permiten, generalizar las conclusiones obtenidas a toda una población con un cierto margen de error (Martínez, 2007).

Se basa en la medición, para lo cual se utilizan procedimientos cuantitativos, numéricos y estadísticos. En esta línea de investigación se suele utilizar el método hipotético-deductivo, que parte de la formulación de hipótesis sobre el comportamiento de la realidad estudiada, las cuales se someten posteriormente a contrastación (Martínez, 2007).

Suele desarrollarse desde tres aproximaciones metodológicas que permiten acercarnos al análisis y diagnóstico de una situación educativa: diseños descriptivos, correlacional y diseño experimental.

La investigación cuantitativa se cree que, de manera implícita conlleva el uso riguroso y juicioso de los métodos estadísticos y matemáticos para obtener una clara distinción entre hechos y valores objetivos, que permitan generalizar y abstraer, a través de la medición. Desde el ámbito de las ciencias físicas, la definición clásica de medición es la actividad de “*asignar números a objetos y eventos de acuerdo con reglas*”, sin embargo, es inapropiada para las ciencias sociales debido a que muchos de los fenómenos a medir son demasiado abstractos.

A este respecto, en palabras de Ibáñez (1985) “hay matemáticas sin número... además que los números están supeditados a las palabras, pues el lenguaje matemático es parte del lenguaje común” (Ibáñez, 1985:144). A estas palabras añade:

...“Si bien lo cuantitativo generalmente se asocia directamente a la noción de número, y éste a su vez al campo de las matemáticas y la estadística, el término no se agota en ello. No es menos cierto señalar que el número no es el centro de las matemáticas, sino más bien un signo dentro del lenguaje matemático que tiene como eje central el orden” (Ibáñez, 1985:144)

Para fines de esta investigación, se definió medición según el planteamiento hecho por Hernández Sampieri (2001) como “*el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, proceso que se realiza mediante un plan explícito y organizado*”. Para realizar este proceso de medición, es necesario que el investigador determine el objeto de estudio, y dentro de éste los observables que ha definido y determinado registrar. Esos observables deben ser construidos con base en su exploración del campo y su problemática de estudio

En la búsqueda de “orden”, el investigador obtiene del entorno el objeto de estudio, se esfuerza por usar un acercamiento consistentemente racional, verbal y lógico a su objeto de estudio, manteniéndose como observador externo, en búsqueda de una postura neutral, haciendo una distinción entre razón y sentimiento (Ruíz Olabuénaga, 1999).

La metodología cuantitativa en esta investigación, se planteó a través de un diseño descriptivo en busca de tendencias. Para lograr este propósito fue utilizado el cuestionario semiestructurado, valorado mediante preguntas haciendo uso de escala tipo Likert. Con este se buscó obtener las opiniones de los estudiantes de medicina de primero, tercero y quinto año sobre los métodos y modelos de enseñanza médicos, la dinámica dentro de las aulas de clase y las forma de abordaje del objeto de estudio médico. Para tal efecto, los datos fueron tratados como ordinales, con la finalidad de calcular medidas de tendencia central.

Los métodos no paramétricos, pueden aplicarse a una amplia variedad de situaciones, no requieren de poblaciones distribuidas normalmente, implican cálculos más sencillos y, por lo tanto, son más fáciles de comprender y aplicar. Sin embargo, los métodos no paramétricos tienden a desperdiciar información porque los datos numéricos exactos suelen reducirse a una forma cualitativa, simplemente como signos negativos; no son tan eficientes de manera que con una prueba no paramétrica generalmente se necesita evidencia más fuerte, como una muestra más grande o diferencias mayores (Triola, 2009).

TRIANGULACIÓN

Con los resultados obtenidos, se realizó un proceso de triangulación, en el cual se buscó la combinación de los datos, para obtener una mirada más fiable de los procesos educativos médico. Mediante la triangulación de los datos obtenidos con encuesta semiestructurada entre los tres distintos grupos de análisis y la triangulación metodológica entre el método cuantitativo (preguntas con uso de escala tipo Likert de cuestionario semiestructurado) y cualitativo (preguntas abiertas de cuestionario semiestructurado y entrevista grupal).

El término triangulación consiste en determinar ciertas intersecciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes informativas o varios puntos de vista del mismo fenómeno. De una manera particular, se pueden combinar, en diferentes formas, técnicas y procedimientos cualitativos y cuantitativos.

Las distintas técnicas de triangulación brindan la posibilidad de encontrar puntos teórico-conceptuales comunes, desde diferentes puntos de vista sobre el mismo fenómeno. Esta herramienta permite hacer dialogar ambos enfoques con el objetivo de lograr resultados más completos en la comprensión del fenómeno (Aravena, 2006, Okuda y Gómez, 2005). Es una alternativa para aumentar la fortaleza y calidad del estudio (Okuda y Gómez, 2005), a través de profundizar en las debilidades y fortalezas de ambos métodos, da la oportunidad al investigador de mezclar estrategias, enfoques o métodos.

Este tipo de complementariedad tiende a centrarse generalmente en una representación de carácter metodológico. Es necesario reconocer los límites epistemológicos de lo cualitativo y cuantitativo, de esta forma adecuar la pertinencia epistemológica y, posteriormente, los instrumentos de recolección de información al fenómeno que se pretende construir mediante la investigación (Aravena y Micheli, 2006). Por ejemplo, la característica principal de la investigación cuantitativa tradicional se centra en la deducción, la confirmación, cuestionamiento de hipótesis/teoría, explicación, predicción, estandarización de los datos y análisis estadístico. Por otra parte, la investigación cualitativa se caracteriza por: la inducción, el descubrimiento, explicación, generación de teorías/hipótesis, el investigador como fuente primaria para la recogida de datos y el análisis cualitativo (Burke, 2009)

Para fines de esta investigación se realizó una triangulación de datos y metodológica:

- Triangulación de métodos y técnicas: consiste en el uso de múltiples métodos o técnicas para estudiar un problema determinado. El arte de este tipo de triangulación consiste en dilucidar las diferentes partes complementarias de la totalidad del fenómeno y analizar porque los distintos métodos arrojan diferentes resultados. Para lo cual, se combinaron los resultados obtenidos mediante análisis cuantitativo (escala Likert) y cualitativo (preguntas abiertas y entrevista grupal), y de esta manera establecer un panorama global del fenómeno de estudio.
- Triangulación de datos: en la cual se utiliza una variedad de datos para realizar el estudio, provenientes de diferentes fuentes de información; consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos. En este caso se realizó una comparación entre los datos obtenidos en las preguntas abiertas del cuestionario, aplicado a los alumnos de primero, tercero y quinto año de la facultad de medicina, en

busca de cambios en las opiniones, motivaciones y de cómo adquiere el *habitus* médico por su paso en las aulas de la facultad.

PROCEDIMIENTOS

DELIMITACIÓN DE UNIVERSO O MUESTRA

Para la aplicación de cuestionario semiestructurado se seleccionó la muestra mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. De tal manera, que la unidad de análisis fue constituida por la totalidad de estudiantes de medicina de la FM UAQ del primero, tercero y quinto año, con lo se buscó la mayor representatividad posible (Ander- Egg, 1995:170). Los grados seleccionados para aplicar el instrumento, fueron seleccionados por los autores con la finalidad de establecer un corte de manera transversal que incluya alumnos que, recientemente, comenzaron a estudiar medicina (primer año que incluye a primer y segundo semestre), quienes están en la parte intermedia (tercer año corresponde a quinto y sexto semestre) y quienes están en la recta final de su formación médica en la facultad de medicina (incluidos noveno y décimo semestre).

En la búsqueda de mayor profundidad en el análisis del acto educativo en las aulas, se buscó la participación de médicos egresados de diversas facultades de medicina quienes cursaban el segundo semestre en la maestría en investigación médica. Se pretendió que, a partir de su experiencia personal, brindaran un análisis retrospectivo del proceso educativo. Los participantes fueron seleccionados en busca de homogeneidad, en cuanto a formación base y nivel educativo, para poder identificar los rasgos de convergencia y divergencia en relación a su proceso de formación en el campo de la salud. Otro rasgo que se tomó en consideración fue el número de participantes, se decidió el tamaño según el tipo de información requerida, las características de los participantes y la disposición para participar en la investigación, se buscó un grupos de reducidos de 4-6 participantes, para poder manejar mejor la información proporcionada y evitar la superficialidad.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Cuestionario

Permiten recoger información de individuos de diferentes formas y hacer estimaciones de las conclusiones a la población de referencia, acumular información por medio de una serie de preguntas sobre un tema determinado para, finalmente, dar puntuaciones globales sobre éste. De tal manera que, podemos afirmar que es un instrumento de investigación que se utiliza para recabar, cuantificar, universalizar y finalmente, comparar la información recolectada.

El cuestionario consiste en un conjunto de preguntas, normalmente de varios tipos, preparado sistemática y cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación. Es un instrumento muy útil para la recogida de datos, especialmente de aquellos de difícil acceso por la distancia o dispersión de los sujetos o la dificultad para reunirlos. Permite, además, en paralelismo con la entrevista, identificar y sugerir hipótesis y validar otros métodos (García, 2003).

Los estudios que hacen uso del cuestionario son muy utilizados en el ámbito educativo por su aparente facilidad para la obtención de datos y son útiles para la descripción y la predicción de un fenómeno (Bizquerra, 2004:233). Con base en esta técnica de recogida de datos, la selección y validación de las variables es un punto fundamental para el éxito, debido a que ellas determinan los valores que son objeto de estudio (Casas, et. al., 2003:526).

Las variables son definidas en función de la hipótesis de investigación y constituyen los puntos básicos de información para elaborar una guía del cuestionario. Por tanto, el objetivo del cuestionario es traducir las variables de la investigación en preguntas concretas que proporcionen información viable o susceptible de ser analizadas de manera cuantitativa y/o cualitativa (Bizquerra, 2003).

Los datos que se pueden obtener con un cuestionario pertenecen a las siguientes categorías:

- Hechos: relativos al dominio personal de los individuos que forman el grupo social estudiado, del ambiente que le rodea, de su comportamiento (reconocido o aparente).
- Opiniones
- Actitudes, motivaciones y sentimientos: todo lo que empuja a la acción, al comportamiento
- Cogniciones, en busca de índices de nivel de conocimiento (García Muñoz, 2003).

Esta técnica, para fines de esta investigación, pretendió la búsqueda de tendencias en relación a los métodos de enseñanza y los modelos de dominio que caracterizan el proceso de formación médica en la FM UAQ, según la mirada de los alumnos. Para dicho fin, fue elaborado un cuestionario semi-estructurado, que incluyó reactivos abiertos y con opciones tipo Likert (Ver anexos, instrumento 1).

La sección correspondiente a las preguntas abiertas constó de cinco preguntas; debido a que tienen la ventaja de que permiten que obtener mayor riqueza de información, fueron interrogados aspectos relacionados a motivos u opiniones personales sobre: el ser médico, cómo se aprende a ser médico, las condiciones o circunstancias que les motivaron a estudiar medicina y si ellos identifican algunas algún tipo de quiebre en el binomio médico-paciente.

La escala tipo Likert, corresponde a las escalas de tipo aditivo, de un nivel de medición ordinal, consiste en una serie de ítems o juicios que representan la propiedad que el investigador está interesado en medir. Este tipo de escalas es útil para medir: actitudes como “predisposición aprendida para responder conscientemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o un símbolo”. (Méndez y Peña, 2006).

Las actitudes al ser evaluadas con escalas tipo Likert permiten identificar ciertas características (Méndez y Peña, 2006):

1. Dirección: favorable, desfavorable o neutral.
2. Intensidad: en relación al grado de convicción por parte del sujeto.
3. Estabilidad: indica la variabilidad en un periodo
4. Fortaleza: capacidad de transformación mediante la persuasión o propaganda.

La elaboración de la batería de preguntas implementada en esta investigación, fue realizada por los investigadores, tomando como base conceptos teóricos con relación a proceso de enseñanza médicos (Ver Anexos, Cuadro 1). Hizo posible evaluar las opiniones de los estudiantes en relación a los métodos y modelos de enseñanza, la dinámica áulica y cómo perciben que se les está enseñando a tratar a los pacientes

Cabe destacar, que previo a la aplicación final, el instrumento fue sometido a un riguroso proceso de análisis, tras realizarse dos pilotajes previos, los cuales permitieron realizar las modificaciones pertinentes para garantizar la veracidad del mismo.

Entrevista grupal focalizada

Es una conversación que tiene unos objetivos y se desarrolla en una situación social de interrogación, de forma que implica un profesional y, al menos, una persona (Elejabarrieta, 1995). Permite obtener datos relevantes y significativos desde el punto de vista de cada uno de los individuos del grupo a entrevistar (no se busca un consenso).

Se seleccionó la entrevista focalizada pues se busca estudiar una situación-problema, además de que se busca captar el “sabor” de las respuestas; reacciones, ademanes, gestos, movimientos, tono de voz, énfasis, etc. (Ander-Egg, 1995: 228, 237). El estilo abierto de esta técnica permite la obtención de una

gran riqueza informativa en las palabras y enfoques de los participantes, proporciona al investigador la oportunidad de clarificación y seguimiento de preguntas y respuestas, en un marco de interacción más directo, personalizado, flexible y espontáneo.

Este fenómeno de interacción grupal, posee amplias posibilidades de exploración y generación de material cualitativo, debido a que la situación de grupo hace que las respuestas o interacciones surjan como reacción a las respuestas o intervenciones de otras personas presentes en la reunión. Se trata del “efecto de sinergia”, provocado por el propio escenario grupal y que resulta en la producción de información que pudiera no producirse en las entrevistas individuales.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Previo a la aplicación formal de los instrumento se pidió autorización por escrito a las autoridades de la Facultad de Medicina (FM) de la UAQ, quienes apoyaron en la coordinación logística para la aplicación. El periodo de recolección de los datos fue en los meses de marzo y abril de 2015.

Cuestionario

Adicional a la autorización por parte de los directivos de la FM, se solicitó permiso de forma verbal a los profesores de cada uno de los grupos (asignados previamente por las autoridades correspondientes), para aplicar el cuestionario durante los horarios de clase, de esta manera se buscó captar al mayor número de alumnos que se encontraran en las aulas en ese momento.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en los horarios de 7-9 am en un misma semana, sin embargo, no fue posible aplicar el instrumento a uno de los grupos del primer año debido a la negativa de dos titulares de diferentes materias, quienes solicitaban aprobar previamente el instrumento para, posteriormente, agendar una cita para la recogida de datos, mediante confirmación vía correo electrónica de su respuesta; sin embargo, esta no fue recibida por el investigador.

Se hizo un segundo intento de recabar los datos, dentro del horario de clase de otro de los profesores, pero comentó le era imposible brindar un espacio del tiempo de clase, debido a que se encontraban retrasados en la temática a revisar.

Los datos recabados de corte cuantitativo fueron vaciados a una base de datos creada para tal efecto. El análisis de los resultados, en el caso de los datos sociodemográficos (edad, sexo, grado de escolaridad), se utilizaron medidas de tendencia central (frecuencia, porcentaje, media y mediana) utilizando el paquete SPSS versión 22®.

En las preguntas en las que se utilizó escala tipo Likert, las respuestas generadas por dicho formato fueron agrupadas para conformar categorías de análisis en relación a los métodos didácticos, las forma en la que se aborda el objeto de estudio (Ver anexos, cuadro 2), por lo que se obtuvo media y moda, se extrajo el valor sigma para establecer los porcentajes regulares en los que los individuos marcaron las opciones (Ander-Egg, 2005, pág. 260) con el apoyo del paquete estadístico SPSS versión 22®.

Las respuestas obtenidas de las preguntas abiertas, fueron transcritas textualmente, lo cual constituyó la fuente de información empírica. Posteriormente, utilizando el paquete estadístico Atlas ti 6.2® y técnicas de análisis tradicional de los datos, se extrajo de manera inductiva códigos, partiendo de las notas textuales realizadas por los informantes. Con estos fue posible construir rasgos de análisis (códigos y subcódigos), mediante los cuales se identificaron categorías centrales.

Cabe destacar que el análisis fue realizado de manera independiente para cada grupo de estudio (primero, tercero y quinto año). Posteriormente se realizaron una comparaciones entre cada uno de ellos, en búsqueda de similitudes, divergencias y sobre todo cambios respecto a la concepción de las diferentes categorías en relación al tiempo. Para poder integrar un panorama global de lo ocurrido, a partir de estos datos se integraron redes de relaciones simples y complejas, que permitieron facilitar la interpretación de la información.

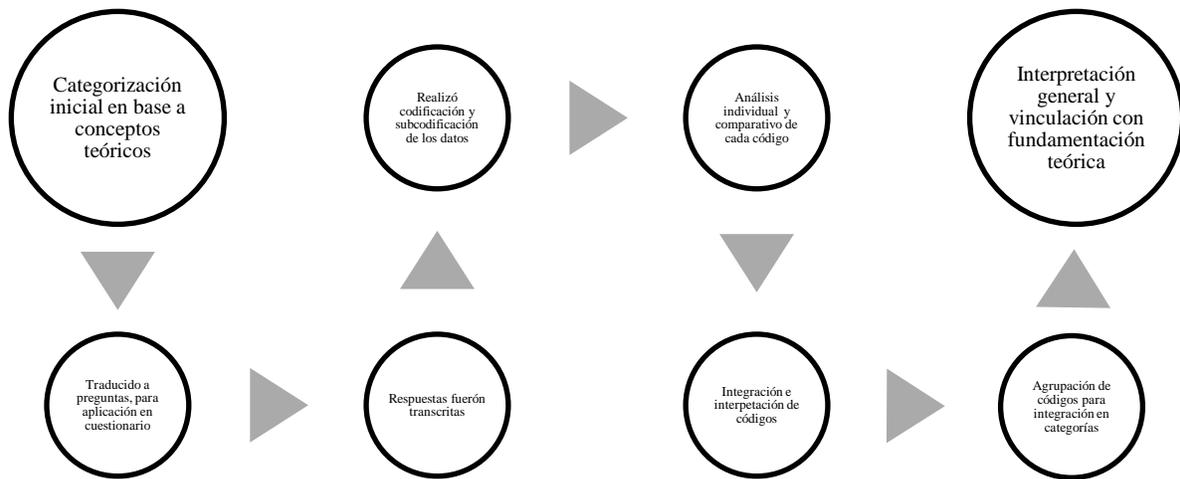
Entrevista grupal

Los sujetos de estudio, en este caso, fueron elegidos a conveniencia, en busca de homogeneidad entre los participantes y accesibilidad para brindar la entrevista. Se pidió su participación y autorización a los médicos egresados que ejercen la medicina general o que cuentan con algún tipo de especialización y que están cursándola maestría en investigación médica.

Posteriormente, se agendo una cita de manera verbal y recordatorio vía e-mail de la fecha y hora. Pese a que se solicitó el apoyo de 6 participantes, acudieron 3 a la entrevista, por lo cual se decidió realizar con ellos, se pidió su autorización de manera verbal para realizar la entrevista (fue documentada mediante grabación de sonido), fue utilizada una guía de entrevista previamente elaborada (Ver anexos, instrumento 2), la cual fungió como referente para el desarrollo de la conversación.

Esta técnica de recogida de información tuvo un tiempo total de duración de 57:01 min, en la cual se logró ahondar sobre todos los puntos expuestos en la guía de entrevista.

La información obtenida, a continuación fue transcrita de manera textual y analizada de forma inductiva usando la técnica tradicional de análisis de resultados y el paquete Atlas ti 6.2®. Lo cual permitió identificar códigos previamente establecidos y el surgimiento de nuevos códigos arrojados de la información dada por los participantes, para integrar rasgos de análisis e identificar categorías centrales.



Elaboración propia. (2015)

SISTEMATIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados que se muestran a continuación, para su mayor comprensión están organizados en dos partes:

- La primera de estas, pretendió describir los hallazgos recuperados de las preguntas de corte cualitativo del cuestionario semiestructurado, el orden de los códigos obtenidos se estructuró según el nivel de saturación. Continuando con los resultados de las tendencias de opinión en relación a los métodos de enseñanza utilizados en el proceso de formación del estudiante de medicina, manejados bajo una mirada empírico-analítica y cuyos resultados se obtuvieron a través de preguntas tipo Likert del mismo cuestionario aplicado a los estudiantes de medicina. Finalmente, dentro de este mismo apartado, se muestran los resultados obtenidos en la entrevista grupal a los médicos egresados, en los cuales se

trató de discernir bajo un análisis grupal retrospectivo de los médicos egresados como se desarrolla el proceso de enseñanza en las aulas de las facultades de medicina.

- En la segunda parte del apartado de resultados, se hizo un esfuerzo de integración-teorización, con el propósito de unir las vías de recuperación de datos y la información aportada por los grupos de análisis (estudiantes en formación y médicos egresados), para ser confrontados estos datos con los referentes teóricos que les dan sustento a esta investigación.

Adicionalmente entre paréntesis, cuando se hace referencia textual a algún comentario realizado por los participantes, se establece la referencia mediante la cual se puede tener acceso en los documentos que forman parte de la fuente empírica de la cual se abstraigo la información.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se aplicaron un total de 246 cuestionarios, 82 correspondieron año primer, 81 al tercer año y 83 al quinto año, las edades promedio de los encuestados fueron de 19.27 ± 1.25 , 21.42 ± 2.9 y 22.77 ± 0.85 . En el primer año, existió un predominio de hombres con un 54.9%, en tercero y quinto año de mujeres con 51.9% y 65.1%, respectivamente (Ver tabla 1).

Tabla 1. Resultados sociodemográficos

Pregunta	Primer año N DE /(%)	Tercer año N DE/(%)	Quinto año N DE/(%)
Edad en años	19.27±1.25	21.42 ±2.9	22.77 ±0.85
Sexo			
Hombre	45 (54.9)	39 (48.1)	29 (34.9)
Mujer	37 (45.1)	42 (51.9)	54 (65.1)
Total	82 (100)	81 (100)	83 (100)

Elaboración propia (2015)

Fueron entrevistados tres médicos egresados, dos de género masculino y uno femenino, con un promedio de edad de 41.2 años.

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Características de la profesión:

Con este término nos referimos a las cualidades que los participantes mencionaron que distinguen y definen a un profesionista o a una profesión que pueden ser relevantes o distintivas de los médicos.

Los alumnos de primer año, consideraron como una característica primordial del médico el que sea un profesional, competente, que cuente con el título universitario que lo respalde y que se mantenga día a día actualizado.

El trato humano y directo entre el galeno y los pacientes en comparación con otras profesiones, es algo que distingue a la medicina ya que produce que la relación interpersonal sea “*distinta*”, pues tiene su base en la confianza mutua, los valores y la ética del profesional de la salud. Además que es útil socialmente debido a que busca mejorar la calidad de vida de la población y prioriza el bienestar del paciente antes que el suyo, por tanto no es sólo un servidor público.

Una persona especializada en el ámbito de salud con conocimientos anatómicos, filosóficos, patológicos y farmacológicos, los cuales emplea para buscar ayuda a su paciente en su recuperación o prevención de su salud (99:99).

Comentaron que el papel del conocimiento es vital para el desempeño de las funciones de prevención o cuidado de la salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de enfermedades. Añadieron que no basta con que el médico posea los saberes y los aplique, es necesario que cuente con la capacidad de poderlos transmitir a sus pacientes y colegas.

Plantearon a las ciencias dedicadas al cuidado de la salud, como una disciplina con un extenso campo de acción laboral “*púes siempre habrá enfermos*”, la posibilidad del autoempleo, además del acceso a otras áreas como a

investigación y la docencia. Destacaron características físicas distintivas, como la vestimenta *“es vestirse como médico, es decir elegante y limpios (176:176)”*.

Por otra parte, destacan que los galenos:

Se olvidan de que el médico sigue siendo una persona igual que cualquier paciente y en cualquier momento pueden estar en el mismo lugar; yo creo que es muy importante, sensibilizarse y mostrar una actitud humana ante el paciente sobre todo por el estado de vulnerabilidad en el que se encuentra (352:352).

A este respecto, los alumnos piensan que el médico tiende a ver al paciente como una enfermedad: *“he escuchado que los médicos a veces dejan de ver al paciente como una persona con sentimientos y ven “el megacolon congénito” “la apendicitis”, etc. (353:353)”*.

Ante esta situación, consideran no se respetan la relación médico paciente y solo se busca el tratamiento, o por otra parte, se buscan beneficios económicos al moverse por *“ambición”, por “egocentrismo”* lo cual bloquea las muestras de afecto y las capacidad de ver cualidades humanas. Sin embargo, toman en cuenta otro punto de vista para justificar ciertas conductas denominadas *“frías”*, como el hecho de que para poder pensar y actuar, adecuadamente, es necesario no involucrar sentimientos, pero contra argumentan en este sentido, enfatizando que *“no se debe olvidar que están tratando con personas y que merecen un trato digno”*.

Los alumnos de tercer año, por su parte denotan las características propias de la carrera como completa y compleja, la importancia de conocer los procesos normales y anormales, así como la respuesta del organismo ante las enfermedades y lo asombroso que les parece esto.

Me llamaba mucho la atención el trabajo que realizan los doctores en los hospitales, sobre todo las maniobras que realizan en la exploración física o en la toma o estudios de gabinete, así como saber interpretarlos y a partir de unos cuantos elementos llegar al diagnóstico (P:3 47:47).

Para ellos es importante también, desempeñarse como investigadores y docentes dentro de las características complementarias a la práctica clínica y como una vía para el acceso a este campo. Se comienza a vislumbrar mayor complejidad en la descripción de la profesión, hacen énfasis en la forma en que se obtienen datos de la historia clínica, la exploración física y como son complementados con estudios de gabinete o laboratorio para, finalmente, llegar a un diagnóstico. Denota como comienzan a apropiarse de algunos términos médicos por ejemplo, se refieren al paciente no solo como ser humano, si no como ser bio-psico-social, se refieren al médico como ser integral y multidisciplinarios, se comienza a referir a la medicina como un arte, plantean la posibilidad de la bioética como disciplina que guía el desempeño profesional y la necesidad de un perfil académico adecuado.

Comentan que la medicina no es rutinaria y se tiene un constante aprendizaje, debido a que se tiene que estar estudiando, el médico es un servidor de salud, que debe desempeñarse profesionalmente, cuida, vigila y protege la salud de sus pacientes, escucha y siente empatía, tiene la capacidad de conocerlos:

Es ser humano: cuerpo, mente y alma. Cuerpo es el medio que utilizamos para estudiar, ayudar en el hospital, trabajar y cumplir con nuestras responsabilidades; mente es donde procesamos todos los conocimientos que hemos adquirido y que debemos estar alimentados continuamente para ofrecer ayuda y servicio a otro y alma es lo que necesitamos para entregarnos a nuestro trabajo y respetar cada elemento de este (P3 131:131).

En relación a como se lleva a cabo la práctica profesional, se plantea la necesidad de que sea con base en evidencias clínicas bien fundamentadas con el uso del método científico.

No profundizaron en características distintivas del médico, enfocándose en describir cómo es el desempeño profesional. Piensan que los médicos, cuando están titulados, al poner en práctica la medicina o ante más rango jerárquico o especialización, se olvidan de cómo se debe tratar al paciente y se vuelven “fríos”, además de que se enfocan a los aspectos económicos.

Cada vez pierde esa visión más y más y olvida pequeños detalles que podrían ser inclusive ayuda para generar un diagnóstico como el simple estrechar de manos, muchos médicos no les importa y solo recetan sin querer averiguar un origen o causa la medicina cada vez se ve más como fin de lucro e igual el paciente ve al médico como un prestador de servicios (P2 367:367).

Aunado a esto plantearon que, actualmente, la medicina se caracteriza por un desprestigio de los servicios de salud, debido entre algunos factores a la falta de un seguimiento médico-paciente adecuado y al poco tacto del médico hacia el paciente. Por otro lado, perciben que

El ámbito en que se desenvuelve el médico además de apasionante, es muy demandante y un poco cansado en ocasiones y por la vida tan apresurada y la carga de trabajo no se logra brindar la atención que todo paciente se merece (P3 389:389).

En el último año de la carrera, los alumnos caracterizan a la medicina como una disciplina rama de las ciencias biológicas, que es dinámica, completa, alejada de la monotonía, en la cual están en contacto con las personas, además, que se encuentra en constante evolución debido a las innovaciones científico-tecnológicas.

Discriminan dos esferas en el ámbito de la salud: científica y humanista. Toman en cuenta que la base del desempeño médico es el paciente, pues es en relación a este que es posible desempeñarse “*se ven enfermos no enfermedades*”.

Establecen una relación estrecha entre conocimiento y experiencia. Sin embargo, el conocimiento es considerado como la base para poder servir de ayuda a otras personas. Mientras que la experiencia día con día y el trato con los pacientes, junto al estudio y la renovación de conocimientos frecuentemente, son piezas fundamentales para un adecuado desempeño profesional, pero “*sin perder la humanidad (P2:56:56)*”.

Es para ellos, una profesión y una ciencia admirable por las implicaciones humanas que tiene, donde es posible desarrollar conocimiento que tienen como objetivo el bienestar de la sociedad:

Es un ser servidor más de la sociedad con el plus de responsabilidad que implica trabajar con seres humanos, es decir, un médico es un servidor social que no trabaja con “herramientas” inherentes por lo que tiene que formarse integralmente en el aspecto de lo humano, la ciencia, la sociedad y hacer lo posible por brindar su mejor servicio siempre (P 93:93).

El galeno busca cuidar y mitigar el dolor ajeno, se dedica a ver el aspecto biológico, psicológico y social, para atender todos estos rubros, siempre con base a conocimiento y manteniéndose como un ser humano humilde, tolerante y empático.

Algunos otros, por su parte, refirieron que es como cualquier otra profesión, es decir, ser una persona cuyo trabajo y persona está dedicado a un objetivo y cuya función preservar la salud y /o recuperar está en caso de que una persona la haya perdido.

Por primera vez, se vislumbra la interacción jerárquica como un factor existente en el campo médico, aunque no profundizan al respecto sólo se hace mención que existe en la actitud de los doctores, con los alumnos e inclusive con pacientes. Los alumnos refirieron que, con el paso del tiempo, comienza a mover en el desempeño profesional objetivos más personales, que sumado a jornadas de trabajo extenuantes y a la falta de compromiso, concluyen en que se termine viendo al paciente como un objeto o material de práctica, o debido a que durante el ejercicio de la medicina se vuelve habitual y monótono el trato con el paciente, dejando de lado un trato más humano. Sumado a que el médico egresado suele ser engreído, y el “ego médico” domina su comportamiento.

Los estudiantes de primer año enfocan en características propias del individuo médico, más que en la caracterización del profesional, atribuyendo características

positivas y negativas, muchas de ellas bajo fundamentos probablemente preconcebidos: “*me han platicado que*”, “*he escuchado*”, etc. Los alumnos de tercer y quinto año, no se enfocan a describir características individuales, si no características de la profesión en conjunto, como si la figura individual se desvaneciera para convertirse en un grupo o una profesión. Las características más recurrentes son las vinculadas al conocimiento teórico-práctico y a la necesidad de actitudes, principios y valores que permitan una interacción estrecha con las personas.

Fuente de aprendizaje

En este rubro se integran todas aquellas herramientas, personas o actividades que les permite adentrarse y apropiarse de conocimientos médicos, para de esta manera, formar parte del campo de la medicina.

Al cursar el primer año de medicina, los alumnos identifican como fuentes de aprendizaje de conocimientos médicos teóricos e instrumentales a profesores experimentados o que ejerzan de buena manera la profesión, los pacientes, los libros, de manera autodidacta. Para lo cual, es preciso realizar acciones como: compartir opiniones, estudiar, leer, practicar, escucha, observar, vivir, socializar y aplicar cada nuevo conocimiento.

Se valora profundamente la experiencia y la práctica con pacientes, como la forma en la que es posible estar inmerso profundamente en el campo médico:

... viviendo la vida conociendo la forma que actúan las personas, viviendo la enfermedad y con el enfermo (P2 196:196).

En base a las experiencias, a los errores también, aunque evitándolos en la mayor medida posible pues pueden resultar costosos y no hablándose de lo económico, sensibilizándose con las situaciones que se viven y poniéndonos en los zapatos de los pacientes (P2 191:191).

Agregan que es necesario aprender algunas virtudes, valores y conductas indispensables (humidad, respeto, paciencia, etc.), junto al desarrollo de la

sensibilidad y las estrategias que permitan aprender a ganar la confianza de los pacientes; desde su punto de vista los profesores debieran enseñarlos, aunque no exitosamente en algunos casos:

No solo es aprendiendo o tener conocimientos acerca de la medicina, si no formar experiencias de los docentes y también aprender buenos valores, que como médico debieran nuestro profesores poder transmitirnos. Sin embargo, a veces ese tipo de situaciones se quedan cortas (P2 176:176).

Otros alumnos consideran que el ser médico no se aprende, se aprenden los conocimientos, pero la actitud del médico de humildad y servicio se desarrolla a lo largo de la vida.

En el tercer año identifican al proceso de aprendizaje como un proceso dinámico, por tanto, no es posible aprender solo de libros, se aprende más estando en contacto con el paciente y el entorno médico (hospitales) revisando expedientes y consultando continuamente la literatura médica, observando a los doctores en cirugía y en consulta.

Se destacó la importancia del estudio de la teoría de manera continua, ante la necesidad de mantenerse actualizados, como la acción principal a realizar pero el estudio no debe ser memorístico, de manera conjunta es necesario escuchar, dialogar, tocar al paciente durante la práctica. Consideran que en la escuela solo saturan de información que probablemente no sea de utilidad.

Los consejos y la experiencia de profesores y las personales (sean buenas o malas), también son una fuente de aprendizaje, es al parecer a la que los alumnos de este grado le dan más importancia, pues refieren permite integrar conocimientos teórico-prácticos y el desarrollo de habilidades y cualidades morales que faciliten las relación con otros individuos.

Se aprende creando un hábito de estudio así como la adquisición de habilidades sociales para poder interactuar con los pacientes y poder,

obtener de ellos toda la información necesaria para dar un diagnóstico (P3 209:209).

Establecen dos condiciones para que se lleve a cabo el proceso de aprendizaje:

1. Capacidad individual, desarrollo personal, madurez.
2. Un ambiente formativo en la práctica médica, desarrollo del razonamiento clínico, experiencia (P3 218:220).

Lo antes planteado fueron los hallazgos más comunes, pero existen algunos alumnos que comentan que la medicina se aprende de manera individual, con las experiencias personal, pues nadie se involucra en el proceso de enseñanza debido a que el médico es egocéntrico (P3 234:234).

En la recta final de la formación médica, al cursar el último año dentro de las aulas, los alumnos identifican al paciente y el trato que se tiene con ellos, el estudio de los avances científicos novedosos, la medicina basada en evidencia, los libros de medicina para adquirir saberes teóricos, aunado a la necesidad de la práctica diaria para reforzar los conocimientos obtenidos mediante la lectura, pero siempre y cuando sea una práctica médica supervisada.

Relacionando el ejercicio clínico con los avances bibliográficos, entendiendo el funcionamiento normal del ser humano para poder identificar, lo normal de lo anormal y tratar integralmente (P1 257:257).

El ejemplo y consejo de los maestros y médicos es otro punto destacado, con una actitud de respeto y servicio, sin embargo, consideran que el tipo de médico que se será depende de la formación y los valores inculcados desde el hogar.

La experiencia y el conocimiento teórico son para los estudiantes el punto clave para aprender “*a ser y hacer medicina*”, sea experiencia a través del contacto con médicos y demás personal médico (enfermeras, nutriólogos), así como los pacientes, y las vivencias personales, inclusive los errores fungen como fuentes

de aprendizaje, junto al conocimiento formal obtenido por medio de libros, artículos u otras fuentes de acceso a información.

Destaca el papel del enfermo, los estudiantes consideran que el contacto con este permite aprender como fomentar la relación médico-paciente, y aprender a través de ellos las diferentes enfermedades. Comentan por otra parte que para que se pueda llevar a cabo el proceso de aprendizaje es necesario que el alumno tenga disposición y deseo de aprender.

Se estudian los temas de manera autónoma, luego se refuerzan los conocimientos en clase con los profesores y a partir de su experiencia para posteriormente aplicarlo en la clínica (P1 216:216).

Altruismo

Este concepto se refiere a la tendencia humana de servir constructivamente a los otros, para vivir una experiencia de empatía, que implica el sacrificio personal por el beneficio de otros.

Los alumnos del primer año, comentan que, al ingresar a medicina, algunos de los fines trascendentes son: ayudar a través de los conocimientos médicos a las personas a recobrar la salud, mejorar la calidad de vida en el sentido psicológico, físico y social. Con la finalidad de servir a los demás desde el área médica, intentando hacer un “*poquito*” mejor las cosas, cambiarlas y motivar a otros para que también lo hagan (P2 137:137) o contribuir de alguna forma a la humanidad.

Denotan la importancia de evitar el lucro durante la práctica y el trato digno de las personas, así como la importancia de evitar establecer una relación personal, pues pueda afectar el objetivo que es ayudar.

Llama la atención que pocos son los alumnos encuestados que usan el término paciente, más bien, lo denominan: personas, seres humanos o incluso sociedad o población.

Es ser una persona que está ahí para brindar un servicio de atención y orientación con las personas para mantener un estado de salud tanto psicológico como físico y social en el mejor nivel (P2 106: 106).

Los alumnos de quinto y sexto semestre refieren que en la medicina se busca brindar lo mejor del médico, su tiempo, atención, que lucha, se esfuerza, da su servicio, que se prepara en años de estudio, que supera la desesperación y las angustias (P3 110:110), para ayudar en el tratamiento de las enfermedades y la salud del ser humano, a través del uso de los conocimientos adquiridos, sin embargo, no sólo implica la preservación de la vida, si no mantener la calidad de esta, pues la enfermedad también afecta la vida emocional o social del paciente.

Siempre me han interesado las ciencias que están relacionadas con la naturaleza me gusta el arte y me es muy satisfactorio ayudar a quien lo necesite y creo que medicina engloba estas 3 características a la perfección (P3 46:46).

Se comienza a utilizar conceptos como la ética para la disciplina que rige la conducta y moral médica, así como la importancia de la relación médico-paciente como pieza fundamental del quehacer profesional:

También se trata de la interacción y una buena relación médico paciente, porque creen que en ocasiones las personas no están enfermas, sólo necesitan alguien que los escuche (P3: 120:120).

Tomar en cuenta que el paciente no solo es un cumulo de enfermedades si no un ser biopsicosocial que integralmente es único e individual (P3 134:134).

En el quinto año de medicina, por otra parte, se mantienen los fines altruistas, pero ahora descritos como la satisfacción, gratificación de ayudar a las personas en enfermedad, regresarle su estado de salud óptimo o para servir ante las necesidades de la comunidad, pero visto desde brindar su persona a la profesión: *“Realmente me motiva porque es una donación de mi vida hacia los demás y porque todo lo que realiza siempre lo dedica al servicio por amor a Dios (P1 50:50)”*.

Al referirse a la manera en que se busca dar esta ayuda, se comenta es mediante el conocimiento y manteniendo el sentido humano, este último es definido en términos generales como:

Es ver al paciente como un semejante y la oportunidad de seguir aprendiendo, no es un ser superior pero si alguien en quien la gente confía y por lo tanto su saber debe ser amplio y ético (P1 97:97).

Se busca mejorar el estado de salud del paciente, siempre y cuando se tenga consciencia de los límites que se tienen al tomar decisiones que sean las mejores para él paciente, siendo cuidadoso, paciente, saber escuchar y aconsejar sobre temas no solo de índole médica, sino también emocional familiar y social.

Es posible percibir una transformación de los fines altruistas, en el primer año al parecer la postura es un tanto idealista y en cierta medida desinteresada o fijada en anteponer el bienestar ajeno al propio; a lo largo del tercer y quinto año se mantienen algunos de estos rasgos, en el sentido en que el alumno visualiza que su desempeño implica sacrificio o brindar su persona a la profesión, pero se suman la búsqueda de intereses como satisfacción personal, agradecimiento o reconocimiento del labor.

Características personales y/o humanas

En este apartado se definen características personales o humanas como las cualidades necesarias, con las que debe contar el individuo de manera previa para desempeñarse como médico y con cuales de estas características individuales se fortalecen o debilitan a lo largo de la formación.

Al comienzo de la carrera, el médico que inicia su formación identifica al médico como una persona íntegra, servicial, con calidad humana, humilde, optimista, juicioso, perseverante, carismático, que está interesado en un beneficio mutuo (del profesional y del enfermo), comprometido con las causas sociales, con la sensibilidad para escuchar y atender problemas del alma y atender a las personas

que sufren (inclusive tiene que hacer el papel de psicólogo), pero sin perder su esencia personal (P2 147:147), todas estas cualidades son más “*remarcadas*” que en personas que no ejercen la medicina (P2 63:163).

Ser médico es ser una persona comprometida que trate bien a sus pacientes, procure y los ayude lo más que pueda, responsable y carismático, inteligente y con muchos conocimientos (P2 132:132).

... ser una persona, consiente de sí misma y de su entorno, tener interés en la ciencia y a través del estudio, como tal una persona “moralmente” sólida, que tenga las habilidades necesarias para integrar nuevos conocimientos (263:263).

Además existen los médicos intolerantes y groseros unos “*tontos egocéntricos*”, que no comprenden al paciente, por tanto, no puede existir una buena comunicación. Refieren que estas situaciones también pueden ser porque está teniendo un mal día, está cansado o preocupaciones, a lo cual tiene derecho.

Son rígidos lo que te dan un poco de temor acercarte principalmente debido a que sus argumentos normalmente son y no la van a dejar de ser (P2 360:360). Este argumento, nos hace pensar que el médico puede llegar a ser testarudo.

Cuando están cursando, la parte la mitad de la carrera, los “*medicoblastos*” (como un término que forma parte de la jerga médica para referirse a los médicos en formación) consideran que una posible característica del médico, es que tenga planes a futuro el dedicar a la vida profesional la mayor parte de su tiempo:

... por mis habilidades, personalidad y objetivos a un futuro (dedicarme a estudiar y al trabajo no tener una familia, investigar en busca de algo manual y no estar siempre tras una computadora)... (P3 3:3).

Bajo la tendencia aparente de que el “*se médico*” implica tener que sacrificar la vida personal, familiar, social por una vida profesional, como si la conjugación de ambos aspectos no fuera posible conjugarse.

Para ser un buen médico comentan se requiere de responsabilidad, respeto empatía, constancia, dedicación altruismo, inteligencia, pensamiento crítico, abierto, amabilidad, ética, moral, honestidad, empatía, respetuoso, profesional, honorable que brinda servicio a los demás sin la búsqueda de un bien propio, si no de los pacientes.

“Primero uno tiene que aprender a valorar, a las demás personas, respetar. Porque antes que ser médico hay que ser humano (P3 193:193)” .

Es la persona de mayor confianza, una guía pues las personas le confían su salud tanto física como mental. Para obtener esta confianza se debe contar con habilidades comunicativas como ser una persona que escuche y con la que se pueda entablar una conversación.

Resalta que algunos médicos son prepotentes y orgullosos y no ven al paciente como un individuo si no como enfermedades.

Los alumnos de quinto año identifican que es necesario seguir siendo sensible, mantener los valores aprendidos previo a la formación (como humildad, perseverancia), apasionado y tener la disposición para aprender. Durante el aprendizaje de la medicina se debe ser un individuo integro, en cuanto a conocimientos, habilidades e ideales, amable y continuar con las ganas de ayudar a las personas, siendo conscientes de la responsabilidad que implica tener en sus manos la vida de una persona; para lo cual, ayuda tener inteligencia emocional; todas estas cualidades son las que le dan significado a la profesión.

Además tener la capacidad de analizar y solucionar problemas de salud, tomando en cuenta los aspectos biopsicosociales del individuo, manteniéndose objetivo ante la toma de decisiones

Sin embargo, dentro de las características humanas negativas, comentan que los doctores son pedantes, faltos de tacto, orgullosos no buscan el bien del paciente (P1 292:292), si no el individual (económico, reconocimiento), además son individualistas, egoístas y egocéntricos, además incompetentes para realizar la

labor en salud. Para subsanar estas actitudes o conductas la familia es fundamental, pues en cierto grado les permiten mantener vigentes sus principios y valores aprendidos.

Mis padres me han mantenido siendo una persona sensible y no soberbia como se enseña en estas escuelas (P1 306:306).

Conocimiento del cuerpo y las enfermedades

Es la información o hechos adquiridos por los estudiantes, a través del proceso educativo formal (en instituciones educativas) y la experiencia formativas no formales (mediante la convivencia en el áreas médica), en relación a las áreas de conocimientos indispensable para el desempeño profesional.

Para los alumnos del primer año es de interés y tienen la curiosidad de saber acerca de las ciencias biológicas y de la salud, en particular cómo es y cómo funciona el cuerpo humano, cómo cualquier alteración desencadena enfermedades, y cómo hacer para curarlo, debido a que les parece algo asombroso, pues es perfecto.

Decidí estudiar medicina ya que me parece muy interesante el hecho de que el cuerpo humano sea tan complejo y maravilloso para realizar funciones tan importantes como respirar, comer, en sí todo lo que hace poder tener bebés en el caso de la mujer, realimenta la curiosidad por saber y conocer el cuerpo en todo los aspectos y obviamente para ayudar a la gente que necesita (P2:70:70).

Por otra parte, para los alumnos del tercer año, es apasionante el cuerpo humano y la idea de *“saber arreglar el cuerpo (P3 15:15)”*, saber hasta dónde es capaz de soportar; les parece maravilloso e interesante conocer *“como una simple célula y proteína, etc., hace la diferencia entre salud y enfermedad”* (P3 31:31).

En el quinto año de la carrera de medicina, los alumnos exponen lo importante que es para ellos, conocer a profundidad el funcionamiento de cuerpo humano, materializado en disciplinas como fisiología, en todas sus esferas, biológica,

social, psicológica, etc.; así como la comprensión de los mecanismos que generan ciertas enfermedades (por ejemplo, cáncer), lo que para ellos es un enigma que puede resolverse con el conocimiento científico integral, que va más allá de la memorización de conceptos:

Entendiendo primero fisiología, después fisiopatología de las enfermedades para comprender el individualizar ya que no hay enfermedades hay enfermos (P1 234:234).

Papel de las Instituciones de salud

Mediante este código se pretende describir el papel que juegan las instituciones públicas en el proceso de enseñanza-aprendizaje, debido a que fungen como sitios principales de acercamiento e interacción de los alumnos con el campo médico y el paciente. De esta manera, se determinará cuál es el impacto que, desde el punto de vista de los estudiantes, desempeñan estas instancias tanto en la profesionalización médica, como en el desempeño profesional.

Las instituciones de salud, al ser el sitio donde primordialmente se desempeña la práctica médica, juegan un papel importante en el ámbito médico y el desempeño de los profesionales de la salud, desde el punto de vista de los alumnos encuestados. En este rubro sólo están contempladas las instituciones públicas, llámese: IMSS, ISSSTE o SS, debido a que es en estas instituciones donde los alumnos tienen el primer acercamiento al campo clínico.

En el primer año fueron pocos los alumnos que atribuyen un papel importante a las instituciones, por tanto, hacen referencia a éstas para describir la torpeza de los procesos administrativos y la saturación de los servicios, sin establecer una correlación con el desempeño profesional.

En el quinto y sexto semestre, los alumnos expresan que el médico tiene poco contacto con el paciente en el ámbito institucional. Surge el término de “*consulta exprés*” para referirse a la atención del paciente en un breve tiempo, enfocándose en signos, síntomas propios del padecimiento que motiva la consulta médica

(enfoque biologicista), sin un seguimiento del entorno psicosocial del individuo, debido a la sobrecarga laboral que impide una atención particular. Además, destacan que el médico se enfoca en el cumplimiento de un determinado número de consultas en un tiempo determinado, o en lo económico y se olvidan que están tratando a enfermos.

Establecieron los alumnos la existencia de un desprestigio de las instituciones, aunado a la deshonestidad, mecanicismo y falta de tacto por parte del galeno.

En áreas clínicas sobre todo públicas la figura del médico se vuelve autoritaria y con tendencia regañar y mandar, cosas que rompen la confianza sobre el médico (354:354).

El médico se ha convertido en un empleado del gobierno sin derecho a tomar decisiones propias; 1. Solo puede prescribir lo que le permiten, 2. Tiene un tiempo determinado para la consulta, 3. Debido al reducido tiempo explica una sola vez al paciente sin tiempo para aclarar dudas y esto desencadena que el paciente no tome bien su tratamiento porque ni siquiera sabe bien que tiene (372:375).

Proponen poner en marcha el ejercicio de una medicina asertiva, donde se aplique el trato digno a los pacientes con empatía, educado, enrolando al paciente y que ellos vean al médico un apoyo.

Por otra parte plantean la participación del paciente en este proceso, debido a que muestran poco interés y disposición de su parte, lo que dificulta aún más el quehacer médico; son exigentes y están predispuestos a que se les va dar un mal servicio.

En el quinto año de la carrera consideran el papel de las instituciones es fundamental para el desempeño de la profesión, debido a que según los alumnos el enfermo ya está predispuesto a que se le dará un mal servicio, por lo tanto, desde un principio es imposible establecer vínculos, sumando a esto están las necesidades institucionales de atender a un número excesivo de pacientes en el menor tiempo posible “*consultas exprés*”, la falta de insumos e infraestructura

suficiente, los recortes presupuestales, la sistematización y automatización de los procesos, la burocracia; por tanto, consideran la responsabilidad de la praxis médica no puede recaer solamente en el profesional de la medicina.

Los alumnos de los tres grados, no externan de manera consciente la participación de los servicios de salud públicos en su proceso de formación, o la importancia que este acercamiento les brinda para su desarrollo educativo, pues al parecer se enfocan en describir desde una postura ajena, como son las dinámicas de interacción.

A partir de estos argumentos, es posible identificar tres vertientes vinculadas con la praxis de la medicina dentro del ámbito institucional y que, de manera directa o indirecta, favorecen el desapego en la interacción médico paciente:

- Las instituciones propiamente dichas y las normativas vigentes.
- El profesional médico sometido a las normativas institucionales, junto a las características personales humanas positivas o negativas individuales desarrolladas o potencializadas durante su formación.
- El paciente que recibe atención en los nosocomios públicos, y que debido a experiencias propias o de terceros está pre condicionado a recibir mala atención.

La situación antes planteada expone, según los estudiantes, a un estado de vulnerabilidad y tensión entre estos tres partícipes, el cual es aprovechado por otros profesionistas como los abogados, para interponer demandas médicas.

Contemplan la posibilidad de que la atención brindada en dichos nosocomios, en ocasiones está dirigida a la solicitud de estudios de laboratorio y gabinete, al sobreuso de ellos y a establecer lo antes posible un tratamiento, trayendo como consecuencia la falta o la pérdida de una visión integral.

Otra brecha identificada, es la brecha sociocultural entre médico y paciente:

En los hospitales de institución pública creo que se debe a una brecha socio-cultural-económica los doctores, suelen desesperarse fácilmente cuando no siguen el protocolo los pacientes. De igual manera, la sociedad observa de forma diferente al médico, culpable por la carencia de las instituciones (387:387).

Identifican que este problema no solo se traduce en una mala calidad de servicios y a la falta de vínculo médico paciente, si no que involucra a otros miembros del personal de salud, por ejemplo, el personal administrativo que también forman parte del proceso de atención en salud y que entorpecen la atención bajo regímenes burocráticos ineficientes.

Pese a esto, creen que es imposible generalizar, pues a pesar de este panorama institucional sombrío, aún existen doctores que ejercen una medicina empática, humana e individualizada.

Motivos personales

Situaciones, condicionantes o motivaciones personales que los vincularon con el área de la salud y por la cual decidieron seguir este rumbo.

En el primer año de medicina les significa un reto a vencer, un logro, una meta personal a cumplir, debido a lo prestigiosa y gratificante de la profesión, además de ser un sueño o interés genuino desde la infancia que les gustaría llegar cumplir. Algunos otros consideran cuentan con las aptitudes y cualidades para ser un científico, les es difícil conformarse con un bajo nivel de exigencia, y ante la búsqueda de mayores obstáculos la medicina les pareció una opción.

Me gustan los restos y medicina representa un gran reto a vencer. Por mi carácter, me es difícil conformarme con poca exigencia, siempre quiero más. Además, tengo gran afinidad por las actividades y áreas de estudio ofrecidas por la carrera, y desde niña he sentido una inexplicable pasión y deseo por conocer el cuerpo humano y sus aspectos (P2 59:59).

En los alumnos de tercer año, por su parte, el ser médico ha sido una aspiración o les ha llamado la atención desde la infancia, y debido a materias que cursaron durante la preparatoria como orientación vocacional, les fue posible reafirmarlo. La búsqueda de satisfacciones es uno de los argumentos utilizados por los alumnos, relacionados con el ayudar a la gente y a su familia.

Considerada la profesión un reto académico atractivo ante la oferta educativa que ofrece la carrera de Medicina, las posibilidades laborales que vislumbran y las gratificaciones del poder ser útil, trascender servir y ser ejemplo de superación ante la sociedad, su misma persona o las personas con las cuales tienen vínculos estrechos *“servir como ejemplo de superación a mi hija (P3 65:65)”*.

Tienen la necesidad de sentir que está haciendo algo importante o de trascendencia con su vida, el desarrollar una personalidad individual, madurez y un pensamiento crítico.

La búsqueda de prestigio, dinero, respeto, admiración, poder, tener conocimientos suficientes para atender a sus pacientes futuros, son también causas de origen personal ante la necesidad de mejorar su calidad de vida.

En el quinto año de la carrera, es un reto personal importante, por la situación socioeconómica de la cual provienen, el nivel de capacidad intelectual requerida, la necesidad de superación, de madurar al estar en contacto con la vida real o por saciar su curiosidad y la satisfacción que esperan lograr mediante la medicina

Es posible identificar que de manera inicial los motivos fundamentales con ideas preconcebidas, generales y en cierta medida ambiguas, idealistas vinculadas a la trascendencia, aunados a deseos cuyos orígenes suelen ser infantiles y a los cuales no es posible darles una justificación franca. Conforme el proceso formativo avanza estos motivos se tornan bajo un matiz más concreto, en relación a la búsqueda de vencer retos planteados, necesidades de satisfacción personal,

económica, social, profesional y la medicina como un medio a través de los cuales recibir gratificaciones en este mismo sentido.

Binomio médico-paciente

Es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales humanas, permite al enfermo satisfacer sus necesidades y deseos de salud y al médico cumplir con una función social (Rodríguez, 2008).

En los alumnos de primer año ven como problemático que el *“médico no se pone en los zapatos del paciente (P2 365:365)”*, por lo que comienzan a ver al paciente como un objeto o un ser que no siente, además que pierden la sensibilidad ante el dolor y los sentimientos, se vuelven indiferentes, groseros y engréidos. Comentan que cuando el trabajo se les hace rutinario, están sometidos a estrés o sobrecarga laboral es cuando se olvidan que tratan con seres humanos.

El paciente puede, a su vez, asumir una postura irrespetuosa e irresponsable o el médico no es de su agrado y le es difícil seguir sus indicaciones. También existe el fenómeno de que se les olvida que el médico es humano y no es perfecto. Comentan que la relación entre estas partes debe ser de equilibrio pues depende de ambos que exista respeto, confianza y comunicación: *“Es bien sabido que existen muchos médicos como pacientes de todo tipo” (P2 391:391)*.

En la parte media de la formación áulica (tercer año de medicina), la percepción de los alumnos es que existe un distanciamiento entre médico y paciente, por diferentes razones como: el cambio de la medicina cada vez menos clínica, la tendencia a unificar los tipos de paciente, la falta de confianza de los enfermos están a la defensiva, falta de cortesía y educación por parte del médico, los errores médicos o cuando la gente no obtienen los resultados esperados, cuando el médico se siente superior, es prepotente, no tienen interés, no escucha, la influencia de factores como la tecnología, el que la persona siga los consejos de personal no médico (vecinas, programas de televisión, comerciales). Agregan que

a ellos como estudiantes se les enseña que todos los pacientes mienten. Todo esto traducido en desconfianza de ambas partes.

Hay un quiebre en la relación cuando el médico no ha logrado entablar una confianza con el paciente. Habla bien de un médico que saluda de mano y le habla al paciente por su nombre, cuando este entra al consultorio, lamentablemente esto se ha perdido (P3 350:350).

Además, establecen que el tiempo reducido en la atención dificulta la labor pues no es posible aclarar dudas al paciente, ni explicar a profundidad en que consiste su padecimiento o el tratamiento. Esto se desencadena en fallas en el manejo, sin embargo, comentan pese la escasez de tiempo para la atención, el médico debe ser más cálido y no perder la humanización de la medicina.

La interacción entre médico y paciente desde el punto de vista de los estudiantes que cursan el último año de la facultad de medicina, depende en buena medida de las actitudes de ambas partes y la disponibilidad que tengan para fomentar una relación, consideran que existe un conflicto entre determinar cuál de los dos tienen la razón o saben más o por el contrario no tratan de involucrarse, y se olvidan de que es un aprendizaje mutuo.

Consideran existe cierto desequilibrio en la relación, por su parte el paciente piensa que los médicos los ven como enfermedades o un objeto y no como individuos; el médico puede asumir dos posturas: la primera consiste en dedicar todo su estudio y esfuerzo en búsqueda de entablar una relación estrecha con sus pacientes o trata de mantenerse al margen para evitar ser demandado. Le atribuyen importancia vital a la postura, actitud y comportamiento del médico, y como el paciente responda a éstas.

Estos argumentos permiten vislumbrar que la relación entre el médico y el paciente, desde el punto de vista de los estudiantes, está quebrantado, en relación a la participación de tres actores: médico, paciente y la influencia del entorno social, llevado a cabo en el entorno propio de la atención en salud, no en torno a

aspectos principalmente vinculados al proceso enseñanza-aprendizaje, pues a decir de los partícipes, la tendencia no es a que se enseñe durante la formación a establecer relaciones asimétricas.

Al parecer el alumno ante esta situación toma una actitud de identificar errores médicos, pero también justificarlos como en la búsqueda de conciliar esta problemática, sobre todo mientras el nivel educativo avanza, probablemente ante la identificación con el médico y al conocimiento a mayor profundidad del campo.

Conciencia del medio

En relación a este código, se buscó establecer cómo, al estar inmersos o ser partícipes en el proceso de atención formación en el ámbito de la salud, les es posible hacer conciencia de cómo se establecen relaciones, dinámicas y situaciones particulares del campo médico; al cual las personas ajenas a este no pueden tener acceso o incluso les es incomprendible.

Los alumnos del primero y segundo semestre refieren que estar cursando la carrera les ha permitido visualizar un panorama más claro y global de la profesión al cual no tenían acceso con anterioridad. Ejemplos de estos son: la responsabilidad que conlleva, la complejidad y lo interesante que es la Medicina, pero notan que el nivel de dificultad se va incrementando a medida que aprenden nuevas cosas, visto esto último como un reto y no como un obstáculo.

En relación al vínculo médico-paciente: *“Ya que el médico va adquiriendo otro enfoque de como ver el paciente. Y como es una carrera de varios años y en solitario se pierden esa relación para el paciente” (409:409).*

Los alumnos del tercer año piensan que la vida como estudiantes, sobre todo en el área clínica, es la que les permite confrontarse con la realidad, dándoles la posibilidad de una visión más amplia, lo que influye de manera directa en

mantenerse motivados y entusiastas por la carrera o desertar; en algunos otros se ha generado la necesidad de servicio en pro de la salud y el bienestar.

Mis experiencias durante el tiempo que llevo de estudiante han hecho que me guste más por tener mayor conocimiento de la carrera. Creo que no puedes amar algo que no conoces (286:286).

Además esta nueva mirada les brinda la posibilidad de identificar las deficiencias del sistema de salud y las posibles áreas de mejora, incluso uno de los estudiantes refiere que inicialmente su motivación principal para el ingreso en la carrera fue económica, pero ahora tras estas nuevas vivencias le gustaría un mejor servicio de salud.

En el quinto año, identifican los beneficios del conocimiento integral de la medicina y los efectos positivos que puede ejercer en la vida de otras personas y en el propio estudiante pues *“hace que salga lo más humano posible de mí (321:321)”*. Además, la consciencia de las necesidades propias y del paciente en busca de un adecuado manejo se modifica a expensas de los saberes aprendidos, y las expectativas iniciales al estar viviéndolas en este momento generan felicidad, esperanza de vida. Dando pauta a pensar que la confrontación con el campo clínico es lo que permite crear un vínculo estrecho con el campo médico, la identificación y apropiación del *habitus*, más allá que el aprendizaje áulico.

Sitios de aprendizaje

Refiere a los lugares físicos en los cuales se lleva a cabo el proceso de enseñanza y aprendizaje. Los sitios de aprendizaje identificados por los alumnos son: facultad de medicina, hospitales e instituciones de salud, su hogar, en términos generales, sin embargo, las perspectivas del cómo y en qué sentido influyen tienen ciertas variaciones: todos coinciden que en la facultad de medicina se adquieren los fundamentos teóricos y prácticos.

Los alumnos de primer año refieren que la experiencia es producto del contacto que se tiene en hospitales, pero que es indispensable las bases humanas de humildad, y trato con el prójimo que se tienen como base desde la casa, además consideran un proceso progresivo, que se lleva a cabo día tras día con el contacto con pacientes, con médicos experimentados.

En el tercero y quinto año refieren que los conocimientos adquiridos en las aulas, deben ser puestos en práctica en los hospitales, junto a los conocimientos de trato a los pacientes, debido a que memorizar un contenido es fácil, lo complicado es saber aplicarlo y adecuarlo al contexto particular. Creen que la experiencia es la que hace ser un verdadero médico, al estar inmerso en el contexto real.

Influencia familiar

La familia tiene un papel crucial e influye en varios aspectos en la formación de los alumnos, en este rubro no fue posible encontrar posturas diferentes en los grupos de estudio, por tal motivo, se decidió agrupar las respuestas bajo un mismo código para poder lograr una mayor profundidad y complementariedad de los datos.

Los matices que tiene la participación familiar en los alumnos es la siguiente: funge como la influencia o motivación para estudiar medicina por tener familiares cercanos médicos, por admiración a los familiares médicos, son el impulso que requiere el alumno para iniciar o continuar la carrera, pues les permiten conocer de manera previa algunas ventajas y desventajas de la carrera, el estilo de vida médico y los fines trascendentes, querer ser el primer doctor en la familia.

La familia también es quien les permite no perder la sensibilidad individual, evita que se conviertan en personas soberbias como *“se enseña en la escuela (P1:306:306)”*. Pueden ser además la imposición que evita que el estudiante tome otro camino *“Mis padres no me permitieron estudiar lo que quería” (P1 24:24)*.

Cabe destacar que existe una fuerte asociación entre los estudiantes a denominar que es su vocación y comentar que descenden de una familia de médicos, en

este sentido, queda la duda de si esta aparente vocación sea más una cuestión de seguir tradiciones, patrones conductuales, laborales o cuando se crece en un ambiente médico, de manera inconsciente se puede introyectar este deseo o se hace creer que es una decisión propia cuando lo que se sigue es más una tendencia en lugar de una convicción.

Se me instruyó-guió-inculcó esa idea (P3 44:44); A la pasión que tengo por esta carrera y las ganas de pertenecer a los médicos de mi familia (P3 304:304).

Estilo de vida médicos

Se refiere a la forma o manera en que se entiende la vida; la forma de relaciones personales, de consumo, de hospitalidad y forma de vestir implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos.

En el primer año de la carrera, la forma de vida de los médicos es visualizada como un proyecto a futuro, en el cual dedicarán su vida al estudio y el servicio a los demás como pivotes primordiales.

A mitad de la carrera se plantea el hecho de ser una elección de vida, en la cual se busca la forma de vida del galeno, aunado a estabilidad económica, reconocimiento, ser un ejemplo, la búsqueda de poder, sin olvidar la responsabilidad hacia el paciente y con la sociedad conlleva.

En el último año de la carrera, los alumnos opinan que el estilo médico está vinculado a un estatus económico o social estable, tienen tendencia a llamarles la atención el área hospitalaria como parte del ambiente de desarrollo. Comentan que el ser médico brinda la oportunidad de ver una mirada distinta del mundo *“Es dedicar tu vida al bienestar de los demás la recompensa llega sola”* (P3 145:145).

Proceso inacabado

El proceso de ser médico no es algo que se enseñe en un determinado tiempo y se concluya, es algo que no se termina de aprender, porque involucra un proceso

de interacción humana constante (médico-paciente); el conocimiento es el que se aprende pero aun teniendo todo el conocimiento médico suficiente, hay valores, actitudes de por medio que lo constituyen como un proceso de continua reinención.

Entiendo ahora que nunca entenderé en su totalidad al ser humano en todas sus esferas, seguiré intentando (P2 279:279).

Preconcepciones

En relación a las preconcepciones, nos referimos a los conocimientos previos al ingreso a la carrera y que forman parte, en cierta medida, de conocimientos de sentido común o representaciones sociales. En los tres grupos de estudio fue posible identificar tendencias similares; por lo tanto, en este apartado no estableceremos distinciones entre cada grupo de análisis.

La primera de ellas es la idea de que el médico tiene un amplio acervo de conocimientos médicos y de cultura en general, aunado a habilidades y una capacidad de abstracción y análisis profunda. En segundo término, que el galeno vive una vida estresante debido a que la carrera es muy pesada y difícil. En tercer lugar que la carrera en sí misma es humana, noble y altruista, por tanto el médico debe hacer los sacrificios necesarios para ejercerla pues es un ser bondadoso; en cuarto sitio que la carrera de medicina tiene mucho prestigio y brinda abundantes satisfacciones, y rinde frutos pues hace que la vida tenga un significado y trascendencia. También consideran que las remuneraciones económicas son abundantes y posibilitan estabilidad social y, finalmente, que no se necesita saber matemáticas o que si eres malo en matemáticas medicina es una buena opción. .

Oferta educativa

Entendiendo por oferta educativa a la conformación de los planes de estudio y de las asignaturas que las instancias educativas están en disposición de ofrecer a la comunidad estudiantil. La oferta educativa es un factor importante al considerar

como posibilidad dedicarse a la disciplina médica, según los hallazgos obtenidos en esta investigación:

A los alumnos de primer año, les atrajo la licenciatura en medicina general debido a que proporciona una mezcla de las ciencias más importantes y una utilidad real para la sociedad (P2 11:11), además de que las materias que se cursan y la cantidad de conocimiento necesarios para ejercer la profesión les pareció atractivo y les da la oportunidad de cumplir sus metas a largo plazo, es importante resaltar que los alumnos le dan una importancia relevante a obtener el título universitario.

Los alumnos de tercer y de quinto año coinciden en que durante la investigación previa al ingreso revisaron varios programas académicos y tras un proceso de análisis, medicina fue la disciplina que les pareció más completa, o afin a sus intereses, habilidades, y expectativas.

...porque al llegar al 5° semestre de la prepa, donde nos dan la materia de orientación vocacional nos pusieron a investigar sobre las dif. Carreras que llamaran nuestra atención y como la única carrera que desde niña había llamado mi atención era medicina, investigue y me gustó mucho, se me hace una carrera muy completa, que te conecta con la gente y es de gran utilidad para la población (P3 25:25).

Anhelo

Este código hace referencia aquella sensación de deseo o de esperanza en cierta medida utópica, que una persona tiene ante determinadas situaciones.

Parece ser que en algunos de los estudiantes de los tres grupos de estudio “*ser médico*” forma parte de un sueño o un deseo que surgió desde la infancia y que se materializa en este momento. Surgió ante la necesidad de un vínculo con personas que estén en estado de vulnerabilidad, para ayudarlos comentan que esta idea de dedicarse a la medicina desde edades tempranas, se debió a que es realmente su vocación.

Uno de los encuestados del tercer año, se denota una cierta desilusión en relación a la interacción real que se lleva a cabo:

Desde pequeño dije que lo haría, nunca me imaginé haciendo otra cosa, la verdad no esperaba que fuera así, me refiero a la poca empatía que se vive en los centros de salud (P3 36:36).

Cosificación del individuo

Este rubro fue retomado de manera directa por los tres grupos encontrándose puntos importantes de convergencia, relacionándolo como un factor directo que suele afectar la relación médico-paciente.

Refieren que existe este proceso debido a que el médico deja de ver al paciente como ser humano y lo ve como una enfermedad a combatir o una máquina que arreglar o a todos por igual, haciendo que el individuo pierda su individualidad de igual forma, el paciente se olvida de que el médico es un ser humano y tienen necesidades y sentimientos. Expresan que el médico entre más especializado está la tendencia despersonificadora se agudiza

Muerte o enfermedad

Este código puede ser integrado dentro del código características de la profesión o motivaciones personales o incluso familiares, pero se decidió integrar de manera independiente para profundizar en su análisis debido a que corresponde a un hallazgo inesperado y que, desde el punto de vista de los autores, es relevante. Debido a que es bien sabido que el profesional médico es uno de los individuos que se encuentran estrechamente relacionados con el sufrimiento y la muerte en su quehacer cotidiano. El hecho de que un evento traumático o doloroso sea un determinante para querer ejercer la medicina, toma relevancia por sí misma.

A este respecto, es posible identificar en términos generales estas posturas:

- La muerte de un familiar cercano, relacionado con esto, la incertidumbre de saber cuáles fueron las causas de su muerte o el comportamiento de los médicos ante ese hecho. La muerte como un parteaguas para cambiar el

sentido o la perspectiva baja lo cual se observan las cosas y los hechos. La insatisfacción o incertidumbre, al considerar que no se hizo o no se diagnosticó a tiempo la patología que generó el deceso de ese ser querido, y por tanto, crear ideas hipotéticas, sobre lo que podría haber sido por ejemplo: *“Una persona muy cercana a mí falleció en mis brazos, de haber tenido conocimientos médicos lo hubiese salvado (P2 87:87)”*.

- Ellos mismos al haber sufrido enfermedades o accidentes, la necesidad de conocer y saber la manera de tratar estas enfermedades que los aquejan o aquejaron, tras ser atendidos adecuadamente, idealizaron la figura del médico y quisieron imitarla o retribuir lo que se hizo por ellos.

Tuve un accidente cuando era muy pequeña, donde tuve mucho dolor y mi tío que es médico me atendió y me hizo sentir bien. Desde ahí, comencé a idealizar a los médicos como “superhéroes” que ayudan a las personas (P1:61:61).

Papel de los auxiliares de diagnóstico y la tecnología

La tecnología y el uso de los auxiliares de diagnóstico en la actualidad juegan un papel vital en el ámbito médico, tanto en su conformación como en la dinámica que se ejerce en torno a su uso.

En los alumnos de primer año aun no fue posible identificar una tendencia a este respecto, solo nombran la existencia del uso inadecuado de la tecnología por parte del médico como un punto generador de quiebre en la relación médico-paciente, sin que brinden argumentos tangibles que permitan identificar el origen de esta idea.

Los alumnos de tercer año refieren que el uso de tecnología como herramienta para documentar en el expediente clínico o centrado en el uso de laboratorios o estudios de gabinete, genera desapego y limita el vínculo con el enfermo:

Por el uso de tecnología en el consultorio, están obligados a documentar en una computadora y tienen tiempos de consulta limitados, que evita que se le dé el tiempo y la atención adecuada al paciente (P3 339:339).

Pero en sí misma, la tecnología no es responsable del desapego, si no la necesidad del uso de esta para cumplir con normativas u obligaciones administrativas institucionales.

El acceso por parte de los pacientes a las fuentes de información abiertas, genera que el paciente se encuentra más informado; ya no cree “ciegamente” y cuestiona el juicio clínico del galeno; por tanto, ocasiona una relación entre ambos partícipes diferente a la habitual o a la esperada, incluso bajo un clima de desconfianza:

En general con el uso de la tecnología como “internet”, los consejos de la amiga y la vecina, farmacias similares, los programas y comerciales en tv y todo el mundo se cree médico y que puede por tanto diagnosticar, por lo que la relación médico-paciente se vuelve más dinámica exigente entre ambas partes y de mayor distancia (386:386).

Los alumnos de quinto año identifican que sin duda son de utilidad, como herramientas para establecer con certeza un diagnóstico o como medio para facilitar el desempeño administrativo; sin embargo, su sobre uso ha condicionado que el médico centre, en ocasiones, el ejercicio de su profesión en torno a éstos, tomando más relevancia en las instituciones de salud.

Factores relacionados al paciente

Desde el punto de vista de los alumnos, el paciente actualmente es un ser desconfiado y en ocasiones prepotente o deshonesto, que ve al médico como un verdugo, está predispuestos a recibir mal trato, cree que puede cuestionar al profesional médico o ser más exigente con este, debido al acceso a la tecnología e información que actualmente tiene “*el paciente ya no confía ciegamente en el médico porque está muy “informado”*” (P3 343:343).

Son la fuente de conocimiento, el motor que mueve la acción del médico y la personificación de los fines altruistas que persiguen, sin embargo, consideran que el paciente actualmente no comprende al médico, debido a que no lo consideran como un ser humano, con necesidades, deseos, sentimientos, etc.; más bien, como el responsable y quien debe cumplir obligatoriamente con el cuidado de su salud “*no comprenden que está cansado y puede tener un mal día*” (P2 76:76).

En ocasiones es difícil interactuar con ellos, pues puede presentar sentimientos de que solo es observado o interrogado a cada rato, además de que en algún momento la enfermedad que tenga le afecte demasiado tanto física, como psicológicamente y es posible que algunos no cooperen, aunque la mayoría son bastante cooperativos (P3 371:371).

Vocación

Este es un término que implica la inclinación que una persona tiene a realizar determinadas acciones en su vida social. Se utilizó de manera recurrente en los comentarios de los alumnos, y a través de ellos de manera indirecta y que se ha comentado en párrafos previos se ha podido integrar tres visiones distintas de este:

1. Vinculada a una ilusión, sueño o deseo desde la infancia “un llamado”
2. El hecho de estar inmersos por medio de su familia en el campo de la medicina, lo cual les hace querer pertenecer a ese grupo o creer que son buenos en eso o es su deseo.
3. Considerar que cuentan con las habilidades y son afines al campo de las ciencias sociales.

Factores culturales

Los alumnos refieren que el nivel cultural o educativo de los pacientes influye en el desarrollo de una adecuada relación médico-paciente, debido a que la comunicación no es posible efectuarse de manera eficiente, o ambos partícipes, de manera inicial, marcan límites infranqueables. El patrón cultural mexicano paternalista perjudica la dinámica

La forma actual de hacer medicina, en la cual no se establece un vínculo de confianza o en torno a la comercialización de la salud y las condiciones sociales generales, en donde cualquier persona por el acceso a los medios masivos de comunicación se siente con la capacidad de emitir un diagnóstico, ocasiona una mayor tendencia a las demandas legales.

Expectativas

Al inicio de la carrera se busca obtener un modo de vida cómodo para sus familias, así como el agradecimiento al brindarles ayuda y consuelo ante los procesos de enfermedad. En la parte media de los estudios se busca el cumplimiento de las metas planteadas al inicio de los estudios, el servir y la búsqueda de riquezas.

Por último, en el quinto año los alumnos plantean que esa visión romántica de la medicina se ha convertido en una mirada realista, sin que aparentemente se transforme el deseo o la motivación inicial de ayudar en esencia, pero se ven materializados en actos o medios para llevarlos a cabo, sumando a [estos la necesidad de concretar metas, relación a logros intelectuales, económicos y posicionamiento social.

Vínculos previos con las ciencias de la salud

Algunos alumnos refieren que previo a su ingreso o a la decisión de estudiar medicina estuvieron en contacto con el campo médico de manera directa, a través de haber trabajado en hospitales, unidades de rehabilitación, haber asistido a curso de técnico en urgencias médicas o incluso haber estudiado enfermería; o de manera indirecta, al practicar algún deporte, ver accidentes y ver como el personal de salud actuaba ante las contingencias, el hecho que su familiares forman parte del personal administrativo de las unidades de salud.

Agente social

Los médicos dentro de la comunidad desempeñan una gama diversa de funciones. Es considerado un líder, un servidor, un agente de cambio, un soporte u orientador. Es un profesionalista que tiene una responsabilidad directa con el individuo y la sociedad en pro de la búsqueda y el mantenimiento de la salud, además de que su participación tiene impacto en el desarrollo social.

Pero esta tendencia, se está modificando pues la figura de médico y de las instituciones de salud sufre un proceso de desprestigio.

Relación maestro-alumno

Se obtuvo que los alumnos consideran que existe una relación entre maestro y alumno fragmentada, incluso consideran que esta interacción es más complicada que incluso con los pacientes.

Al término de este primer análisis, fue posible entablar una interrelación estrecha entre los códigos que conforman una misma categoría, inclusive traslapándose los conceptos; pese a que se manejan de manera independiente juegan un papel de unión directa e indirecta. Así se integraron categorías, a partir de los códigos descritos.

Dentro de los resultados obtenidos con el análisis del cuestionario semiestructurado se obtuvieron los siguientes datos:

Al preguntar a los estudiantes sobre cómo se desarrolla la clase dentro de las aulas, se incluyeron ocho preguntas del apartado B, del cuestionario semiestructurado (ver Anexos, tabla 5) los resultados arrojados fueron los siguientes:

- En general los tres grupos identificaron que la situación con mayor frecuencia es el énfasis en que el alumno comprenda y aprenda el tema a realizar, mediante presentaciones claras y precisas que buscan puntualizar aspectos destacados o de utilidad para el alumno.
- Las herramientas tecnológicas para los tres grupos representan un apoyo importante para el desarrollo de la clase.
- Los alumnos de quinto año consideraron que las evidencias científicas casi siempre están inmersas dentro de los contenidos revisados.
- Los tres grupos opinaron que “a veces” el desarrollo de la clase es en torno a la presentación de casos clínicos, de los cuales surge y se desarrolla la clase; el 40% de los alumnos de tercer año consideraron que a veces se desarrolla la clase bajo esta dinámica.
- Aunque los tres grupos coincidieron en que las enseñanzas dentro de las aulas se relacionan al dominio de actividades o tareas propias de la profesión médica, los alumnos del quinto año son los cuales dieron el puntaje más alto en este sentido (22.9 y 61.4%).
- En opinión de los alumnos a veces en la clase se plantea una visión integral y multidisciplinario, se ve al paciente con sus particularidades y a la enfermedad. Cabe destacar que los puntajes más bajos, relacionados con la opinión de siempre y casi siempre, fueron dados por los alumnos de reciente ingreso, mientras que los alumnos de quinto años dieron los puntajes mayores, sin que fuera la tendencia general.
- Casi nunca se da prioridad a los hallazgos de auxiliares del diagnóstico.

- El 55% de los alumnos de quinto año consideran que siempre el aprendizaje está centrado en el conocimiento de enfermedades y el 51% que casi siempre va dirigido al adquisición de habilidades propias de la profesión médica

Los estudiantes opinan sobre los profesores que (ver Anexos, tabla 6):

A veces crean condiciones de aprendizaje dinámicas, con base en discusiones o problemáticas, sin embargo, en otras ocasiones también la clase se desarrolla bajo una clase de tipo expositiva, en donde el profesor imparte el conocimiento, mientras el alumno escucha sin interrumpir, con o sin el uso de herramientas tecnológicas de apoyo (diapositivas, videos, audios, etc.), El 50.6% de los estudiantes de quinto año consideró que los profesores a veces son autoritarios, intransigentes o inquisitivos.

Los tres grupos de estudio consideraron que casi siempre, el profesor les enseña a ser respetuoso, amable y cuidadoso con el paciente, pero esta tendencia de opinión disminuye (primer año 35.4%, tercer año 18.5% y quinto año 14.5%), a medida que se incrementa el grado de escolaridad.

El profesor funge como el medio para obtener conocimiento, a través de la explicación de contenidos y al poder observar su actividad profesional o compartir experiencias, cabe destacar que, aunque esta tendencia estuvo presente en los tres grupos de análisis, el grupo de quinto año fue quien opinó en menos proporción en contra de esta postura, mientras que los alumnos de tercer año y primer año fueron los que la apoyaron.

Los alumnos opinaron que casi siempre las relaciones en las aulas (ver Anexos, tabla 7) son de colaboración, confianza y respeto, lo cual favorece la comunicación, así como este ambiente está impregnado casi siempre o a veces por una atmosfera basada en códigos de conducta y funcionamiento del ambiente médico hospitalario.

El 31 % de los alumnos de primer año consideraron que a veces el ambiente es rígido, enfocado al aprendizaje de conocimientos memorísticos y la transmisión de conocimientos, este porcentaje se redujo de manera progresiva conforme el grado escolar se incrementa llegando a los alumnos de quinto año en el cual sólo el 1.2% considera esta situación se da de manera recurrente.

Los alumnos comentaron, entre el 35 y el 41% de los participantes, que en el entorno en las aulas se estimula el trabajo colaborativo entre compañeros y con otras disciplinas; del 31 al 35% opinaron que se está inmerso en la tecnología y las fuentes de información y en el uso de estas herramientas. Los alumnos de tercero y quinto año coincidieron que, en general, el ambiente casi siempre es dinámico y flexible, al contrario de los alumnos de primer año; de los cuales el 13.4% consideraron que casi nunca se lleva a cabo esta situación y el 1.2% nunca se presenta.

Del 89 al 94% de los alumnos de los tres grupos de análisis coincidieron en que se enseña a ver al paciente como un ser humano individual, irrepetible, con sentimientos y emociones, el cual está en un estado de vulnerabilidad por la condición patológica que le aqueja. El 67.1 al 74.1% consideraron que el paciente es una fuente de hallazgos clínicos, aunados a un ser con emociones y sentimientos. Cabe destacar que estas tendencias se incrementaron cuanto mayor es el grado escolar. Los alumnos de primer año, tienen mayor tendencia a estar de acuerdo en relación a los otros dos grupos de análisis, a ver al paciente como un conjunto de hallazgos clínicos y de gabinete que se transforman en preguntas, las cuales se tienen que buscar una respuesta, esta tendencia fue menor en los alumnos de quinto año.

En relación a cómo se desarrolla el proceso de evaluación (ver Anexo, tabla 9), la tendencia mayor, desde el punto de vista de los alumnos, es centrar este proceso en exámenes orales o escritos constituidos por preguntas a evaluar, las cuales son desconocidas por el estudiante, deben resolverlos en un tiempo establecido, basada en escalas de puntos. Los que son menos recurrentes son la

autoevaluación, la evaluación de proceso y la evaluación que pretende hacer un diagnóstico del aprendizaje adquirido de forma interactiva.

Posteriormente, se realizó la agrupación de cada uno de los ítems, para establecer la tendencia de opinión en relación a los modelos didácticos prevalentes desde la percepción de los alumnos en formación. Del cual se obtuvieron los siguientes datos.

Tabla 2. Tendencia de modelos didácticos. Primer año

Método didáctico	Casi siempre N (%)		Siempre N (%)		Casi nunca N (%)		Nunca N (%)	
	Humanista	8	(9.7)	47	(57.3)	24	(29.2)	3
Tradicional	27	(32.9)	41	(50)	8	(9.7)	6	(7.3)
Enfoque por competencias	48	(58.5)	21	(25.6)	4	(4.8)	9	(10.9)
Tecnocrático	6	(7.3)	42	(51.2)	24	(29.2)	10	(12.1)
MBE	27	(32.9)	38	(46.3)	10	(12.1)	7	(8.5)
ABP	44	(53.6)	24	(29.2)	9	(10.9)	5	(6.09)
Observacional	27	(32.9)	47	(57.3)	6	(7.3)	2	(2.4)

Elaboración propia (2015)

Al integrarse los resultados con tendencia positiva (siempre y casi siempre) que permiten integrar los modelos didácticos, fue posible encontrar que los alumnos de primer año identifican el modelo observacional (90.2%) como el de mayor prevalencia, seguido del enfoque por competencias (84.1%). El modelo tradicional (82.9%), aprendizaje basado en problema (82.8%), medicina basada en evidencias (79.2%) y finalmente el modelo al humanista (67%) y el tecnocrático (58.5%).

Tabla 3. Tendencia de modelos didácticos. Tercer año

Método didáctico	Casi siempre N (%)		Siempre N (%)		Casi nunca N (%)		Nunca N (%)	
	Humanista	16	(19.7)	48	(59.2)	11	(13.5)	6
Tradicional	11	(13.5)	42	(51.8)	23	(28.3)	5	(6.1)

Enfoque por competencias	39	(48.1)	36	(44.4)	3	(3.7)	3	(3.7)
Tecnocrático	23	(28.3)	40	(49.3)	18	(22.2)	0	(0)
MBE	37	(45.6)	28	(34.5)	7	(8.6)	9	(11.1)
ABP	33	(40.7)	29	(35.8)	13	(16)	6	(7.4)
Observacional	23	(28.3)	50	(61.7)	7	(8.6)	1	(1.2)

Elaboración propia (2015)

Se siguió esta misma línea de análisis para el resto del grupo de estudios; de tal manera, el 92.5% de los alumnos de tercer año identifican al enfoque por competencias como la tendencia primordial, seguida del Observacional (90%) y la MBE (80.1%). Los modelos humanista (78.9%), tecnocrático (77.6%) y ABP (76.5%) continuaron en el orden de tendencia, situándose en el último peldaño el tradicional (65.3%).

Tabla 4. Tendencia de modelos didácticos. Quinto año

Método didáctico	Casi siempre N (%)		Siempre N (%)		Casi nunca N (%)		Nunca N (%)	
Humanista	49	(59)	16	(19.2)	14	(16.8)	4	(4.8)
Tradicional	17	(20.4)	43	(51.8)	17	(20.4)	6	(19.2)
Enfoque por competencias	45	(54.2)	29	(34.9)	1	(1.2)	8	(9.6)
Tecnocrático	45	(54.2)	16	(19.2)	15	(18)	7	(8.4)
MBE	33	(39.7)	41	(49.3)	9	(10.8)	0	(0)
ABP	31	(37.3)	41	(49.3)	9	(10.8)	11	(13.2)
Observacional	45	(54.2)	34	(40.9)	4	(4.8)	0	(0)

Elaboración propia (2015)

Finalmente, en los alumnos del último año de formación áulica la tendencia primordial está orientada al modelo observacional con un 95.1%, seguido del enfoque por competencias (89.2%) y la MBE (89%). El ABP obtuvo un 86.6%, seguido por el enfoque humanista (78.2%), tecnocrático 73.4% y en último puesto el modelo tradicional con un 72.2%.

En los tres grupos de análisis no fue posible identificar una tendencia clara hacia alguno de los modelos, puesto que las diferencias entre ellos son mínimas lo que dificulta establecer significancias al hacerse parámetros comparativos entre los

modelos. Sin embargo, es posible identificar la tendencia general al aprendizaje de tipo observacional.

En la entrevista grupal que se realizó a los médicos egresados, comentaron que se concibe al médico como un profesional que requiere mucho esfuerzo intelectual, es ejemplo ante la sociedad de una gran calidad humana, posee una personalidad particular caracterizada por ser educados, humanitarios, humildes, pulcros en trato y personal, así como en las relaciones con sus pacientes. Consideraron que son profesionistas queridos, admirados, cultos, respetados, gozan de mucha seguridad, confianza en sí mismo y autoestima elevada.

Las particularidades previamente mencionadas que identificaron los participantes en esta entrevista funcionan también como motivadores principales, para decidir ejercer la medicina, pues el deseo de imitar estos modelos, con apoyo de la materia de orientación vocacional impartida en preparatoria, favoreció el tomar la decisión final.

Destacaron por sobre todas las características médicas mencionadas previamente la humildad, como parte esencial para brindar la atención en salud y como eje clave que permite reconocer que los galenos también se equivocan. Pero siempre y cuando se le demuestre con evidencias que cometieron un error, estará dispuesto a reconocerla, cambiar de opinión, pensamiento afrontarlo y en la medida de lo posible corregirlo cambiando un diagnóstico o un tratamiento.

Aunado a esto denotaron, el médico debe desarrollar una percepción muy aguda pues solo con ver, oír, oler, aún sin tocar o sin hablar con el paciente, es capaz de saber si tiene dolor, si está triste, alegre o incluso sospechar un diagnóstico, con solo la mera inspección.

La medicina en términos generales es un área atractiva por las satisfacciones personales, permite ser un profesionista contento, aunque la cuestión material también es un aspecto importante no es primordial, comentaron:

...independientemente del pago por la consulta, el paciente te agradece el esfuerzo que haces por atenderlo o por escucharlo, creo que siguen siendo valores muy grandes, si tú reúnes estos regalos que obtienes de la sociedad a la que tu sirves a la que tú atiendes, en esta medida tú te vas retroalimentando, vas generando calidad en tú servicio, tú te superas como persona, tú eres un mejor profesionalista, al final bueno tú repites un modelo que viste que te inspiró, y yo creo que todos, al final todos los médicos servimos de ejemplo para las nuevas generaciones (E1).

Distinguieron en la medicina dos aspectos fundamentales que la constituyen como:

- Ciencia: con base en el apego que se tiene al método científico, a lo comprobado, la certeza, no improvisación y el conocimiento.
- Arte: el arte de atender a la gente en un padecimiento, de involucrarse y ganarse sus confianza.

Estos dos aspectos están interrelacionados pues, permiten hacer de la ciencia una oportunidad para atender, escuchar, consolar a las personas que requieren atención.

Señalaron la importancia del compromiso establecido en el Juramento hipocrático, como un pilar que aún fundamenta el quehacer médico y que, además, refuerza el compromiso que el médico tiene de enseñar y el compañerismo entre los miembros del gremio.

Respecto al gremio médico, a decir de los entrevistados es muy respetuoso, accesible en el sentido de que al formar parte de este campo y con el surgimiento de la especialización, saben que pueden contar con los miembros del grupo ante cualquier duda o la necesidad de intervenciones de mayor complejidad *“todos necesitamos de todos”*, pues mientras más aprenden, sienten que menos saben, y saben que el apoyo y la ayuda de sus colegas siempre existirán. Ya que el campo de acción médico es tan amplio que es difícil poder abarcarlo, lo que se traducen en apoyo constante entre médicos, a diferencia de otras carreras.

Pese a los conocimientos y competencia el ambiente médico sigue siendo armonioso, de protección, respeto, pero a su vez es rígido y muy cerrado para otras personas que no forman parte de este. Es un ambiente competitivo que identifican como una vía para fortalecer a sus miembros, pues les permite superarse y mantenerse en actualización constante.

El acceso al gremio es restringido, incluso hostil; pero cuando se está inmerso, para ellos es fácil la interrelación, verbigracia, los médicos cuando se reúnen siempre hablan de medicina, incluso en reuniones con personas ajenas al gremio o se la pasan dando consulta.

Identificaron como debilidades del gremio médico, el egocentrismo, pero argumentado bajo la postura de que se trata más del abuso, que la confianza que tienen en sí mismos, que puede ser traducido en soberbia. La bata blanca o el vestirse de blanco, es sin duda, lo que distingue socialmente al gremio de los demás, pues refieren no es sólo vestirse, es lo que representa: la pulcritud, reflejo de integridad, de servicio, es como “*vestirse de gala*”, pues al no usar esta indumentaria es como mezclarse, es andar como “*de civil*”.

Respecto al proceso de enseñanza médica, identificaron se lleva a cabo en tres etapas o actividades a realizar como parte fundamental y que, desde su percepción, puede ser denominada como “enseñanza tradicional”:

1. Teoría, con base en el programa de estudios, el estudiante debe estudiar previamente el tema a tratar, luego el profesor imparte una cátedra mediante la presentación expositiva del contenido, con apoyo de herramientas como pizarrones, proyectores de diapositivas, etc. y contribuyendo con algunos aspectos relacionados que fueron adquiridos con la experiencia profesional.
2. En grupos más reducidos de 8 a 12 alumnos y un profesor adscrito, se intercambian puntos de vista y se refuerza la teoría con ayuda de los pacientes.

3. Con el médico adscrito 3 a 4 alumnos con la asesoría del profesor se practica la teoría, se pregunta, se explora al paciente o con apoyo de un cadáver humano conservado, se estudia en animales o se trabaja en laboratorio. Actualmente, los programas de simulación, que no igualan al paciente ni al cuerpo humano, ni sustituyen la mano humana, pero permiten un acercamiento como parte del entrenamiento.

El papel del profesor es fundamental en este proceso. Es como guía, supervisa y transmite el conocimiento, pues si no está la experiencia del médico y se le deja sólo al alumno, incluso puede ser riesgoso, pues no se aprende por empirismo, se aprende “*de la mano del maestro*”.

El papel del alumno, en el proceso educativo, es recibir la teoría, interactuar con el profesor para fortalecerla y, por último, interactuar con el paciente para realizar algunas maniobras, pero con la supervisión del docente o del médico adscrito en las instituciones de salud pública. Llamaron a este proceso método de enseñanza “tradicional”, y este les brinda la oportunidad del tener un acercamiento a la teoría y la práctica médica. Los médicos egresados consideran a este método la manera idónea de aprender, pues estiman que no es posible obtener sólo información de libros, es necesaria la experiencia del profesor y la que adquiere el alumno con el contacto día a día en el ámbito médico.

Durante el proceso de formación, refirieron, se les enseña a ser críticos y cuestionarlo todo ¿Quién lo dice?, ¿por qué lo dice?, ¿cuánta experiencias tienes de esto? ¿Y si lo repito en ciertas condiciones, será posible obtener los mismos resultados?, esto es lo que garantiza el uso del método científico. Esta es una de las fortalezas del ejercicio de la medicina, es una herramienta que permite evitar la improvisación y no se basa solo en la experiencia. Las evidencias científicas son piezas fundamentales para la práctica y, por tanto, para la enseñanza.

Plantean que la medicina basada en evidencia probablemente sea la “panacea”, pero aclaran estas evidencias no se generaron desde hace poco, por tal motivo no es conocimiento recientemente es producto de muchos años de investigación, es

un bagaje heredado de muchas culturas, de muchas generaciones, de siglos atrás, y a través de cuestionarse siempre, si lo que se está haciendo es lo mejor.

En relación a lo antes planteado, no significa que se tiene o se es poseedor de la verdad, pues esta evidencia incluso puede “ser cuestionada”, pues puede cambiar de acuerdo a los nuevos descubrimientos *“las verdades de ayer, son las mentiras de ahora”*. Las herramientas tecnológicas influyen de manera importante pues son las que le permite a la ciencia avanzar, en busca de lo mejor para el paciente.

Respecto a los modelos de enseñanza actuales, basados en competencias profesionales, dijeron: *“queramos o no, es necesarios seamos sometidos a ciertos controles”*, por las exigencias de la profesión. Las selecciones deben ser rigurosas para que se elijan a los mejores elementos: los mejores alumnos, los mejores promedios, los mejores indicadores de coeficientes intelectuales, las mejores destreza, las mejores habilidades, porque la materia prima es el mismo hombre a la cual “se deben” y es imperativo garantizar que sean los mejores para que *“puedan más adelante cuidarnos a nosotros”*.

Refieren que efectivamente existe la tendencia a la formación militarizada, comentan que es un fenómeno que se da debido a que se busca el respeto a los médicos de mayor experiencia. Se fundamenta en la disciplina, con el respeto que cada persona se merece, pues esto nunca debe trastocarse. Pues es necesario tener un alto sentido de la dignidad y derechos humanos de las personas, por tanto se debe también tener respeto por las personas que se están formando.

La disciplina identifican no implica quedarte callado, es responder con respeto, debido a que no choca disciplina con la formación, más bien se busca un equilibrio entre éstos. No creen que la búsqueda de disciplina llegue a convertirse en autoritarismo, sin embargo, dicen que las jerarquías y el respeto al de mayor conocimiento o rango, existe en todos los ámbitos. Siendo la jerarquía la manera de avalar o respaldar tus conocimientos y experiencias: *“el R3 no opera si no está el R4, el R4 no opera si no está el médico adscrito”*, sin embargo, el hecho de tener mayor autoridad no implica que no se pueda estar equivocado.

Comentan es cuestionable la formación actual de los médicos debido a falta de disciplina, en comparación a la formación que ellos recibieron pues les tocó una mayor disciplina, la cual consideran indispensable para la formación.

Actualmente existen críticas por parte de la sociedad debido a las condiciones de enseñanza por la falta de descanso, la enorme cantidad de conocimientos a asimilar, los horarios amplios de trabajo, etc., que se traduce en detrimento de la calidad, una actitud prepotente y grosera de maestro a alumno o de médico a paciente.

Comentan que cuando una profesión te gusta y se esta convencido, es posible extralimitarse y aun así disfrutar lo que se hace, pues sabes que estas aprendiendo, que tienes la oportunidad de contrastar la teoría con la práctica, como un proceso de *“vivir la teoría”*. Aunque humanamente esté cansado y tiene límites físicos, puede dejar de lado y sacrificar horas de sueño, tiempos prolongados de ayuno, la familia, porque sabe que es un proceso de formación y que el esfuerzo es necesario, al ser una disciplina que prácticamente no tiene límites, y exige estudiar continuamente para mantenerse actualizado.

Esta disciplina y extralimitación de las necesidades y facultades humanas, forman parte de los hábitos de estudio y la entrega que se tiene a la medicina pues *“a veces no hay tiempo para descansar o dejar de estudiar un día... regularmente están leyendo algo o traen una revista en las manos, para revisar un artículo o información”*.

Identifican que la manera en que se práctica actualmente la medicina y se enseña se ve influida por el entorno social en el cual se desarrolla, Por ejemplo: la revolución en la información, las múltiples opiniones de personal médico y no médico en torno a problemas de salud, el incremento en el número de escuelas de medicina, que no implica necesariamente incremento en la calidad de enseñanza impartida, entre otras, ante esto el médico ha asumido una actitud defensiva en su práctica y lo ha forzado a mantenerse más activo y actualizado.

De acuerdo a sus experiencias personales, fueron educados para ver al paciente como un ente bio-psico-social, donde lo más importante es la persona pues *“hay enfermos y no enfermedades”*, *“...en el rango en que le demos la atención al paciente en este mismo sentido atenderemos sus malestares y enfermedades”*, y consideran, actualmente esta visión permanece vigente.

En relación a la tecnológica, comentan es una buena herramienta pero no supera o puede rebasar la intervención del hombre en ningún ámbito *“los últimos 100 años se ha crecido importantemente en cirugía robótica, estudios de laboratorio, el genoma, etc. La tecnología no es sin el hombre, pues es quien la crea y quien la maneja”*. Y pese a la tecnología, la medicina sigue estando centrada en un enfoque humanista, pues las herramientas médicas son *“nuestra manos, nuestra cabeza y nuestro paciente”*

Respecto a la figura del médico destacan que antes *“el médico tenía la idea de que él daba la última palabra lo que él decía era lo mejor para el paciente”*, hoy el paciente tiene acceso a la información de manera abierta y muy impresionante, en ocasiones el paciente te sugiere el tratamiento a seguir o cuestionan la opinión, esto trastoca la relación médico-paciente si el galeno no es cuidadoso se puede romper *“esa magia que se practica con el paciente para que nos tenga confianza”*.

Reiteran que es un derecho del paciente pedir una segunda o inclusive una tercera opinión médica. Cuando estas opiniones no coinciden al cien por ciento o inclusive difieren, el paciente se encuentra en un dilema, pues tiene que decidir al facultativo al cual le otorgará su confianza y esto es una fuente de conflicto.

En relación a la participación de las instituciones de salud en el proceso formativo y práctica profesional médica, destacan la carga de trabajo a la que está sometido el doctor, a recorte de tiempo en la consulta, a un número determinado de pacientes establecido por organismos como la OMS, quienes tienen tiempo estandarizados para la atención y es necesario que apegarse a ellos; en ocasiones es posible someterse a estos lineamientos, pero en otros tantos no, debido a la complejidad de la patología o las necesidades del paciente, que

requieren mayor intervención, el médico debe tener esta habilidad de manejarlo en su favor.

Respecto a la participación de los alumnos en el proceso de atención a los pacientes, dijeron que es conflictivo, pues el paciente se queja al ser revisado por el médico, esté acompañado por alumnos o son valorados por médicos en formación o sin experiencia, les genera incertidumbre y desconfianza. Pero los médicos egresados comentan es imposible un aprendizaje solo de libros y los hospitales sin el apoyo que brindan los estudiantes (internos, médicos residentes y practicantes), serían funcionalmente “*inoperantes*”.

Retomando las cuestiones normativas institucionales, dicen que el precio que ha tenido que pagar la medicina al ser sometida a lineamientos a cumplir, en relación a parámetros de productividad calificada en número de pacientes y no en la calidad de atención, es el deterioro en la calidad de atención y el quiebre de relación médico-paciente.

Te piden que veas, ¡literal!, veas a veintitantos pacientes, pero no entienden que a veces cuando tienes un paciente grave puedes estar todo un turno sólo atendiéndolo a él y si se salva, ya valió la pena la jornada.

De manera adicional, se cuestionó sobre su desempeño profesional en la medicina privada, obteniendo la siguiente respuesta:

... la priva (medicina privada) en es otra cosa, hay si puedes hacer las cosas como se deben o como nos enseñaron, te das tu tiempo para platicar, revisarlos, nadie te presiona.

En relación a la postura que las escuelas de medicina están tomando respecto a esta regulación y normativización de la salud, creen que a los alumnos dentro de plan curricular se les está enseñando esta cuestión de la protección médica, mediante materias como medicina forense o legal, aunque no como tema central. Se les enseña a los alumnos sobre los derechos del paciente y los médicos, se les hace consciencia de que se está expuesto a demandas legales por una mala

práctica, un error voluntaria o involuntaria, por falta de información o el paciente interpreta de manera errónea lo que se les dice:

“los médicos como ser humano nos equivocamos, nos cansamos, tenemos debilidades, pero no existen médicos que se equivoquen de manera intencionada”.

Al cuestionarles sobre la influencia y/o la tendencia a la especialización médica, consideran no implica que se esté atendiendo un órgano o sistema, si no implica el hecho de saber más de este, sin olvidar al individuo y atenderlo con calidad y con dignidad y mantener esa tradición como paciente como el fundamento:

Nosotros tenemos la opción de hacer una medicina general que sigue siendo el pilar de la medicina, resolvemos el 90% de los padecimientos de toda la gente y la formación por especialidad o inclusive subespecialidad, obviamente cuando partimos de este concepto que yo estoy estudiando a un paciente que tiene una falla cardiaca y por eso yo me hago especialista en cardiología, no lo más importante es el corazón, yo sé más de corazón por eso es mi especialidad, pero yo tengo que entender a la persona como lo más importante.

... no es el paciente de la cama 25 es el Sr. Pérez que tiene este padecimiento pero su nombre primero.

Refieren que la medicina no es sólo una profesión, es un modo de vida, va más allá del trabajo, pues influye en todos los hábitos de sus vidas, tienen que sacrificar la convivencia con amigos, familia, todo el tiempo se tiene que estar actualizando *“no importa que sea sábados no importa que sea domingos, levantarte a la una de la mañana a estudiar o atender pacientes”*; pues es parte del compromiso que asumes y de los hábitos que forman parte del proceso de enseñanza, todos los ámbitos de tu vida se ven influidos por la medicina,

Consideran todo lo antes mencionado ha influido, de una u otra manera, en la imagen que el mismo médico va creando y que el paciente ve cuando está en contacto con el médico. Lo ven como alguien que lo puede todo, de confianza y se llega a tener estrechas relaciones con las personas, que incluso los invitan a comer, a conocer a su familia, pues quieren compartir con el medico su riqueza,

sus dones, porque les tiene aprecio y “*pone su vida y sus ser y a sus seres queridos en nuestras manos, así que no les podemos fallar*”

Adicionalmente agregan hacen falta en la formación otras disciplinas como sociología, antropología, cultura general, música, arte, para completar la formación del profesional en salud, pero argumentan que cuando tienen un poco más de tiempo, cuando ya son mayores, ya te puedes dar el tiempo para explorar otras áreas.

INTEGRACIÓN-TEORIZACIÓN

De acuerdo a lo obtenido en esta investigación es posible identificar varias condiciones generales para aprender medicina; en primera instancia contar con el deseo, la motivación, la capacidad intelectual, la vocación o inclusive la madurez para plantearse el reto de convertirse en médicos, junto a valores inculcados desde la infancia en el hogar. Estos conforman algunos rasgos de la *illusio* que mueve al agente a la integración al juego y que representa el interés de los agentes a pertenecer al campo, aceptar que lo que pasa en el juego, asentar que tiene sentido y que sus apuestas son importantes (Bourdieu, 1986).

Es posible identificar durante la formación el siguiente proceso:

1. Aprendizaje teórico en aulas, en el cual profesor transmite el conocimiento
2. El inicio del aprendizaje teórico-práctico con el profesor como mediador del contacto entre el alumno y el paciente
3. Y finalmente, la intervención directa del estudiante con el paciente, en el cual el profesor supervisa las acciones del alumno.

Al parecer, estas etapas sucesivas, dirigidas y supervisadas contribuyen a que el individuo desarrolle una forma de pensamiento clínico y el llamado *habitus* médico, los cuales se pretenden construir paulatinamente a medida que se avanza en este texto.

El proceso de formación en las facultades de medicina e instituciones de salud, en las cuales se desarrolla este proceso enseñanza-aprendizaje, forma parte del

primer acercamiento del alumno al campo, entendido este concepto desde la teoría de Bourdieu como: el espacio social de acción, en el cual el alumno comienza a vincularse e influirse por la serie de relaciones e interacciones sociales particulares y que son independientes de la existencia física del agente (Bourdieu, 1986).

Es dentro de este campo médico, donde el alumno identifica como fuente de conocimiento o acompañante en el proceso educativo a los profesores y médicos en el ejercicio de la profesión, como parte de la acción ejercida por las generaciones adultas sobre las que todavía no están tan maduras para la vida social (Durkheim, 1922).

Se busca que profesores y médicos les transmitan conocimientos fundamentados en la experiencias obtenida a los largo del tiempo. Este tipo de aprendizaje experiencial, en el ámbito médico, es de suma importancia, pues posibilita establecer una conexión hacia atrás y hacia adelante, que lo configura como parte de un aprendizaje activo, que utiliza y transforma los ambientes físicos y sociales para favorecer la participación entre los elementos activos (experimento) y pasivos (consecuencias del acto educativo) y que se traduce en un cambio producido en el entorno individual y social del estudiante de medicina, a través del desarrollo de sus capacidades reflexivas y su pensamiento (Dewey, 1916), pretende se apropie de una inteligencia común del gremio médico, que de una u otra manera favorezca su ingreso al campo médico.

Una de las formas de aprendizaje, es mediante la observación del desempeño profesional, como una parte fundamental del proceso de enseñanza de los futuros galenos. Tal y como pudo ser corroborado con los hallazgos obtenidos en esta investigación, de acuerdo a la encuesta aplicada a estudiantes de la facultad de medicina. La conducta innata que tiene el hombre a imitar, es la que opera principalmente, a través de su función informativa percibida de un modelo observado (el profesionista médico), que posibilita el generar en el observador (estudiante) la adquisición o modelado de conductas, inhibición o desinhibición y/o

facilitación. Finalmente condiciona que la conducta original se reproduzca, pues esta guiado por la combinación que se realiza entre imágenes y códigos retenidos en la memoria, en combinación con la información percibida en el ambiente (Bandura citado en Woolfolk, 2010).

El profesor transmite al alumno los conocimientos, experiencias y lo acompaña durante el proceso de aprendizaje, favoreciendo el diálogo entre las partes. Por tanto, el maestro en el área médica, es tal como Durkheim (1922) planeó como el poseedor del poder otorgado por la sociedad, el intérprete de las ideas morales, y su autoridad moral debe ser su cualidad principal.

El ambiente formativo y la interacción con los modelos de observación (personal experimentado en las escuelas de medicina e instituciones de salud), en la práctica en contacto con el enfermo puede garantizar una vinculación estrecha con el "*quehacer médico*". La posibilidad de contrastar lo aprendido con lo percibido mediante los sentidos: ver, oír, oler, sentir, forma parte de la experiencia de "*vivir la teoría*", o desde la teoría deweyniana "aprender haciendo o aprender por las experiencias". Bajo esta teoría se propone que el alumno desarrolle sus capacidades reflexivas y su pensamiento, equivale a hacer explícito en la experiencia el elemento inteligible (Dewey, 1916).

Es también mediante el contacto con los agentes (profesionales médicos) que ocupan una posición privilegiada y dentro del ambiente de la medicina que el alumno se apropia de conductas, comportamientos, formas de desenvolverse en el campo, *como una huella matricial un "imprinting"* (Morín 1999), que les facilitará su inclusión y posterior permanencia. Este moldeamiento e incorporación de nuevos esquemas, incluye un cierto conformismo cognitivo, pues elimina las posibilidad de sublevación, que facilita el desarrollo de relaciones objetivas existentes independientemente de la conciencia o voluntad individual, y que son comunes a todos los integrantes del gremio, los cuales funcionan en la práctica y para la práctica, "*es incluir en el objeto el conocimiento que los agentes tienen del mismo, y la contribución que ese conocimiento aporta a la realidad del objeto*", (Bourdieu, 2002b: 478).

El aprendizaje de la medicina es para los estudiantes de los tres grupos un proceso dinámico, continuo e inacabado. El adquirir abundantes conocimientos teórico-prácticos es considerado vital en este proceso formativo; sumado a esto, la idea de que el médico es un profesionalista con un amplio bagaje de conocimientos, siendo incluso una de las motivaciones o intereses que mueven la *illusio*.

Estos aspectos son los que sitúan al conocimiento como un pilar fundamental en del desarrollo educativo del profesional médico, pero siempre y cuando se cuente del reconocimiento universitario que avale el conocimiento. A este respecto abonan los planteamientos hechos por Falco Hernández, (2010), quien comentó que el ámbito del conocimiento médico y no médico en la actualidad se desarrolla con mucha rapidez, por lo que el profesional se ve imposibilitado a mantenerse actualizado en todas las áreas médicas. Esto favorece el desarrollo de especializaciones médicas, lo que condiciona la fragmentación, extrae un objeto de su contexto, opera en sí misma una escisión con lo concreto, privilegiando todo cuanto es calculable y formalizable (Morín, 1999).

De tal manera, que el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje al estar centrado en el conocimiento, a su vez puede ser divididos en dos rubros: en primer lugar, los contenidos teóricos que están en los libros, revistas o artículos de investigación, y pueden ser obtenidos con el estudio autodidacta y en aulas. En segundo término, el conocimiento experiencial u observacional en las llamadas prácticas médicas, en donde los alumnos tienen la oportunidad de confrontar teoría y práctica en las instituciones de salud pública, acompañados del profesional médico quien dirige este proceso.

De tal manera, que la experiencia y la observación del profesional es sumamente valorada, debido a que forma una de los pilares para el aprendizaje de la forma de apropiarse de disposiciones emocionales e intelectuales que les permita pertenecer, permanecer en el campo médico y sobre todo perpetuarlo a este campo como una comunidad.

Los médicos, desde su punto de vista, desarrollan de manera individual e independiente hábitos de estudio y una curiosidad permanente hacia el saber que los motiva a prepararse continuamente. Incluso llegan a ver como algo cotidiano el estar leyendo y estudiando, refieren que la cantidad de contenidos médicos a aprender es tan amplia que se descuida otras áreas como las ciencias dedicadas a las humanidades, Los médicos con mayor experiencia o que su vida productiva es menos demandante tienen la oportunidad de adentrarse en estas áreas. Este hallazgo podría ser una de las causas por las cuales el galeno, al estar enfocados en el saber científico, se olvida de factores relacionados al cuidado y al trato humano de las personas.

Bajo esta misma línea están las formas de comportamiento, cualidades, sensibilidad, valores, actitudes y estrategias que son aprendidas durante el devenir del alumno en el campo médico. Estas características nuevas conforman el "*ser médico*", permiten desarrollar habilidades para establecer redes de confianza con el enfermo, aprender a estar inmerso dentro de las dinámicas del área médica, como una forma de permanencia y colaboración con el campo y los agentes que lo conforma. Durkheim (1922) sostuvo, que el entorno social se encarga mediante el establecimiento de normas, de regular la conducta e integrar al individuo, como una forma de asegurar que se comparta una inteligencia en común, esto último en palabras de Dewey (1916).

De acuerdo a los datos que se obtuvieron en esta investigación, los valores que se pretende desarrollar en los estudiantes, destacan la humildad, el respeto y la paciencia. Pérez Tamayo (2010) opina que la humildad, es la actitud moral que el galeno debe desarrollar, en el sentido en que si es consciente de que sabe ciertas cosas, debe obrar en función de ello, pero también de la consciencia de la ignorancia de muchas otras cosas. Esta situación plantea podría llevar a la parálisis, pero el médico no puede paralizarse, es entonces cuando si no tiene conocimiento, debe recurrir a su intuición, producto de la experiencia.

Sin embargo, los argumentos proporcionados por los médicos egresados, en lo referente a la humildad, existe cierta contradicción, pues aunque, aparentemente

están dispuestos a reconocer cuando se está equivocado, solicitan se brinden pruebas con validez científica, que les corrobore que están en un error, es sólo bajo estas condiciones que el médico podrá reconocerlo, mostrando una de las características del modelo hegemónico médico: biologismo, como factor que garantiza la cientificidad de la medicina. Los procesos sociales, culturales o psicológicos son considerados anecdóticos (Menéndez, 2005), pues "*La medicina debe estar basada en las evidencias científicas no en ocurrencias*".

Los participantes en la investigación, agregan que el tipo de médico en que se convertirán depende de dos factores primordiales: los valores inculcados, y el apoyo y la motivación brindada en el hogar durante el proceso educativo. Lo que deja al descubierto, un punto importante dentro de la educación médica "la familia", como primer partícipe en la marcha formativa y que en pocas ocasiones se contempla como determinante e influyente directo en el proceso de enseñanza.

Algunas otras características del proceso formativo, son la rigidez, pues el ámbito médico es estricto, restringido y competitivo con tendencia a una dinámica de corte militarizado, como parte de los rasgos que permiten legitimar, segregar y perpetuar las conductas heredadas y que son producto de los modelos hegemónicos (Menéndez, 2005) Consideran que estas características son visibles para las personas ajenas al campo, pero los que la conforma, lo consideran un fenómeno natural en la misma disciplina, un fenómeno de *imprinting* como la fuerza normalizadora del dogma o la huella matricial que inscribe a fondo el conformismo y, hay una *normalización* que elimina lo que ha de discutirse (Morín, 1999:9-10).

Las características antes descritas, en lugar de considerarse como aspectos negativos, son visualizadas como ventajas, respecto a otros ámbitos, puesto que propician u obligan el respeto entre los partícipes, la disciplina, actualización y capacitación constante, la integración, colaboración y compañerismo. A decir de los participantes, favorecen la consolidación de las relaciones entre los miembros del área médica. Los argumentos antes planteados dejan al descubierto los puntos

que han permitido que este tipo de prácticas de dominio permanezcan, pues forman parte de las reglas empleadas al interior del campo, como parte de la lucha para la obtención del capital simbólico.

El capital simbólico que poseen los agentes dominantes, facilita el reconocimiento por parte del resto de los integrantes y de las personas ajenas al campo médico, como los que poseen el control de los bienes que determinan la hegemonía, que garantizan legitimidad y son la fuerza coercitiva que da estructura individual y colectiva.

La disciplina, por otra parte, aunque es importante para la formación, propicia la segregación con base en jerarquías. La jerarquización en el área médica es justificada como la parte del respeto que se debe tener a los profesionales con mayor experiencia o conocimientos. Parece indicar que este fenómeno, es otra manera de legitimar la experiencia y los conocimientos, pero también garantizar la verticalidad en el proceso de interacción entre los partícipes (Menéndez, 2005).

El conjunto de prácticas, saberes y teorías dominantes se basa primordialmente en el biologismo, como factor que favorece la cientificidad, la diferenciación y la jerarquización; así como la apropiación de los saberes. Esta estructura de poder dominante vista desde la postura de Foucault, en el texto *Microfísica del poder* (1976), no tiene sólo una connotación negativa, pues si el campo médico es fuerte, es debido a que los procesos hegemónicos producen efectos positivos a nivel del deseo y del saber.

Los modelos de hegemonía médica brindan, además un respaldo al paciente, acerca de los procedimientos o las intervenciones que se realicen en él (y en los cuales participan los estudiantes), sean llevados a cabo con la mayor seguridad y confiabilidad posible. La ausencia del médico experimentado en la formación de los estudiantes y sobre todo cuando se tiene contacto o intervención con pacientes se considera riesgosa e imprudente, pues se incrementa sobremanera la posibilidad de accidentes médicos.

La escuela en estos aspectos juega un papel importante, pues es un medio de acceso a esos modelos de dominio, a capitales que están en juego y que son necesarios para el ingreso y permanencia en el campo médico como en la educación médica. La escuela funge entonces como una institución de poder, pues su función es la imposición de la legitimidad de una determinada cultura o forma de vida, así como el desarrollo de las habilidades y capacidades que precisa la sociedad (Durkheim, 1922).

Otro aspecto, que se considera inherente y que forma parte de las muestras de unión o compañerismo dentro del mismo gremio de la salud, y que no se encuentra plasmado como un deber u obligación, pero es transmitido de un médico a otro, es que todo médico que es atendido por otro está obligado a brindarle la mejor atención, sin buscar ninguna remuneración, pues es obligación moral del campo médico ayudarse unos a otros en estados de vulnerabilidad.

El campo del área de la salud es inminentemente excluyente y trasciende más allá del entorno laboral del médico, pues en la interacción con los miembros del grupo y fuera de esta, los individuos buscan la distinción del resto, haciendo énfasis en las hazañas, anécdotas o simplemente brindando atención médica en condiciones inadecuadas o destinadas para otros fines “... los médicos sólo hablamos de medicina” “... vas a una fiesta o a una reunión y te la pasas dando consulta”.

En relación a la oferta educativa, los alumnos refieren que el gusto por las ciencias biológicas y la falta de afinidad o de capacidades para algunas otras áreas como físico-matemáticas o sociales, junto a la creencia de que la carrera de medicina incluye un sinnúmero de aspectos que la hacen completa y compleja es un factor que la hace atractiva. Es mediante al proceso de enseñanza en las aulas que los alumnos, tienen la oportunidad de adquirir un panorama amplio sobre el quehacer médico, la visión integral del paciente, el proceso salud-enfermedad y la interdisciplinariedad de la medicina.

En relación al desarrollo de la clase en las facultades de medicina y el uso de los métodos de enseñanza existe un predominio de la clase expositiva, enfatizando en

adquirir conocimientos en su mayoría memorísticos, el dominio de acciones o tareas propias de la profesión. A este respecto, abona la concepción “*bancaría*” de la educación que Freire (1970) planteó sobre las relaciones educador como de naturaleza narrativa alienante, discursiva, disertadora. El sujeto de la educación es el educador el cual conduce al educando en la memorización mecánica, busca puntualizar los aspectos que desde el punto de vista del profesor son relevantes para comprender las patologías, mostrando sólo retazos de la realidad, Las evaluaciones son mediante exámenes orales o escritos, en base a un puntaje deseable, cuyo contenido de evaluación es desconocido por los evaluados, tiene que ser resuelto en un tiempo preestablecido y busca cuantificar el resultado de aprendizaje no el proceso por el cual se generó el conocimiento. Sin embargo, esta tendencia disminuye conforme los alumnos avanzan en su proceso formativo.

El hallazgo comentado en el párrafo previo, tiene relación a lo planteado por Panza (2010) como escuela tradicional y en cierta medida algunos puntos del enfoque de competencias (Agut y Grau, 2001). Ambos siguen la línea del concepto de educación de Durkheim que involucra la transmisión de conocimientos de una generación adulta a una joven. Pero actualmente, este método de enseñanza se auxilia de las herramientas tecnológicas que fungen como apoyo para el desarrollo de la clase, sin sustituir la participación del profesor. Los auxiliares de diagnóstico son abordados a profundidad en pocas ocasiones dentro del desarrollo de la clase. De tal manera, podemos suponer que el uso de las herramientas tecnológicas no constituye un enfoque prevalente dentro del proceso educativo.

Como alternativas al desarrollo de la clase los alumnos identifican: la exposición de casos clínicos que permiten dirigir el proceso de aprendizaje, y situar el conocimiento en un contexto real; en segundo punto, crear condiciones de aprendizaje por parte del profesor, basados en problemáticas obtenidas dentro del desarrollo de la clase, durante las prácticas en el campo clínico que desencadenan discusiones o el intercambio de ideas. En todos estos casos, se auxilia de los avances científicos más recientes, a los cuales se tiene acceso

mediante los artículos publicados en revistas médicas de renombre y cuyo rigor metodológico y científico, permitan considerarlos como confiables, relevantes o trascendentes, como parte de la enseñanza de la medicina basada en evidencias, sin que el aprendizaje gire en torno de esto.

Tal y como se comentó en los resultados de corte descriptivos, existe cierta tendencia de los alumnos en formación a identificar al modelo observacional como el primordial, los médicos egresados aunado a esto destacan el papel del modelo tradicional, pero con características diferentes a las descritas por Panza (1993). El modelo tradicional al que se refieren los médicos consiste en un proceso de aprendizaje en tres etapas. La primera relacionada con el aprendizaje teórico en sí mismo, la segunda basada en la observación del profesor, y su interacción con el paciente, en la cual el alumno tiene la posibilidad de intercambiar opiniones y por último, el acercamiento, la confrontación y participación del alumno directamente con el paciente. El papel de profesor en todo el proceso es de asesoría, acompañamiento y guía.

El entorno posmoderno en el ámbito educativo médico, ha hecho difícil el identificar tendencias claras en cuanto a modelos de enseñanza se refiere. Esto probablemente secundario a la subdivisión pragmática de los saberes, pues ya no busca formar una élite emancipadora, si no proporcionar personal en salud capaz de resolver eficientemente las enfermedades de la población (Lyotard, 1984).

La confluencia de varios modelos de enseñanza en una misma situación de aprendizaje, deja claro como los modelos son sólo elementos teóricos que no existen en la realidad de manera pura o aislada y representan una reproducción simplificada de la realidad.

Es posible suponer que esta falta de tendencia a seguir un mismo "hilo conductor", puede generar un caos durante el proceso educativo, pues cada uno de estos modelos tiene divergencias en relación al objeto de estudio, del estatus epistemológico, el manejo de los contenidos, el papel del profesor y el alumnos en el proceso formativo, etc. Este caos, es denominado por Emile Durkheim (1902)

como *anomia*, que se caracteriza por la falta de límite de las acciones individuales, secundario a la ausencia de un cuerpo de normas que gobiernen las relaciones o garantice su cumplimiento. Este fenómeno ligado íntimamente al entorno posmoderno, caracterizado por el crecimiento acelerado del estrato social, la desvinculación del individuo con su entorno, al considerar que el saber no depende de la formación de espíritu, si no de las relaciones de consumo e inmediatez, que buscan la vertiente de la transmisión del saber de manera pragmáticamente con base en preguntas: ¿quién?, ¿qué?, ¿a quién?, ¿con qué apoyo?, ¿para qué? (Lyotard, 1984; Falcó Hernández, 2010).

En la investigación realizada por Núñez Cortés y cols. (2012) fue posible identificar que el proceso formativo de los médicos está plagado de fortalezas teóricas y prácticas, transmitidas por el profesor bajo la base de una lección magistral. Estas fortalezas juegan un papel decisivo para favorecer el enfoque teórico excesivo, pero revela la necesidad de profundizar en el aprendizaje de valores, actitudes ético-morales, habilidades y destrezas comunicacionales interpersonales (García, 2002) y fomentar la adquisición de conocimientos en diversas materias complementarias a la medicina (sociología, antropología, etc.).

En general, en las aulas se desarrolla un ambiente de colaboración, respeto y confianza, pero inmerso bajo los códigos de conducta médico y las dinámicas de funcionamiento del campo, lo que supedita en ocasiones un ambiente rígido.

Los alumnos, por otra parte, perciben una cierta fragmentación y desapego entre el binomio profesor-alumno, debido a la tendencia del docente a ser intransigente e inquisitivo. Hilarion en 1973, sostuvo que el estudiante de medicina es un ser psicosomático estimulado por el medio físico, cultural y, en particular social, el cual tiene la tendencia a asumir actitudes positivas frente a sus compañeros, familia, el sexo opuesto, muestran mayor preocupación por otras personas, son más maduros psicológicamente, sin embargo, muestran relaciones negativas frente a las figuras de autoridad, manifestada por ira, susceptibilidad y molestia ante las

ofensas. Aunque no es posible, tener la certeza, es probable que por la mera figura de autoridad que represente el profesor, es que los alumnos consideren la existencia de este quiebre.

Para los médicos egresados la forma de ejercer la medicina y de enseñarla han cambiado, en relación al uso de medios tecnológicos como auxiliares del diagnóstico y manejo (imagenología, descubrimiento del genoma, etc.) y del aprendizaje (simuladores, video, audio, sonido, etc.); sin embargo, consideran que los fines trascendentes y los pilares de la medicina no se han modificado, así como los partícipes siguen siendo el paciente y el médico con el uso de su inteligencia y sus manos como herramientas principales, pues aun con las nuevas tecnologías el personal médico es insustituible.

Esta situación, vislumbra como algunos rasgos de la condición posmoderna generan cambios en el paradigma científico que sustenta el cuerpo de conocimiento de la profesión, por otro lado, en la condición del individuo y en los conceptos de legitimidad y autoridad. Por lo que se refiere a los primeros, aparece el indeterminismo y la complejidad como elementos característicos, lo que obliga a una adaptación constante del acervo de conocimientos. En cuanto a los segundos, se prioriza la inmediatez en detrimento de la experiencia y la trayectoria existencial, lo que se opone a la adquisición del conocimiento tácito, propio del profesional-experto, y todo indicio de autoridad aparece como obsoleto. Con lo que se socaban los cimientos del ideario profesional tradicional (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos Madrid, 2006:11).

Este ideario posmoderno incide en el proceso educativo médico, en el cual las tendencias educativas heredadas prevalecen, pero se acuña el uso de otros métodos de enseñanza como herramientas alternas que pretenden hacer “dinámico” el proceso educativo o adecuarlo a las nuevas necesidades. Pero son utilizados sin las bases metodológicas necesarias para su aplicación o sin propósitos planteados con antelación; esto pese a las normativas institucionales

establecidas, y por tanto, los resultados esperados por las instituciones es posible no se logren a cabalidad.

Es posible retomar los resultados obtenidos por Falcón Hernández y cols. (2010), quienes consideran que el valor principal de MBE y el ABP es que son herramientas técnicas que tratan de cuantificar y calificar la mejor forma de usar y aplicar la evidencia científica, pero esta tendencia positivista no está en discordancia con la comunicación empática, con la medicina deshumanizada, dogmática.

Esta condición de posmodernidad, sensibiliza ante las diferencias y fortalece la capacidad de soportar lo inconmensurable, dejando de lado la homología de los expertos, pero aun así legitimando los saberes determinados por el grupo hegemónico (Lyotard, 1984).

En relación a las características que se atribuyen al profesional médico, es visible una evolución progresiva del concepto de “ser médico” el cual adquiere mayor complejidad a medida que la formación académica y las experiencias en el campo se incrementan. De igual manera, se adquiere el lenguaje propio de la profesión, actitudes y comportamientos, que permiten configurar el sistema de disposiciones duraderas y transferibles: “*habitus*” que permiten funcionar como estructuras estructurantes estructuradas. Esta transformación en los estudiantes, está condicionada por la participación que tienen los alumnos en el campo médico, a través relaciones objetivas que existen independientemente de la conciencia o voluntad individual. (Bourdieu, 1990).

Se destaca la indumentaria “la bata blanca” como una característica distintiva primordial de la identidad de los médicos y que forma parte del llamado “presentación de sí” que plantea Bourdieu. Inclusive consideran que va más allá de la forma de vestir, pues representa elegancia, pulcritud, “*es como vestirse de gala*”, y consideran forma parte o refleja la imagen que transmite el profesional de la salud.

Al parecer los alumnos de primer año, basan su conocimiento sobre el ámbito de la medicina o la profesión con base en preconcepciones fundadas en conocimientos transmitidos por el entorno social, su familia e ideas de sentido común, originadas desde su percepción o experiencia. Buscan, en términos generales, fines altruistas vagos como “ayudar, ser un agente de cambio, curar”. A medida, que avanzan en el proceso de formación esta intensión se particulariza y toma forma, en sentido que se enfoca a la prevención, diagnóstico, y tratamiento de enfermedades como la manera en la cual pueden intervenir para lograr el fin benéfico. Además se identifica el objeto de intervención: paciente o enfermo, sociedad; de tal manera, que al final del proceso educativo él médico es:

Profesional competente que cuente con conocimientos y habilidades que le permitan desempeñar la profesión (maniobras, el poder diagnosticar una enfermedad, tratamiento y curación de las enfermedades); la necesidad del trato humano cercano, hace que el médico sea un servidor público, pues su función es vigilar, cuidar y proteger la salud del paciente, viéndolo como un ente bio-psico-social.

Destacan que los fines humanos que persigue la medicina, como servicio a la sociedad, no solo se limitan al campo clínico (hospitalario), en relación a la atención del enfermo y el tratamiento de enfermedades, incluyen la educación tanto de nuevas generaciones de galenos, como del grupo social del cual forman parte o al cual brindarán servicio. Esto vinculado con el concepto de *épiméleia* (Foucault, 1987) refiriéndose a un determinado modo de enfrentarse al mundo, de comportarse, de establecer relaciones con los otros, que favorece el desarrollo de una determinada forma de atención y pensamiento de uno mismo, de los demás y que decanta en un determinado modo de actuar. Con base en esto, sería de esperar que la tendencia de una forma de educación fundada en conceptos humanistas debiese prevalecer en la formación de los galenos, pero aunque se vislumbra en todo el proceso formativo áulico, su papel suele ser relegado por los conceptos teóricos y prácticos.

Continuando con los planteamientos de Foucault y la mirada de dicho autor, sobre "*el cuidado de sí y del otro*" las razones que explican el hecho de que la filosofía occidental haya privilegiado el conocimiento de uno mismo, en vez de la preocupación por uno mismo, ha puesto el acento en el conocimiento de uno mismo convirtiéndolo en una vía fundamental de acceso a la verdad. A partir del momento en el que el filósofo o el científico, es capaz de reconocer el conocimiento en sí mismo a través exclusivamente de sus actos de conocimiento (desarrollo autónomo del conocimiento), sin que para ello se le pida nada más, sin que su ser de sujeto tenga que ser modificado o alterado (Foucault, 1987).

La investigación y el trabajo docente son otras de las funciones o labores médicas, pero aparentemente tienen una importancia secundaria en la mayoría de ellos, o la medicina puede ser considerada el trampolín para acercarse al campo científico-educativo de manera permanente.

Los alumnos, expresan que las personas perciben al médico con cierto grado de deshumanización, pues se les olvida que son seres humanos, que cometen errores y se equivocan. Consideran que es debido a que el médico tiene la tendencia a reprimir o bloquear mostrar sus sentimientos o afectos y no muestran sus cualidades humanas, o incluso a que al ser personas que se encuentran constantemente superando sus límites crean una imagen de "superhéroe". Los pacientes, por su parte, cada vez son más exigentes, son más informados (uso de tecnología de la información), están predispuestos a que se les dé una mala atención, están a la defensiva.

En relación a que se tenga la percepción de que el galeno ve al paciente como una enfermedad, para los alumnos que inician su formación, esta situación la atribuyen directamente a una responsabilidad por parte del doctor: En los alumnos de tercer año por su parte comienzan a visualizar otras aristas del problema, lo cual denota la multifactoriedad del fenómeno, por ejemplo: las posturas defensivas entre ambos participantes, los errores en la práctica, el desplazamiento de la atención durante la consulta por la necesidad de cumplimiento de normativas (expedientes, cumplir metas, limitar el uso de recursos, etc.), el uso desmedido de la tecnología

como herramienta de apoyo durante la atención (en el diagnóstico o como parte de trámites administrativos), la falta de apego al tratamiento o desconfianza hacia el juicio clínico, entre otros; éstos desencadenan en un mal resultado en cuanto a la atención de problema de salud (diagnósticos inadecuados, tratamientos ineficientes, mala calidad, poca calidez de servicios, etc.), mayor desconfianza, desapego entre los partícipes y desprestigio de la acción médica y de las instituciones de salud.

Los alumnos consideran que este desapego se gesta cuando ya se ha egresado de la carrera o cuanta mayor sea la formación académica, sin embargo, los médicos que ejercen consideran es un hecho que, aunque se presenta, no es algo que se enseñe durante la formación en las aulas, lo identifican como el resultado de una práctica de la profesión inadecuada y no deseable. Son conscientes de que se lleva a cabo y se muestran en contra de esta conducta, al no perseguir fines fundamentales de atención, soporte y acompañamiento ante un estado de vulnerabilidad.

Los comportamientos que propician el desapego con el paciente y que se consideran compartidos por los médicos e incluso distintivos, como: el egocentrismo, sentimiento de superioridad, ser groseros, prepotentes, orgullosos, faltos de tacto, etc. Estos rasgos caracterizan a los médicos que no buscan el bienestar colectivo si no el individual o quienes no tienen una vocación de servicio, lo cual los vuelve incompetentes para desempeñar la labor en salud.

Adicionalmente, los alumnos destacan el papel de las instituciones de salud y las condiciones laborales bajo las cuales se ejerce la medicina; la insuficiencia en recursos humanos, insumos y económicos, traducido en una sobre saturación de pacientes, en el cumplimiento de metas de productividad, el ajustarse a tiempos de atención en consulta o restringir al manejo a expensas de cuadros básicos de medicamentos, etc. limita su labor y restringe que el galeno pueda establecer un vínculo con los pacientes.

La tecnología en medicina es otro factor condicionante del desapego, pues se tienen la tendencia al ejercicio profesional basándose en el uso de herramientas auxiliares de diagnóstico, bajo protocolos de manejo o la fragmentación de la medicina con base en la especialización y subespecialización, que impide ver un panorama integral y condiciona dependencia a estos, esta tendencia creen es más frecuente en la medicina pública. Los estudiantes comentan que durante el proceso de formación en las aulas, no se busca el uso de la tecnología de forma prioritaria. Este hallazgo, es relevante pues al parecer es una tendencia que surge en la práctica profesional, no propiamente en la enseñanza efectuada en las facultades de medicina.

Lo antes planteado concuerda con los resultados obtenidos en el artículo "*How a mobile app supports the learning and practice of newly qualified doctors in the UK: an intervention study*" (Bullock y cols., 2015), pues encontraron que el uso de las herramientas tecnológicas en la práctica clínica es bien aceptada por el personal. Además brinda la posibilidad de potencializar un aprendizaje más profundo y generar un andamiaje de conocimiento dinámico, sin embargo, no reemplaza a la experiencia y el conocimiento humano.

Los médicos egresados consideran que, pese a estas condiciones, no pueden ser tomadas como justificación para no fomentar la relación "*mágica*" médico-paciente. Consideran que la medicina implica mucha responsabilidad y las cualidades humanas, particularmente "la humildad", permiten que el paciente le tenga la confianza como para poner en sus manos la vida de sus seres queridos o la de ellos mismos.

La medicina es para los estudiantes una ciencia, disciplina o profesión dinámica, complicada y compleja, que requiere de un proceso de aprendizaje continuo, con amplias posibilidades de conocimiento, con un campo laboral amplio "*siempre habrá enfermos*" y de desarrollo personal (satisfacciones, recompensas), económicos, de reconocimiento, profesional. En relación a las bienes económicos y de reconocimiento social, comentan son importantes pero no son prioritarios, pues las satisfacciones personales y los fines altruistas los superan. Estos

corresponden a los bienes simbólicos que se encuentran en juego, dentro del campo médico y que condicionan que él estudiante de medicina y los profesionales los busquen como medio para legitimar su posición.

Dentro de estos bienes simbólicos existen algunos no explicitados de manera abierta y mantenidos como “*ocultos*”, pero que son buscados fervientemente y que representan parte de la presentación ante el grupo médico y no médico. Ejemplo de éstos son la distinción con el término *Doctor*, al ser considerado como una persona inteligente, estudiosa, responsable, noble, sacrificada, pulcro, etc. y que son reforzadas por el colectivo.

Los alumnos del último año de medicina junto con los médicos egresados, se apropian de conceptos como ver al paciente como un ser bio-psico-social, como la base o la fuente de conocimiento y desempeño.

Identifican que el ejercicio de la medicina desde dos ámbitos o esferas: científica y humanista, pero no se ven estas dos esferas aisladas si no co-dependientes, pues el conocimiento científico es el que permite poner al servicio del paciente sus conocimientos. Por otra parte, el solo conocimiento científico no es suficiente por si sólo, pues en ocasiones el paciente lo único que requiere o desea es que se le escuche o le ayuden a mitigar su dolor o sentirse cuidados. A este respecto abona Foucault (1987), al privilegiar el conocimiento de uno mismo, en vez de la preocupación por uno mismo, al privilegiarse uno sobre el otro, no tomando en cuenta el vínculo como reguladores de la acción, como objeto o como proceso.

A este respecto surge la crítica de que el médico es uno de los individuos que con menor frecuencia cuida su persona, pues son los que tienen mayor cantidad de hábitos nocivos “*fuman, son sedentarios, se desvelan, toman mucho café, etc.*”. Se podría suponer con este hallazgo que existe un deterioro de la *épiméleia heautou* (Foucault, 1987) dentro de la formación, por tanto, el fenómeno de introspección que permite pensar sobre lo que acontece en el pensamiento y que determina el modo de actuar y hacerse cargo de sí mismo.

Los médicos egresados asumen como un compromiso el agradecer a sus maestros y devolver lo que se hizo por ellos enseñando el arte de la medicina a otros. En 2015, Darragh, Baker y Kirk, en la investigación titulada “*Teaching Medical Students, what do Consultants think?*”, reveló que la mayoría de los médicos consideran deben ser enseñados por otros médicos con mayor conocimiento. El enseñar es considerado como un deber profesional pero también como un acto de buena voluntad. Aunque lo consideran placentero, los médicos sienten que no tiene el tiempo suficiente, pues otras actividades clínicas toman prioridad, o incluso la formación de posgrado es de mayor importancia que la formación médica básica.

Al final de la formación y los médicos egresados encuentran en la ética y en el juramento hipocrático, como el principio básico que rige la conducta médica, lo cual queda plasmado en las siguientes líneas de dicho documento:

Venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, compartir con él mis bienes y asistirle en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo; comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos, y a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos comprometidos y que han prestado juramento según costumbre, pero a nadie más (Actualización de la fórmula hipocrática que llevó a cabo la Asociación Médica Mundial en Ginebra, 1948, revisada en 1968 en Sydney).

El hecho de que los médicos egresados le den importancia a este código ético creado en el año 500 aC, llama particularmente la atención, pues permite suponer que es una profesión sólida con fines claros, estructura fijas, restringido. Estas cualidades permiten que aún con el paso del tiempo se mantenga en algunos aspectos vigentes y con una estructura sólida, pese al entorno en continua transformación, de igual manera denota por qué los integrantes del campo se aferran a estas estructuras que los conforman y que confieren el llamado “*habitus médico*”

El “*ser médico*”, es desde la percepción de los encuestados, ir más allá de ejercer solo una profesión, es adquirir una forma de vida, brindar su vida a la medicina. De tal manera, que la medicina trastoca todos los ámbitos: personales, familiares, profesionales y sociales, los límites entre estos aspectos de la vida no es posible delinearlos de manera clara y es difícil desprenderse de este “*ser médico*”. Probablemente debido a que genera identidad y fortalece la necesidad de pertenencia al campo y conseguir los bienes propios del este, como parte del aliciente que motiva su *illusio*.

CONCLUSIONES

Esta investigación permitió identificar algunas tendencias en relación a cómo se lleva a cabo el proceso de educación médica en las aulas. En relación a los métodos didácticos que se utilizan, prevalece el uso del método observacional desde el punto de vista de los alumnos en formación y expositivo tradicional, según lo referido por médicos egresados. Además se hacen uso de algunas otros métodos como el tecnocrático, enfoque por competencias, humanista, ABP y MBE primordialmente. Los cuales confluyen en un mismo entorno educativo. Su función es como herramientas de apoyo al proceso enseñanza-aprendizaje. Al parecer en algunos casos no existe una plena consciencia de su uso, sin el conocimiento suficiente sobre dichos métodos. Por tanto es difícil identificar alcances, repercusiones y/o limitaciones de cada uno de ellos, pero son utilizados con el propósito de aportar dinamismo al desarrollo de la clase.

Existe la tendencia a privilegiar los conocimientos teórico-prácticos, por sobre el conocimiento humano en sí. De tal manera que, los procesos educativos giran en torno al conocimiento, se busca el crear condiciones idóneas de aprendizaje y evaluación encaminadas al cúmulo memorístico de contenidos y en cierta medida de habilidades que faciliten el desempeño profesional.

El adquirir conocimiento, sin embargo, aunque es sumamente valorado, es contemplado como el medio para lograr fines altruistas y humanistas (ayudar a salvar vidas, cuidar la salud, evitar enfermedades), personales (superación, logros,

reconocimiento), económicos, sociales (estatus, seguridad social), laborales (trabajo estable).

El profesor o médico mayor calificado (el que más sabe) o con más experiencia es el más valorado, como eje conductor de la enseñanza. En el proceso formativo médico se considera primordial el acompañamiento y la dirección que brinda el maestro al alumno. La enseñanza a las futuras generaciones, forman parte de las obligaciones o compromisos que el médico adquiere, es la manera de retribuir al gremio y a sus maestros lo recibido durante su devenir formativo. Por otra parte, el médico contempla la necesidad de capacitar lo mejor posible a los alumnos, pues serán quienes en el futuro les brindarán atención en salud a ellos mismos o a sus seres queridos.

Los modelos de dominio médico vigentes dentro del campo, siguen prevaleciendo. Los participantes son conscientes de éstos y fueron capaces de identificarlos, consideraron forman parte de la caracterización del profesional, como forma de cohesión y segregación dentro del mismo campo médico. En algunas áreas funge como fortaleza, pues permite que los partícipes se mantengan dentro de una misma línea de conducta. Como parte de las características disciplinarias requeridas para el aprendizaje y el ejercicio de la profesión, las jerarquías garantizan una estructura organizada y el desarrollo de las actividades acorde al nivel de conocimiento y experiencia que se tenga, lo que permite limitar riesgos en la práctica; posiciona y distingue al médico con la más alta jerarquía dentro del campo, como una manera de diferenciación dentro del mismo grupo y como uno de los capitales simbólicos más preciados.

Pero el modelo hegemónico médico ha sido considerado, también con un puntos de quiebre entre los integrantes del campo médico, debido a que incrementa la exigencia y la competitividad del gremio; en la relación entre maestro-alumno e incluso en la relación con los pacientes es una condicionante de distanciamiento. Pese a estar inmerso el proceso educativo dentro de este modelo de dominio, en las aulas de clase consideran prevalece la confianza, armonía, dinamismo, respeto y comunicación entre los alumnos y profesores.

Los alumnos de reciente ingreso muestran ideas sobre el ámbito médico y la profesión menos específicas. A medida que avanza su proceso educativo, se van particularizando, tomando forma, y apropiando de conceptos médicos como la idea de atención integral refiriéndose a la multidisciplinariedad de la medicina, alcances, limitaciones y área de oportunidad fuera del campo clínico (docencia, investigación), las relaciones biológicas, psicológicas y sociales como determinantes del proceso salud-enfermedad, los códigos éticos y de conducta vigentes para la adecuación al ámbito médico, por mencionar algunos.

Es tal la trascendencia del proceso educativo médico, que va más allá del ejercicio profesional y se convierte en un estilo de vida que influye todos los ámbitos de convivencia, anhelado por los estudiantes y en lucha constante por ellos.

Las características de la profesión y formas de estructuración del campo, comentadas en párrafos previos, permiten dar cohesión y son parte primordial de la identidad profesional médica, que se han mantenido vigente en la medicina a lo largo del tiempo, que continúan siendo reproducidos, en algunas circunstancias, sin modificaciones sustanciales en sus ejes estructurales de conformación, pero con algunas adecuaciones al entorno social actual y por la cual los médicos luchan por la permanencia, validación y valoración de estos. Una de las manifestaciones más claras de este fenómeno es la vigencia del juramento público hipocrático, como parte de las líneas rectoras del comportamiento ético y orientador del quehacer del profesional, pues, además contribuye a la estabilización de la relación tripartita entre médico, paciente y enfermedad. Pese a que las condiciones distan mucho de parecerse a las de la Grecia antigua, en donde tuvo sus orígenes, la comunidad médica se aferra a los preceptos que este documento establece. Aunque se cuestione duramente la vigencia de su fuerza moral y la armonía que debería existir entre los participantes bajo el entorno posmoderno actual y quizá bajo un nuevo prisma filosófico-médico.

Durante el proceso educativo áulico, se comienza a visualizar la figura del enfermo o paciente de manera más específica, como objeto de estudio y trabajo de la profesión; inicialmente se usan términos generales como gente, personas,

sociedad. Se visualizan formas de ser y valorar a la enfermedad, es configurada como la parte de los conocimientos a aprender, pero no es el objeto de estudio en sí mismo.

Dentro de las hipótesis que se plantearon en esta investigación, fue la idea de que el proceso formativo generaba en los alumnos un proceso de desvinculación y pérdida de la idea de cuidado de sí y del otro, sin embargo, a medida que el proceso áulico progresa el médico en formación, se vuelve más consciente y asume en cierta medida posturas de mayor responsabilidad y compromiso con el enfermo y la sociedad.

El desapego entre el binomio médico-paciente, les fue posible identificar en la práctica profesional, pero poco deseable, e inclusive atribuible a situaciones externas al propio médico (condiciones laborales, situaciones institucionales, etc.) y propias del individuo (estado de ánimo, errores, limitaciones personales, etc.) estas últimas justificadas bajo la idea de que el médico es humano y por tanto, puede cometer errores, equivocarse o simplemente tener un mal día. Es posible que para identificar los fenómenos y poder incidir en el proceso, sea necesario estudiar el proceso que se vive en el internado de pregrado, servicio social y residencias médicas, para determinar si en alguno de estas etapas de formación se vislumbran datos de desvinculación médico-paciente.

Fue posible, identificar que los alumnos perciben que el paciente o la sociedad ha deshumanizado o despersonificado la figura del doctor. En el sentido que se les exige más de lo que está dentro del alcance de su profesión o su condición humana, que antepongan la atención al paciente a sus necesidades biológicas, sólo por mencionar algunas. Identificaron como posible causa, la imagen que el galeno transmite o aparenta frente a la sociedad, al ser una persona, capaz de superar de manera continua sus límites, e inclusive que el paciente se olvida de los sentimientos y emociones que tiene el médico, debido a que aprende a reprimirlas frente a los demás. Este es un hallazgo particularmente interesante, debido a que el médico, al parecer durante alguna etapa de su desarrollo profesional, se apropia, crea o recrea una personalidad peculiar que proyecta al

resto de su entorno social y que, finalmente, genera que este modifique la manera en que lo percibe y condiciona un trato distinto.

La condición posmoderna, deja entrever la crisis existente, al buscar el conocimiento profundo del cuerpo, más que el cuidado de éste. Las relaciones entre personal de salud y la sociedad han sido establecidas como un proceso mercantil, sin la figura heroica o de liderazgo que en algún momento el médico ocupó. El galeno es un empleado del estado, sin hazañas, ni grandes propósitos que perseguir, embebido en un ambiente burocrático, en donde el cumplimiento de normas, metas productivas con el menor coste económico, en el menor tiempo posible y bajo la mirada constante que juzga y/o evalúa el quehacer clínico, absorben la esencia del trato empático, y al cual las futuras generaciones de médicos deberán adaptarse como parte del proceso que les permita el acceso y permanencia en el campo médico.

La tecnologización y la constante transformación en relación a avances científicos que atañen al ámbito médico, influyen en la manera de desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje. Esta nueva forma de interacción social, en la cual la inmediatez de la información, la necesidad de herramientas tecnológicas, así como la necesidad certezas en el quehacer profesional, permitan dentro de ciertos límites guiar la conducta diagnóstica o terapéutica, etc.

Las tecnologías novedosas han debido ser incorporadas al proceso de enseñanza, a través del uso de simuladores, audios, proyecciones, la incorporación dentro del currículum de la revisión de documentos científicos, guías de manejo o diagnóstico, sin embargo, no sustituyen el papel del médico que funge como profesor, ni modifican de manera sustancial los ejes que guían la clase: el conocimiento, la aplicación de este conocimiento materializado en el enfermo. Las nuevas herramientas auxiliares de diagnóstico y tratamiento, son retomadas como parte de los saberes formativos, pero sin ser ejes que conducen la clase y tampoco forman parte de los saberes que consideran primordiales como parámetros para conducir el ejercicio profesional, son auxiliares nada más.

El método científico para los médicos egresados es la mejor manera de conducir el quehacer médico a partir de este, como una manera de garantizar la toma de decisiones más juiciosa, con respaldo ante situaciones inesperadas (complicaciones, efectos adversos, etc.) y menos riesgosa (visto también como la garantía para evitar una demanda jurídica); pero no como regla inquebrantable, pues las condiciones individuales de la persona atendida e inclusive la intuición producto de la experiencia, pueden ser factores que modifiquen la atención.

El método clínico es considerado fundamental para el aprendizaje basado en conocimientos, experimental y en experiencia, así como parte del vínculo “mágico” que permite entablarse con el paciente, tras obtener datos mediante el interrogatorio o la exploración física (técnicas y maniobras de exploración), la convivencias estrecha con el enfermo y el uso de los cinco sentidos (oír, oler, ver, sentir, probar). De igual manera, garantiza el desarrollo del proceso de razonamiento o modo de pensar clínico, propio y distintivo del quehacer del profesional en salud. A este respecto, sería importante profundizar en nuevas líneas de investigación que permitan identificar y definir en qué consiste, cómo se desarrolla o aprender a pensar de manera clínica, qué procesos anatómico-fisiológicos-bioquímicos y meta cognitivos están involucrados.

En relación a la identificación de los modelos y métodos de enseñanza, se considera necesario profundizar en estos en futuras investigaciones, mediante el empleo de otra metodología, que permita contrastar o complementar los hallazgos de esta investigación. La técnica mediante la cual se obtuvo la tendencia de opinión en relación a los métodos de enseñanza (cuestionario con uso de preguntas tipo Likert), sería conveniente llevar a cabo una nueva revisión del instrumento con la finalidad de garantizar su especificidad, así como realizar un análisis estadístico a profundidad que permita la comparación entre las variables.

COMENTARIOS FINALES

La educación médica está llena de matices, de áreas de fortaleza, de vicios y herencias, que la han hecho vigente pese al paso del tiempo, atractiva a los estudiantes y reconocida por la sociedad. Pero existen también debilidades, que constituyen puntos en los que se puede incidir, como parte de las transformaciones necesarias para adecuar esta disciplina al entorno actual.

Una de estos puntos de incidencia es la enseñanza del profesional médico. Es por tal motivo que, los autores dirigimos estas últimas palabras a los profesores de medicina, pues su papel es vital en el desarrollo del alumno y en el papel que éste desarrollara posteriormente al ejercer la profesión.

Es necesario que cómo profesores y expertos en el área de la salud, busquen también el apoyo en las ciencias de la educación, como pilares que permitan guiar el proceso educativo. Y de esta manera apropiarse de fines filosóficos y pedagógicos tangibles. Que se traduzca en la toma de conciencia del impacto y la trascendencia de su labor educativa, tanto en el alumno, pues es a través del profesor que es posible el conocer el *ser y quehacer médico*. La fortaleza que requiere esta disciplina, pues el personal humano que la conforma es el principal soporte, que configura el campo médico y el cual permite materializar fines trascendentes de la medicina.

Pero además las ciencias de la educación, dan la oportunidad de ampliar el panorama, el cual les permita liberarse de las ataduras que los modelos de hegemonía imponen y que limitan el desarrollo personal, intelectual, profesional y que pueden ser uno de los condicionantes de la reproducción de patrones subconscientes y por tanto, no sometidos a procesos de análisis, que en ocasiones representan una de las mayores debilidades identificadas en el ejercicio profesional.

Un profesional en salud que facilite que la educación médica sea guiada no solo por los profesionales en salud más capaces y especializados, si no también, los expertos en educación que puedan servir como apoyo en el proceso de elaboración, implementación y evaluaciones de planes y programas acorde a las necesidades del entorno en el cual se desarrolla el proceso educativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ali, D. Backett, E. Dowling, M. Borolossy, E. Fernandes, A. MacKeown, T. Miller, G. Mofidi, C. Nassif, R. Zoai, M. (1973). *Aspectos de la enseñanza de la medicina en los países en desarrollo. Selección de ponencias presentadas en la segunda conferencia de la OMS sobre enseñanza de la Medicina en la Región del Mediterráneo Oriental*. Ginebra: OMS: 7(15) 112-117.
- Altuzarra, R. (2014). *La Enseñanza de la Medicina en la era de la globalización*. Revista Chilena de Cirugía. Santiago, Chile. (1): 11-12.
- Álvarez, C. (1999). *La escuela en la vida. Didáctica*. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
- Ander-Egg E. (1987). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Humanitas, (21) 251-252.
- Arrea- Baixench C. (2009). *Paradojas de la medicina actual*. Costa Rica: *Acta médica Costarricense*. 51 (3): 136-137.
- Arteaga J., Fernández J. (2010). *El método clínico y el método científico*. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, *MediSur*, vol. 8, núm. 5, 2010, pp. 12-20,
- Benavides, A. (1999). *En panel No.1. El Acto Médico, aspectos conceptuales y alternativas para su desarrollo*. En *Colegio médico del Perú*. Lima, Perú: El acto médico.
- Bezanilla, J. (2011). *Sociometría: un método de investigación psicosocial*. México; PEI Editores.
- Bizquerra, R. (2003). *Metodología de la investigación educativa*. España: La Muralla.
- Bonfill, X. Gabriel, R. Cabello, J. (1997). *La medicina basada en la evidencia*. Madrid, España: *Revista española de Cardiología*. 50 (12):819-825.
- Bourdieu, P. (1980). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P. (1990). *Algunas propiedades de los campos en Sociología y Cultura*. México: CONACULTA y Grijalbo; 109-114.

- Bourdieu, P. (2010). *El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura*. Primera edición. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P. (1991). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Editorial Taurus.
- Bullock, A. Dimond, R. Webb, K. Lovatt, J. Hardyman, W. Stacey, M. (2015). *How a mobile app supports the learning and practice of newly qualified doctors in the UK: an intervention study. BMC Medical Education*, England, UK. 15:17
- Cadreja, M. (1990). *John Dewey: Propuesta de un modelo educativo: Fundamentos*. España: El problema de la educación ed. Miracle, 736.
- Chirolla, G. (2007). *Foucault y el sujeto político. Ética del cuidado de sí de Humberto Cubides Cipagauta*. Colombia: Universidad Central. 26: 241-243,
- Córdoba, R. (2015). *Ser médico. Misión del médico Persona y Bioética*. Colombia: Universidad de La Sabana (1): 142-148
- Corona L. Fonseca M. (2009). *El método clínico como método de enseñanza en la carrera de medicina*. Cuba: MediSur, 7 (4); 23-25.
- Darragh, L. Baker, R. Kirk, S. (2015). *Teaching Medical Students, what do Consultants think, Ulster Med J* 2015; 84(1):37-41
- Delgado, J. Gutiérrez, J. (1995). *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid, España: Proyecto Editorial, Síntesis Psicología.:69-70.
- Dewey, J. (1938). *Experience and Education*. The Kappa Delta Pi Lecture series. Atouchstone Book, Simon&Schuster.
- Dewey, J. (1916). *Democracy and Education. An Introduction to the Philosophy of Education*. New York: The Macmillan Company.
- Díaz Barriga, Á. (1992). *Didáctica, aportes para una polémica*. Buenos Aires, Argentina: AIQUEIDEAS- REI.
- Díaz Barriga, Á. (1998). *La investigación en el campo de la didáctica. Modelos históricos*. México: Perfiles Educativos.
- Díaz Barriga, F. (2006). *Enseñanza situada vínculo entre la escuela y la vida*, México: Mc Graw-Hill.
- Dorsch F., (1976). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Herder.

- Durkheim E. (2009). *Educación y sociología*. México: Ediciones Coyoacán, sexta reimpresión.
- Durkheim, E. (1998). *El Suicidio*. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Tomo, Primera edición, pp. 10-15.
- Fernández Varela, H. (2012). *Las demandas a los médicos y los hospitales*. México: Gac Méd Mex; 138 (4): 336-339.
- Foucault , M. (1994). *La ética del cuidado de si como práctica de la libertad*. París: Gallimard.257-280.
- Foucault, M. (2009). *La hermenéutica del sujeto*. Curso en el College de France 1981-1982. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, Z. (2009). *La bioética y la ética del cuidado para el desarrollo humano*. Hacia la Promoción de la Salud. Universidad de Caldas. 93-108.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del Oprimido*. Uruguay: siglo veintiuno editores S.A de C.V., 49° edición; 29-96.
- Garcés, L. Giraldo, C. (2013). *El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado*. Colombia: Discusiones Filosóficas. 22; 187 – 201.
- García, A. (1987). *Las reglas en la teoría práctica de Pierre Bourdieu*. España: Revista acciones e investigaciones sociales. (37), 243.
- González, C. Victoria, E. (2012). *Construcción de identidades en el campo médico del actual sistema de salud colombiano, una aproximación desde el análisis de campo de Pierre Bourdieu*. Medellín, Colombia: Revista Facultad Nacional de salud Pública.30 (3): 338-346.
- Guerra, E. (2010). *Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elías: los conceptos de campo social y habitus*. Estudios Sociológicos, XXVIII (83) 383-409.
- Gutiérrez, A. (2006). *Identidad profesional de la bibliotecología en México a través de su enseñanza*. México: Investigación Biotecnológica, 22 (44); 77-87
- Hernández, S. Rodríguez, M., González, J., Gitago, E. (2007). *Siete momentos filosóficos, sociales y científicos de la medicina y su enseñanza*. Cuba: Rev. Ciencias Médicas; 11 (5).

- Ibáñez, J. (1985), *Del Algoritmo al Sujeto. Perspectivas de la Investigación Social*. Madrid, España: Siglo XXI Editores: 144.
- Informe de un grupo de estudio (1962). *Requisitos mínimos Internacionalmente admisibles para la enseñanza de la Medicina*. Ginebra: Organización mundial de la salud
- Jaime, M. (1999). *Ética y Posmodernidad*. Tesis para obtención grado de Maestro en filosofía. Universidad de Nuevo León.
- Konstantinov, N.A. Mediski, E.N. Shabaeva, M.F. (1984). *Historia de la Pedagogía*. Buenos Aires: Cartago ediciones.
- LaCombe, M. (1997). On beside teaching. *Ann Intern Med*; 126:217-20
- Landa, E. Martínez, A., Sánchez, J. (2013). *Medicina basada en la evidencia y su importancia en la medicina conductual*. México: Psicología y Salud. 23 (2): 273-282
- Lanz, C. (2012). *El cuidado de sí y del otro en lo educativo Utopía y Praxis Latinoamericana*. Venezuela: Universidad del Zulia. 17(56): 39-46.
- Lermada, C. (2007). *Aprendizaje basado en problemas (ABP): una experiencia pedagógica en medicina*, Chile: REXE. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*. 11; 127-143,
- López Fernández, M.P. (2009). El concepto de anomia de Durkheim y las aportaciones teóricas posteriores. Ciudad de México. *Universidad Iberoamericana A.C. IV (8): 130-147*. www.uia/iberoforum
- Lyotard, J.F. (1984). *La condición posmoderna*. Madrid, España: Ed. Catédra.37-48.
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y Arte en la Metodología cualitativa*. México: Editorial Trillas. 100-137.
- Menéndez, E. (2005). *El Modelo médico y la salud de los trabajadores*. La Plata: Salud Colectiva; 1 (1); 9-32.
- Montoya, C. (2006). *Sobre el cuidado: entre filosofía y medicina*. Colombia: *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV (4): 570-582.

- Morales, J. Esquivel, J. Díaz L. (2011). *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre*. Universidad autónoma del estado de Hidalgo, Instituto de ciencias de la Salud. Área Académica de Medicina.
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. España: Editorial Gedisa SA. De CV.
- Morín, E. (1999). *Los siete saberes necesario para la educación del futuro*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
- Nava, J. (1998). *Conceptos y teorías del aprendizaje*. Publicación puertorriqueña.
- Núñez, J. Gutiérrez, J. (2012). *Enseñar a ser médico: un análisis de opinión de los médicos implicados en la docencia de la clínica práctica (I). Conclusiones del análisis cualitativo y metodología para un estudio cuantitativo*. *EDUMED*; 15(3): 143-147.
- Núñez, J. Gutiérrez, J. (2013). *Enseñar a ser médico: un análisis de opinión de los médicos implicados en la docencia de la clínica práctica (II). Análisis cuantitativo de la opinión de médicos implicados en la docencia de clínica práctica*. *EDUMED*; 16(2): 119-124.
- Palazzani, L. (2008), *La contribución de la bioética en femenino a la praxis del cuidado*. *Azafea Rev. Filos.*145-157.
- Pansza, M. (1993). *“Fundamentación de la didáctica”*. México: Editorial Gernika, 13-55.
- Patino, J. (1998). *Abraham Flexner y el flexnerismo. Fundamento imperecedero de la educación médica moderna*. Colombia: *Medicina* 20:66, 1998
- Perales, A. (2001). *Acto Médico: criterios, definición y límites*. *Revista Diagnóstico* 40 (1).
- Pérez, R. (2013). *Humanismo y medicina*. *Gaceta Médica de México*. 149:349-53.
- Peña, A. (2004). *Medicina y filosofía: abordaje filosófico de algunos problemas de la medicina actual*. Lima, Perú: *Anales de la Facultad de Medicina*. 65n (1); 65-72.
- Prieto-Miranda, S. Valdepeña, M. Mora, M., Jiménez, C. (2013). *Medicina defensiva en un Hospital General regional*. México: *Med Int*. 29 (1): 32-38.

- Rangel Abundis, A. (2005). *¿Medicina basada en evidencia?*, México: Academia Mexicana de Cirugía, A.C. Iberofórum. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. 73(4), 319-322.
- Rillo, A. Jaimes, J. Vega, L. (2009). *Desilusión de la tecnología médica*. Cuba: Revista Habanera de Ciencias Médicas. 8(4),
- Robbins S. (2007) “*El cuidado de sí. La inversión del platonismo desde la mirada de Michel Foucault*”. Seminario de Pensamiento crítico. Chile: Universidad Diego Portales.
- Rodríguez, J. (2010). *Definición de Profesión médica, profesional médico/a y profesionalismo médico*. Viguera Editores SL. *EDU MED*; 13 (2):63-66.
- Rozado, A. (2005). “*La noche de la civilización. Tesis para una decadencia con sentido histórico*”, revista Replicante. No. 3. México.
- Ruiz L. Sánchez M. (2006). *Profesión y profesionalismo de la medicina*. México: Facultad de Medicina, UNAM.
- Ruiz, F. (2007). *Modelos didácticos para la enseñanza de las ciencias naturales*. Colombia: Revista Latinoamericana de estudios educativos; 3(2); 41-60.
- Salas, R. (1999). *Educación en salud. Competencia y desempeño profesionales*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- Oriol, A. Padell, H. Gual, A. (2006). *Ser médico, Hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España*. España: Informe de la Fundación Educación Médica para el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
- Serna, A. (1985). *El método didáctico*. Medellín, Colombia: Física y Deporte de la U.de A. Educación Física y Deporte Medellin. 7 (1-2)
- Silberman, M. Silberman, P. Pozzio, M. (2012). *Evaluación de una propuesta pedagógica de enseñanza de la Medicina*. Buenos Aires. 8(2):175-189.
- Simonovis, N. Baddour, P. García, S. Madera, C. (2001.) *¿Que significa medicina basada en evidencias?. CIMEL Ciencia e investigación médica estudiantil latinoamericana*; 6:9-10.
- Susacasa, S. Candreva, A. (2011). *Currículo, formación docente y enseñanza de la Medicina*. Educación Médica Permanente. II (2): 15-5.

- Swick, H. M. (2000). *Hacia una definición normativa de profesionalismo médico*, *Acad. Med Jun*; 75(6):612-616.
- Toscano, D. (2008). *El biopoder de Michel Foucault*. Colombia: UNIVERSITAS PHILOSOPHICA, 25, (51): 39-57
- Triola, M. (2009). *Estadística*. Décima edición. México: Pearsons Educación.
- Vattimo, G. (2002). *La situación afectiva y el estar lanzado*. en *Introducción a Heidegger*, Barcelona: Gedisa.
- Vélez, H. (2010). *Reflexiones acerca de la enseñanza de la medicina en la Posmodernidad*. *Rev. Ces Med*; 24(2); 117-124.
- Villarroel, J. Ribeiro, Q. Bernal, N. (2014). *Razonamiento Clínico: Su Déficit Actual y la importancia del aprendizaje de un Método durante la formación de la Competencia Clínica del Futuro Médico*. Bolivia: *Rev Cient Cienc Med*. 17(1): 29-36.
- Worfolk, A. (2010). *Psicología Educativa*, México: Pearson Educación, 11° edición, 347-351.
- Yépez, H. (2005). *De fragmentación. Adiós al posmodernismo (y a los Estados Unidos)*, México: *Revista Replicante*. No. 3.
- <http://www.sistema.itesm.mx/va/dide/inf-doc/estrategias/>
- <http://es.scrib.com/doc/62467183/practica-medica>.

ANEXOS

Cuadro 1. MODELOS DIDÁCTICOS

Modelo	Concepto de enseñanza	Rol de profesor	Rol de alumno	Contexto educativo	Contenidos	Evaluación	Concepto de paciente	
Humanista	Autorrealización de los alumnos (decidan los que son y lo que quieren llegar a ser). Perspectiva globalizante de lo intelectual, afectivo e interpersonal.	Facilitador de la capacidad potencial de los alumnos, encaminar a que las actividades de los alumnos sean auto dirigidas, fomenten el autoaprendizaje y la creatividad. Actuar de forma innovadora	Único y diferente (sus singularidades serán respetadas y potenciadas), con iniciativa, autodeterminación, no son seres que participan cognitivamente, también poseen afectos, intereses y valores particulares: personas totales	Clima social básico q permita que la comunicación de la información académica y la emocional sea exitosa. Ambiente de respeto, comprensión y apoyo.	Contenido o conceptos se van aprender como algo importante para sus objetivos personales. Programas flexibles y mayor apertura a los alumnos	Autoevaluación	Ser humano	Anti-reduccionista. Estudio del ser humano como totalidad dinámica y auto actualizante en relación con un contexto interpersonal. Idea de causalidad múltiple Uso de contrato (alumno plasma sus objetivos de aprendizaje y se compromete a realizar actividades para lograrlo).
Enfoque por Competencias	La capacidad real del individuo para Dominar el conjunto de tareas que configuran una función concreta.	El profesor debe especificar y definir los contenidos y competencias que se desea enseñar y establecer las situaciones de aprendizaje que se van a desarrollar.	Centrada en el alumno, dotándolo de las herramientas clave y básicas. Cambia el la acumulación de información por la utilización	Las competencias son el reflejo de un ambiente productivo impregnado de la atmósfera que viven las empresas, de los códigos de conducta y funcionamiento que operan en la realidad productiva, y en la incorporación de las pautas de trabajo y de producción empresarial	Para identificar la competencia se parte de los resultados y/o objetivos de la organización en su conjunto, que derivan, a su vez, en tareas, Y éstas en conocimientos, habilidades y destrezas requeridas. Articulan educación/formación, con trabajo y tecnología, en un ambiente adecuado, pueden ser el mecanismo por el cual se transmitan los valores, hábitos y los comportamientos	Evaluación es la base para la certificación de competencias y se lleva a cabo como un proceso para acopiar evidencias de desempeño y conocimiento de un individuo En relación con una norma de Competencia Profesional.	Parte del proceso de aprendizaje	Trata de evitar las interferencias y reduccionismos. Competencias clasificar en tres escuelas: la conductista, la funcionalista y la constructivista

					inherentes a las nuevas competencias requeridas a La población activa.			
Tradicional	<p>El conocimiento se adquiere a través de la memoria y la repetición, en general el docente dicta y expone y el estudiante escucha y copia, por lo que hay poca participación</p> <p>Es la comunicación entre emisor (maestro) y receptor (estudiante) tomando en cuenta la comprensión y la relación con sentido de los contenidos.</p>	<p>Le corresponde organizar el conocimiento, aislar y elaborar lo que debe ser aprendido, trazar el camino por el que marcharán sus alumnos. El profesor es modelo y guía, al que se debe imitar y obedecer. Habitúa al estudiante a la pasividad, fomenta el acatamiento, el autoritarismo, produce un hombre dominado.</p>	<p>El estudiante es visto como una página en blanco, el conocimiento que adquiere el estudiante se deriva del saber y de la experiencia práctica del maestro, quien pone sus facultades y conocimientos al servicio del alumno.</p>	<p>Es un sistema rígido poco dinámico, nada propicio para la innovación, se da gran importancia a la transmisión y memorización de la cultura y los conocimientos.</p>	<p>El método básico del aprendizaje es el academicista, verbalista, que dicta sus clases bajo un régimen de disciplina a unos estudiantes receptores</p>	<p>Evaluación asociada a un curso o programa, aprobación basada en escalas de puntos, se centra en los resultados del desempeño laboral definidos en la norma. Las preguntas a evaluar son desconocidas por el estudiante y debe resolverlo en un tiempo establecido.</p>	<p>Fuente de conocimiento</p>	<p>Dos enfoques: enciclopédico y comprensivo.</p>
Tecnocrático	<p>Formación igual para todos, las materias pretenden orientar con mayor conocimiento científico, y pretende que los conocimientos alcanzados sean de ayuda para la formación técnica. A historicismo, formalismo y Cientificismo</p>	<p>Controlador de estímulos, respuestas y reforzamientos. Aplicador de secuencias pragmáticas, estrictas lineales y mecánicas Observa tareas y respuestas y en base a esto elabora un programa de enseñanza</p>	<p>El alumno es preponderante, se auto instruye, su aprendizaje es individualizado, aprende de acuerdo al ensayo y el error.</p>	<p>Ciudadanos eficaces y adaptados a la realidad social actual. Basada en la elaboración, instrumentación, aplicación y evaluación del currículo</p>	<p>Los planes de estudio y contenidos son útiles en cualquier contexto, debido a su estructuración lógica. Se deja a un lado lo social e histórico, se enfatiza en la lógica y la ciencia; se da paso a lo científico del trabajo educativo.</p>	<p>Es diagnóstica, sumativa, interactiva, de retroacción, validación externa y experimental.</p>	<p>Herramienta o parte del proceso</p>	
Medicina basada en evidencias	<p>Es una estrategia que implica que las decisiones</p>			<p>Las decisiones clínicas deben basarse en la</p>	<p>Basado en la toma de decisiones médicas en la observación</p>	<p>Evaluación rigurosa de las consecuencias</p>	<p>Pregunta de investigación</p>	<p>4 pasos: a) formular una cuestión clínica</p>

	que afectan al cuidado de los pacientes se tomen ponderando adecuada y explícitamente, toda la Información válida y relevante disponible. Transforma los problemas clínicos en preguntas, para luego obtener sistemáticamente respuestas utilizando los resultados que aportan las investigaciones actuales Como base para la toma de decisiones terapéuticas.			mejor evidencia científica Disponible, el interrogatorio clínico debe determinar el tipo de evidencia que debe Buscarse, identificar la mejor evidencia implica usar razonamientos epidemiológicos y Bioestadísticas, las conclusiones derivadas de la evidencia y críticamente evaluada es útil puesta en acción durante la toma de decisiones respecto al Cuidado de la salud del individuo, su rendimiento o performance debe ser constantemente revisada.	sistémica, el mecanismo fisiopatológico de las enfermedades, la experticia, la experiencia, el entrenamiento médico y el sentido común (paradigma antiguo) con el nuevo paradigma, le añade la observación clínica sistemática, la aplicación de las reglas de la evidencia en la lectura de artículos para la solución de problemas de salud, la comprensión, la canalización de las necesidades emocionales del paciente y el valor del paciente.	que acarrear las conductas clínica,		clara a partir de los problemas de un paciente; b) consultar la literatura para hallar los artículos clínicos más relevantes; c) evaluar críticamente la evidencia identificada acerca de su validez y utilidad, y d) aplicar los hallazgos apropiados en la práctica clínica
Aprendizaje basado en problemas	Comienza con el problema o elemento desencadenante que dirige el aprendizaje. conocimientos son introducidos en directa relación con el problema y no de manera Aislada o fragmentada. Estimula el	Tutor-facilitador, capaz de crear entornos donde el aprendizaje sea inevitable	Centrado en el alumno y sus necesidades de información. alumno quien busca el aprendizaje que considera necesario para resolver los problemas que se le plantean	estimula el trabajo colaborativo en diferentes disciplinas, se trabaja en grupos pequeños (6-9 personas), con un tutor /profesor	el objetivo no se centra en resolver el problema sino en que éste sea utilizado como base para identificar los temas de aprendizaje para su estudio de manera independiente o grupal, es decir, el problema sirve como detonador para que los alumnos cubran los objetivos de	Monitorear la existencia de objetivos de aprendizaje adecuados al nivel de desarrollo De los alumnos. Evaluación integral, en la que es importante tanto el proceso como el resultado	Problema del cual surgen preguntas	fomentar en el alumno la actitud positiva hacia el aprendizaje, en el método se respeta la autonomía del estudiante, quien aprende sobre los contenidos y la propia experiencia de trabajo en la dinámica del método, los

	autoaprendizaje y permite la práctica del estudiante al enfrentarlo a Situaciones reales y a identificar sus deficiencias de conocimiento.				aprendizaje del curso			alumnos tienen además la posibilidad de observar en la práctica aplicaciones de lo que se encuentran aprendiendo en torno al problema.
Teoría del aprendizaje observacional o modelado	El refuerzo parece facilitar el aprendizaje del modelado. La conducta imitada es aprendida porque ha sido observada, no porque haya sido reforzada. El aprendizaje observacional se trata de una situación social, es decir, de los efectos que la conducta de un modelo tiene sobre la conducta de un observador	La influencia del modelado opera principalmente a través de su función informativa.	El observador, para aprender, no tiene que realizar ninguna respuesta. El único mecanismo imprescindible es la asociación de la conducta del modelo con acontecimientos sensoriales que sirven como claves para la ejecución posterior por parte del observador. Intentan aprender actos que creen que necesitaran realizar.	Asegurarse de que el alumno atienda a las características fundamentales de la lección, hacer presentaciones claras y resaltar puntos importantes. (alumno mire sobre sus hombros mientras trabaja)	Determinismo recíproco: los factores personales, ambientales físico y social, y la conducta influyen y reciben influencia entre si	Autoeficacia: Es la evaluación específica en un contexto En relación con la capacidad para desempeñar una tarea en particular. 4 fuentes de expectativas sobre la autoeficacia: experiencias de dominio, activación fisiológica y emocional, experiencias vicarias y persuasión social	Fuente de conocimiento	Necesarios 4 elementos: poner atención, retener la información o las impresiones, generar la conducta y estar motivados para repetir la conducta.

Elaboración propia (2015)

Cuadro 2. BAREMO DE CONGRUENCIA DE MÉTODOS DIDÁCTICOS

Método didáctico	Reactivos de integración
Humanista	B7, C5, D1, K1, L2
Enfoque por competencias	B5, C1, D2, L1
Tradicional	B6, C2, C3, D3, K2
Tecnocrático	B2, B8, C8, C4, D5, L4
Medicina Basada en evidencias	B3, D6, K3, L5
Aprendizaje basado en problemas	B4, C6, D4, L6
Observacional	B1, C7, L7, K4,

Elaboración propia (2015)

Instrumento 1

**UAQ. Facultad Psicología
Maestría en Ciencias de la Educación**

Investigación: “LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN LA CONDICION POSMODERNA”

Edad: _____ Sexo: Femenino () Masculino () Fecha: _____

Grado y grupo: _____

Estimado estudiante, solicitamos tu colaboración para realizar una investigación, la cual tiene como objetivo indagar cómo se lleva a cabo el proceso de formación de los médicos, con el fin de retroalimentar el acto educativo.

La información que se proporcione en esta encuesta será anónima y confidencial, por lo que te pedimos contestar la totalidad de las preguntas con la mayor honestidad. De antemano GRACIAS!!

INSTRUCCIONES: Escribe en los espacios lo más amplio y con la mayor honestidad que te sea posible o marca con una **X** la(s) respuesta(s), según corresponda.

A. ¿Cuál fue la causa, motivación o aspiración por la que decidiste estudiar medicina?

B. Tomando en cuenta la mayoría de tus clases contesta ¿qué tan frecuente ocurren las siguientes situaciones?	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Durante la clase, se hace énfasis en que el alumno entienda y aprenda el tema a revisar, se hacen presentaciones claras y resaltan puntos que son de importancia o de utilidad para él alumno.					
2. Se utilizan herramientas tecnológicas como apoyo de la clase (videos, audios, simuladores, etc.).					
3. Las evidencias científicas más novedosas publicadas en la literatura médica son incluidas los contenidos de la clase					
4. La clase comienza con un problema (caso clínico) que desencadena o detona un proceso de análisis y/o discusión de los contenidos a revisar.					
5. Los contenidos de la clase están en relación con el dominio de actividades o tareas propias de la profesión médica (promoción de la salud, uso de método clínico, adquirir habilidades de diagnóstico, tratamiento, etc.).					
6. La clase se centra en el conocimiento de la enfermedad (etiología, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, pronóstico).					
7. Los temas se analizan desde un enfoque multidisciplinarios, tomando en consideración no solo la enfermedad, si no condición emocional, psicológica, económica, entorno social, etc. del paciente					
8. Se da mayor importancia al conocimiento de los estudios de laboratorio y gabinete para establecer el diagnóstico, que a la historia clínica.					

C. Tomando en cuenta las características generales de los profesores.	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Crea condiciones para que el aprendizaje sea mejor y mayor (ejercicios, dinámicas, discusión, plantea problemas).					
2. Es autoritario, intransigente, inquisidor, no acepta se contradiga sus argumentos.					
3. El profesor explica los contenidos y el alumno escucha sin interrumpir					
4. Utiliza la tecnología (uso de audios, simuladores, videos, etc.) como herramienta de apoyo para reforzar los conocimientos teóricos.					
5. Enseña cómo ser respetuoso, amable y cuidadoso con el paciente.					
6. Propicia el diálogo y la discusión sobre el tema.					
7. Funge como el medio para obtener conocimiento, a través de la explicación de contenidos y al poder observar su actividad profesional o compartir experiencias.					
8. Utiliza el proyector de diapositivas para proyectar texto el cual lee, sin explicar o dar ejemplos al respecto.					

D. En general el ambiente en el aula es/esta:	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. De confianza, colaboración y respeto, en el que es posible la comunicación de la información académica, de emociones y sentimientos.					
2. Impregnado de la atmosfera que se vive en el ámbito médico, en relación a los códigos de conducta y funcionamiento de la realidad hospitalaria.					
3. Rígido poco dinámico, se da gran importancia a la transmisión y memorización de contenidos.					
4. Un entorno en el que se estimula el trabajo colaborativo entre compañeros y con otras disciplinas.					
5. Inmerso en la tecnología y las fuentes de información, como en el uso de estas.					
6. Dinámico, flexible.					

E. Para ti ¿Qué es “Ser médico”?

F. ¿Cómo crees que se aprende a “Ser médico”?

G. ¿Cuál es la función del médico?

- a. Prevenir, diagnosticar y/o curar enfermedades. _____
- b. Apoyo moral para el enfermo y sus familiares. _____
- c. Líder social _____
- d. Salvar vidas _____
- e. Adquirir muchos conocimientos teóricos y habilidades prácticas _____
- f. Otro _____ ¿Cuál? _____

H. ¿En el plan de estudio, existe alguna materia en la que te enseñen cómo fomentar la relación médico paciente?

Si _____

No _____

I. ¿Cuáles son estas materias?

J. ¿En qué consiste (n) esta (s) materia (s)?

K. ¿Crees que en el plan de estudios hacen falta algunas otras materias complementarias, que permitan conocer mejor al género humano? ¿Cuáles materias podrían ser?

L. Según la manera en la que se te ha enseñado, el paciente es:	De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		En desacuerdo	
1. Un ser humano individual, irrepitable, con sentimientos y emociones, en estado de vulnerabilidad, pues se encuentra enfermo.						
2. No importan sus emociones y sentimientos, lo que importa es determinar que enfermedad lo aqueja, para tratarla y que mejore o recobre la salud.						
3. Se convierte en un conjunto de hallazgos clínicos y de gabinete, los cuales se trasforman en preguntas, que se tienen que responder.						
4. Fuente de conocimientos en relación a hallazgos clínicos y de gabinete, conductas, emociones, sentimientos, del cual se aprende al observarlo y conocerlo.						
M. Cuando los profesores evalúan los conocimientos que se adquirieron durante el curso lo hacen:	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
1. Enfocándose en la adquisición de saberes o el desempeño de habilidades preestablecidas según una norma.						
2. Autoevaluación, cada uno de los alumnos califica su desempeño, después de realizar una reflexión individual.						
3. Se centra en exámenes orales o escritos , constituidos por preguntas a evaluar, las cuales son desconocidas por estudiante, se deben resolverlo en un tiempo establecido , basada en escalas de puntos.						
4. A través pruebas que pretenden hacer un diagnóstico del aprendizaje adquirido (no evaluarlo), son interactivas.						
5. Evaluación rigurosa de las consecuencias que acarrear las conductas clínicas.						
6. Se evalúa el proceso más que el resultado						
7. Específicamente en un contexto, en relación con la capacidad para desempeñar una tarea en particular.						

N. ¿A partir de que iniciaste la carrera y después de tu trayectoria escolar, las causas, motivaciones o aspiraciones por las que decidiste estudiar medicina son:

- Las mismas _____
- Han cambiado _____

Ñ. ¿A qué atribuyes esto?

O. Desde tu experiencia personal como estudiante consideras ¿existe una fragmentación o quiebre en la relación entre médico-paciente y por qué?

P. El médico, durante el proceso atención al paciente tiene la tendencia a:

- Comprobar su impresión diagnóstica (mediante estudios complementarios de laboratorio y/o imagen) _____
- Sigue a cabalidad los protocolos de manejo instituidos y que el expediente cumpla con la normativa, con el fin de evitar demandas legales _____
- Se preocupa por las emociones, sentimientos, preocupaciones y entorno del paciente _____
- En explicarle al paciente en que consiste su padecimiento y el tratamiento _____
- Establecer el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, sin tomar en cuenta a la persona _____
- Atender rápido al paciente, no los revisa y da tratamiento sin individualizarlo.
- Otro: _____ ¿Cuál? _____

Q. Desde tu punto de vista: ¿Cuáles son las características (físicas, morales, actitudes, hábitos, comportamiento, vestido, etc.) que permiten distinguir al médico, de otros profesionistas?

Responsable:
Dra. Ana del Carmen Ibarra López
Estudiante de la Maestría en Ciencias de la Educación
chapix.acil@hotmail.com

Gracias totales...

Que tengas un
excelente día!!!!

Instrumento 2

Guía de entrevista grupal

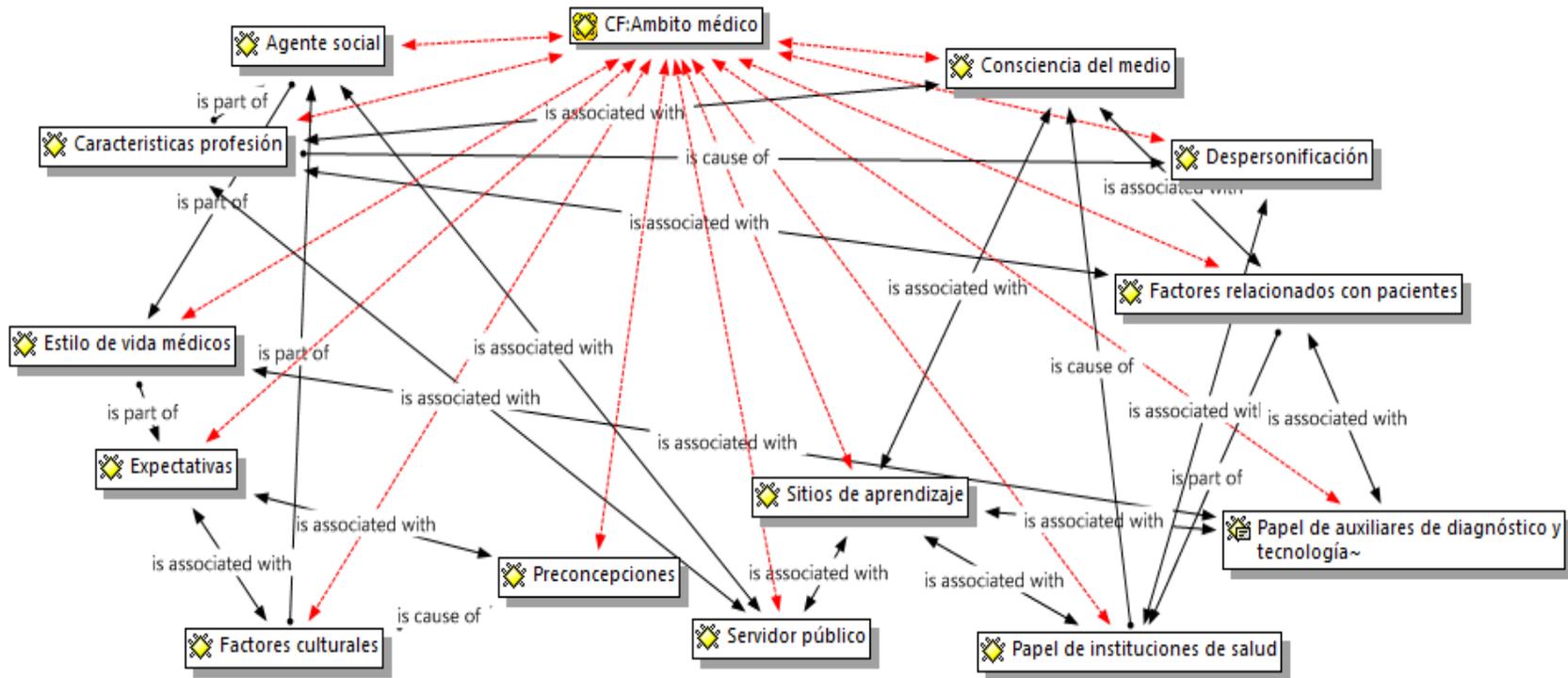
“La enseñanza de la medicina en la condición posmoderna”

<u>Categoría</u>	<u>Pregunta</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Illusio del estudiante 	<p>Desde su experiencia personal ¿cuáles fueron las causas, motivaciones y aspiraciones por las que decidieron estudiar medicina?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción del campo médico dentro de la facultad de medicina= Campo y modelo médico hegemónico 	<p>El ámbito médico tiene características particulares que lo distinguen de otro tipo de ámbitos</p> <p>¿Podrían describirme algunas de estas características? Capitales en juego</p> <p>Ustedes consideran ¿Qué dentro de la formación médica existe una tendencia de formación militarizada y por qué?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Influyen las condiciones nacionales e internacionales actuales en la forma en la que se lleva a cabo en enseñanza médica actual= Condición posmoderna 	<p>Las condiciones políticas y sociales, nacionales e internacionales creen ustedes: ¿Qué influyen o modifican la forma de enseñar medicina?</p> <p>¿Esté entorno social ha modificado la forma de hacer medicina?</p> <p>¿Qué opinan ustedes de la actualmente llamada medicina defensiva?</p> <p>Durante el proceso de enseñanza ¿Existe la tendencia a enseñarles a los alumnos este tipo de práctica de la medicina?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Objeto de enseñanza de la medicina 	<p>¿La enseñanza del proceso salud-enfermedad está dirigido a la atención de los signos y la búsqueda de ellos en el paciente o los síntomas y la comprobación de estos mediante herramientas tecnológicas?</p> <p>El dirigirse a alguno de estos (signos o síntomas) creen ustedes da pautas para</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de conocimientos <ul style="list-style-type: none"> ○ Teóricos ○ Prácticos Métodos de enseñanza Relación entre el método de enseñanza y el objeto de enseñanza <ul style="list-style-type: none"> ○ Habitus médicos ○ Cuidado del paciente 	<p>Podrían describir:</p> <p>¿Cómo se lleva a cabo la enseñanza de conocimientos teóricos y prácticos por parte del profesor y los alumnos?</p> <p>¿Bajo qué método de enseñanza se les enseñó medicina (ABP, MBE, competencias, tradicional, tecnocrático)?</p> <p>¿Este método de enseñanza creen ustedes puede modificar o modifica la forma en que el estudiante percibe al paciente y a la enfermedad?</p> <p>¿Cómo se nos enseña a “ser médico” en relación a comportamiento, formas de interacción con colegas y personas que no corresponden al ámbito médico, formas de valorar?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de sí 	<p>Durante el proceso de formación de los médicos, creen ustedes se nos privilegia la enseñanza del conocimiento en relación al proceso de enfermedad del individuo o la preocupación por el individuo en su entorno personal, familiar, social económico, etc.</p> <p>A los futuros médicos, se nos enseña el autocuidado del cuerpo y el alma, la forma en cómo interactúa con nuestro entorno social y relaciones interpersonales.</p>

	<p>Enseñanza médica está vinculada actualmente por procesos legales.</p> <p>A este respecto; consideran ustedes que dentro del proceso de enseñanza, a los médicos nos hace falta conocimientos complementarios de otras áreas como psicología, antropología, sociología, educación, etc.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cambio entre causas, motivos y aspiraciones 	<p>Después de haber transcurrido el proceso de formación en la FM las causas, motivos y aspiraciones por los cuales decidieron estudiar medicina cambiaron.</p>

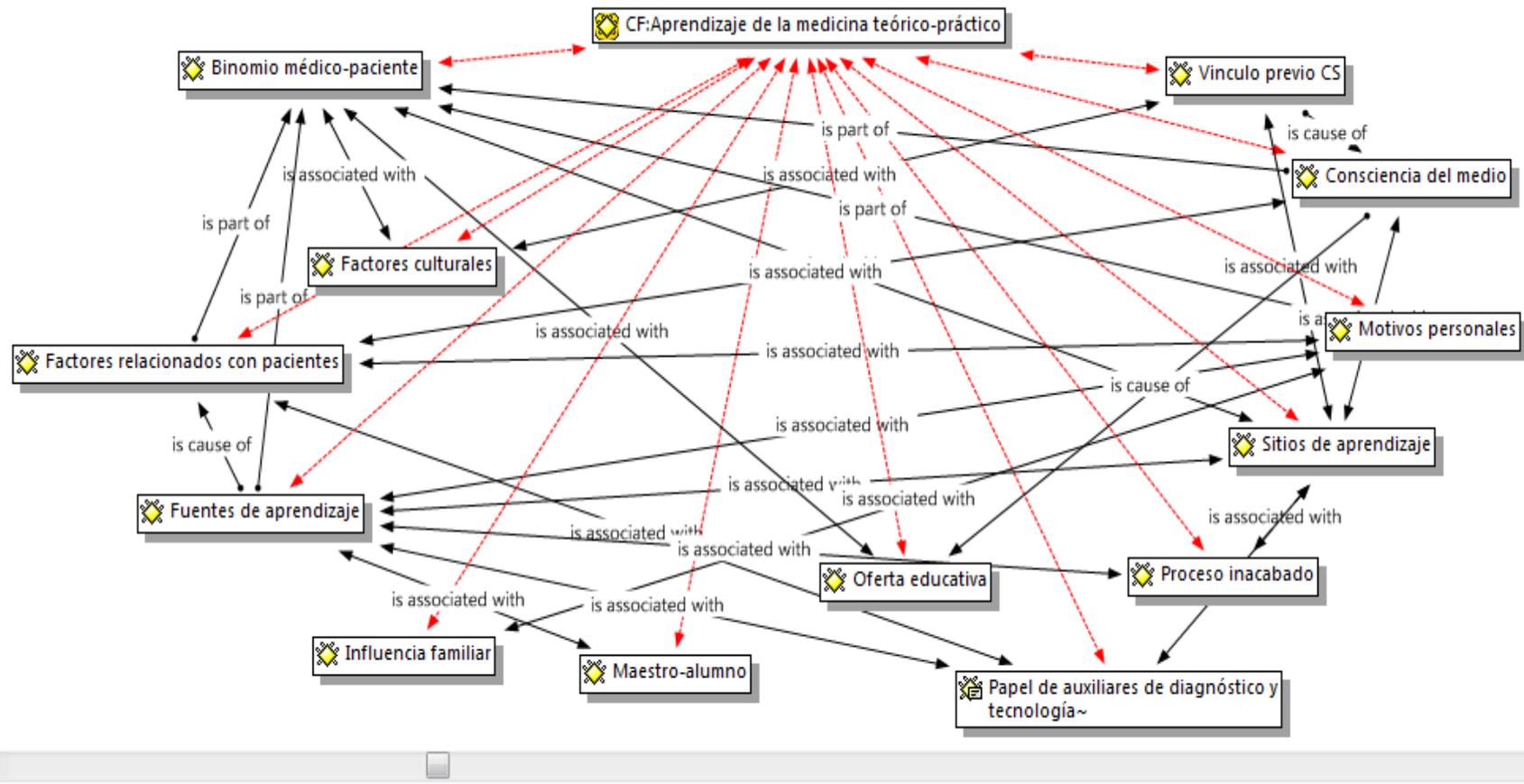
Elaboración propia. (2015)

Figura 1



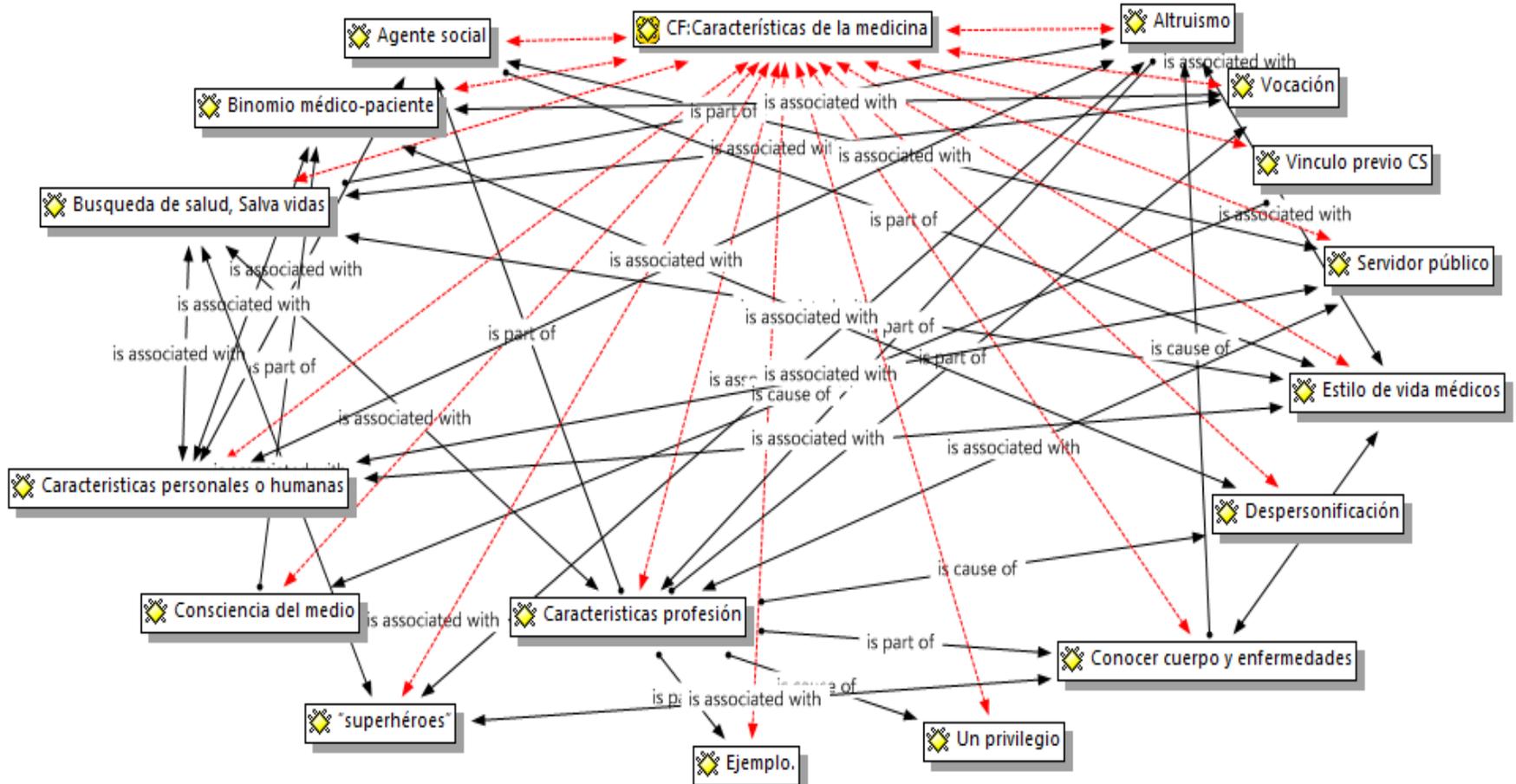
Elaboración propia (2015)

Figura 2



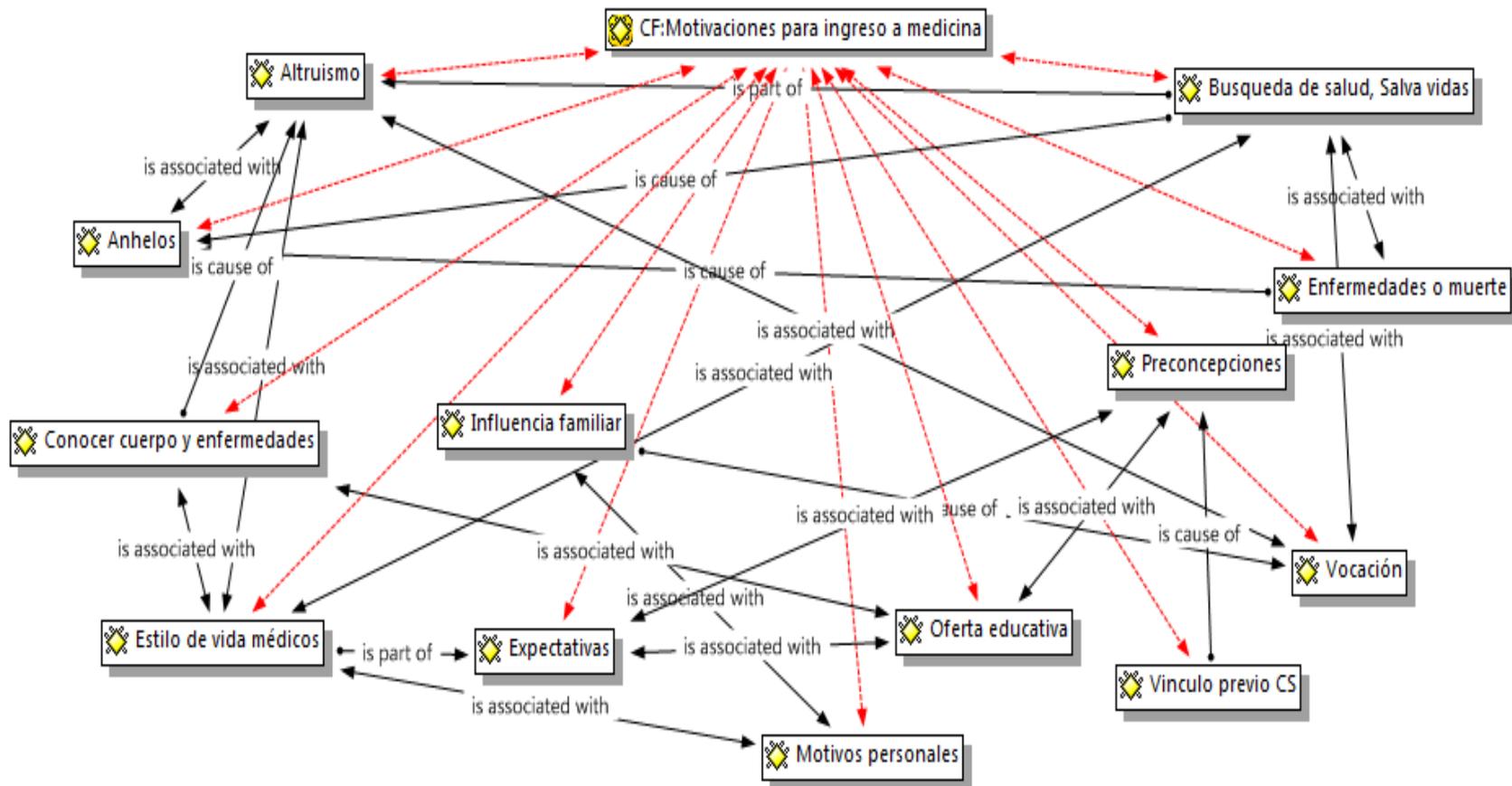
Elaboración propia (2015)

Figura 3



Elaboración propia (2015)

Figura 4



Elaboración propia (2015)

Figura 1

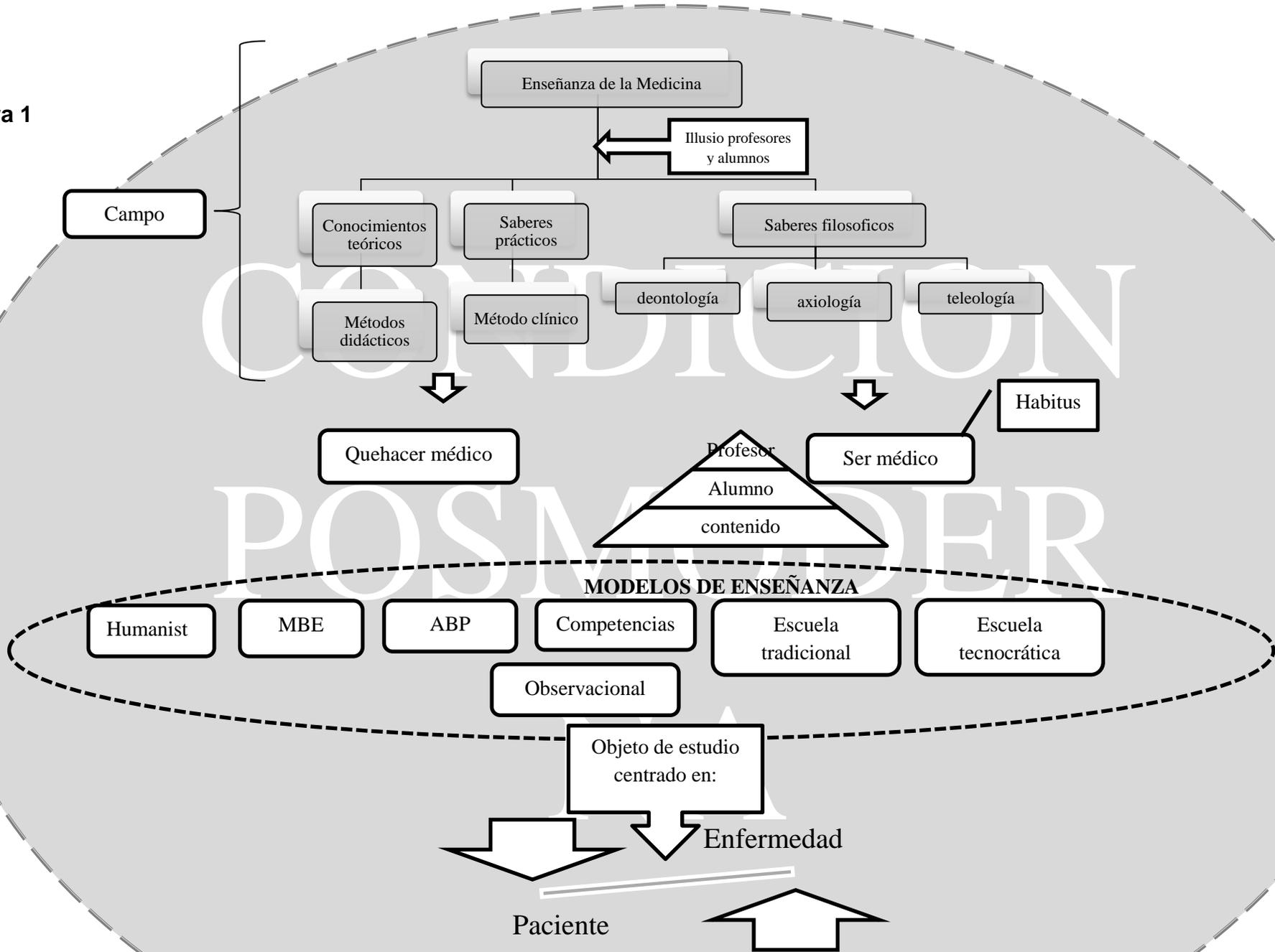


Tabla 5 Dinámica de clase

B. Tomando en cuenta la mayoría de tus clases contesta ¿qué tan frecuente ocurren las siguientes situaciones?																													
Siempre					Casi siempre					A veces					Casi nunca					Nunca									
Primer año	Tercer año	Quinto año	Primer año	Tercer año	Quinto año	Primer año	Tercer año	Quinto año	Primer año	Tercer año	Quinto año	Primer año	Tercer año	Quinto año	Primer año	Tercer año	Quinto año	Primer año	Tercer año	Quinto año	Primer año	Tercer año	Quinto año						
N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)						
1. Durante la clase, se hace énfasis en que el alumno entienda y aprenda el tema a revisar, se hacen presentaciones claras y resaltan puntos que son de importancia o de utilidad para él alumno.																													
7	(8.5)	1	(17.4)	1	(13.3)	4	(53.4)	4	(49.0)	4	(53.4)	2	(32.7)	2	(28.3)	2	(31.6)	2	(2.4)	3	(3.7)	2	(2.4)	2	(2.4)	1	(1.2)	0	(0)
2. Se utilizan herramientas tecnológicas como apoyo de la clase (videos, audios, simuladores, etc.).																													
2	(31.6)	1	(23.9)	1	(19.6)	3	(41.4)	2	(27.2)	2	(33.8)	1	(22.8)	3	(38.1)	2	(32.7)	3	(3.7)	9	(11.1)	1	(1.2)	1	(1.2)	0	(0)	0	(0)
3. Las evidencias científicas más novedosas publicadas en la literatura médica son incluidas los contenidos de la clase																													
1	(18.3)	1	(12.0)	1	(13.3)	1	(18.5)	3	(45.7)	4	(48.0)	3	(46.8)	2	(29.4)	3	(36.0)	9	(11.0)	1	(1.2)	2	(2.4)	5	(6.1)	0	(0)	0	(0)
4. La clase comienza con un problema (caso clínico) que desencadena o detona un proceso de análisis y/o discusión de los contenidos a revisar																													
3	(3.7)	1	(1.2)	0	(0)	8	(9.8)	1	(16.3)	1	(18.5)	2	(32.7)	4	(49.0)	3	(45.8)	3	(43.6)	2	(24.0)	2	(31.6)	8	(9.8)	7	(8.6)	4	(4.8)
5. Los contenidos de la clase están en relación con el dominio de actividades o tareas propias de la profesión médica (promoción de la salud, uso de método clínico, adquirir habilidades de diagnóstico, tratamiento, etc.).																													
2	(26.8)	2	(33.7)	1	(22.9)	2	(35.9)	3	(44.6)	5	(61.4)	2	(30.5)	1	(18.5)	1	(14.5)	6	(7.3)	3	(3.7)	1	(1.2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
6. La clase se centra en el conocimiento de la enfermedad (etiología, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, pronóstico)																													
8	(9.8)	3	(40.3)	5	(66.5)	1	(19.6)	3	(43.5)	2	(30.5)	3	(36.0)	1	(13.6)	3	(3.6)	2	(24.0)	2	(2.5)	0	(0)	8	(9.8)	0	(0)	0	(0)
7. Los temas se analizan desde un enfoque multidisciplinarios, tomando en consideración no solo la enfermedad, si no condición emocional, psicológica, económica, entorno social, etc. del paciente																													
9	(11)	1	(12.3)	1	(14.5)	1	(19.6)	2	(24.0)	2	(32.7)	2	(28.3)	3	(44.6)	2	(28.4)	2	(24.0)	1	(16.3)	1	(20.7)	1	(17.4)	2	(2.5)	3	(3.6)
8. Se da mayor importancia al conocimiento de los estudios de laboratorio y gabinete para establecer el diagnóstico, que a la historia clínica.																													
0	(0)	2	(2.5)	2	(2.4)	6	(7.6)	6	(7.4)	1	(12.0)	3	(42.5)	1	(22.8)	1	(14.5)	2	(34.8)	3	(43.5)	4	(49.4)	1	(15.3)	2	(24.0)	1	(21.8)

Tabla 6. Características de los profesores

C. Tomando en cuenta las características generales de los profesores.																													
Siempre			Casi siempre						A veces						Casi nunca						Nunca								
Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)			
1. Crea condiciones para que el aprendizaje sea mejor y mayor (ejercicios, dinámicas, discusión, plantea problemas).																													
8	(9.8)	8	(9.9)	4	(4.8)	26	(31.7)	21	(25.9)	31	(37.3)	36	(43.9)	41	(50.6)	39	(47)	10	(12.2)	9	(11.1)	9	(10.8)	2	(2.4)	2	(2.5)	0	(0)
2. Es autoritario, intransigente, inquisitor, no acepta se contradiga sus argumentos.																													
9	(11)	0	(0)	1	(1.2)	1	(14.6)	8	(9.9)	7	(8.4)	3	(37.8)	1	(23.5)	4	(50.6)	18	(22)	39	(48.1)	2	(33.7)	12	(14.6)	15	(18.5)	5	(6)
3. El profesor explica los contenidos y el alumno escucha sin interrumpir																													
5	(6.1)	5	(6.2)	33	(39.8)	19	(23.2)	18	(22.2)	24	(28.9)	34	(41.5)	31	(38.3)	33	(39.8)	21	(25.6)	2	(2.5)	23	(27.7)	3	(3.7)	6	(7.4)	2	(2.4)
4. Utiliza la tecnología (uso de audios, simuladores, videos, etc.) como herramienta de apoyo para reforzar los conocimientos teóricos.																													
2	(35.4)	15	(18.5)	12	(14.5)	23	(28)	25	(30.9)	31	(37.3)	26	(31.7)	32	(39.5)	26	(31.3)	4	(4.9)	9	(11.1)	13	(15.7)	0	(0)	0	(0)	1	(1.2)
5. Enseña cómo ser respetuoso, amable y cuidadoso con el paciente.																													
2	(25.6)	20	(24.7)	15	(18.1)	19	(23.2)	36	(44.4)	30	(36.1)	27	(32.9)	18	(22.2)	29	(34.9)	10	(12.2)	5	(6.2)	8	(9.6)	5	(6.1)	2	(2.5)	1	(1.2)
6. Propicia el diálogo y la discusión sobre el tema.																													
22	(26.8)	15	(18.5)	12	(14.5)	19	(23.2)	40	(49.4)	42	(50.6)	33	(40.2)	22	(27.2)	27	(32.5)	6	(7.3)	4	(4.9)	2	(2.4)	2	(2.4)	0	(0)	0	(0)
7. Funge como el medio para obtener conocimiento, a través de la explicación de contenidos y al poder observar su actividad profesional o compartir experiencias.																													
2	(25.6)	16	(19.8)	17	(20.5)	25	(30.5)	44	(54)	45	(54.2)	30	(36.6)	19	(23.5)	20	(24.1)	4	(4.9)	2	(2.5)	1	(1.2)	2	(2.4)	0	(0)	0	(0)
8. Utiliza el proyector de diapositivas para proyectar texto el cual lee, sin explicar o dar ejemplos al respecto.																													

2	(2.4	6	(7.4	9	(10.8	5	(6.1	8	(9.9	1	(13.3	1	(15.9	1	(22.2	3	(38.6	2	(34.1	3	(42	2	(25.3	3	(41.5	1	(18.5	1	(12
---	------	---	------	---	-------	---	------	---	------	---	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---	-----	---	-------	---	-------	---	-------	---	-----

Elaboración propia (2015)

Tabla 7. Relaciones dentro de las aulas

D. En general el ambiente en el aula es/esta:																													
Siempre			Casi siempre			A veces			Casi nunca			Nunca																	
Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)												
1. De confianza, colaboración y respeto, en el que es posible la comunicación de la información académica, de emociones y sentimientos.																													
20	(24.4)	14	(17.3)	12	(14.5)	34	(41.5)	34	(42)	39	(47)	16	(19.5)	20	(24.7)	23	(27.7)	11	(13.4)	10	(12.3)	8	(9.6)	11	(1.2)	31	(3.7)	11	(1.2)
2. Impregnado de la atmosfera que se vive en el ámbito médico, en relación a los códigos de conducta y funcionamiento de la realidad hospitalaria.																													
7	(8.5)	11	(1.2)	8	(9.6)	27	(32.9)	31	(38.3)	29	(34.9)	36	(43.9)	29	(35.8)	31	(37.3)	9	(11)	20	(24.7)	12	(14.5)	33	(3.7)	0	(0)	33	(3.6)
3. Rígido poco dinámico, se da gran importancia a la transmisión y memorización de contenidos.																													
7	(8.5)	22	(2.5)	11	(1.2)	20	(24.4)	13	(16)	12	(14.5)	34	(41.5)	31	(38.3)	28	(33.7)	15	(18.3)	27	(33.3)	33	(39.8)	6	(7.3)	8	(9.9)	9	(10.8)
4. Un entorno en el que se estimula el trabajo colaborativo entre compañeros y con otras disciplinas.																													
11	(13.4)	56	(6.2)	66	(7.2)	37	(45.1)	27	(33.3)	26	(31.3)	27	(32.9)	28	(34.6)	33	(39.8)	5	(6.1)	17	(21)	17	(20.5)	2	(2.4)	33	(3.7)	11	(1.2)
5. Inmerso en la tecnología y las fuentes de información, como en el uso de estas.																													
13	(15.9)	88	(9.9)	77	(8.4)	35	(42.7)	31	(38.3)	35	(42.2)	22	(26.8)	31	(38.3)	28	(33.7)	11	(13.4)	8	(9.9)	12	(14.5)	1	(1.2)	33	(3.7)	11	(1.2)
6. Dinámico, flexible.																													
15	(18.3)	10	(12.3)	10	(12)	24	(29.3)	34	(42)	34	(41)	31	(37.8)	28	(34.6)	33	(39.8)	11	(13.4)	5	(6.2)	5	(6)	1	(1.2)	4	(4.9)	11	(1.2)

Elaboración propia (2015)

Tabla 8. Enseñanza de la interacción con el paciente.

K. Según la manera en la que se te ha enseñado, el paciente es:																		
	De acuerdo						Ni de acuerdo ni en desacuerdo						En desacuerdo					
	Primer año N (%)		Tercer año N (%)		Quinto año N (%)		Primer año N (%)		Tercer año N (%)		Quinto año N (%)		Primer año N (%)		Tercer año N (%)		Quinto año N (%)	
1. Un ser humano individual, irrepitable, con sentimientos y emociones, en estado de vulnerabilidad, pues se encuentra enfermo.	73	(89)	75	(92.6)	78	(94)	7	(8.5)	6	(7.4)	4	(4.8)	2	(2.4)	0	(0)	1	(1.2)
2. No importan sus emociones y sentimientos, lo que importa es determinar que enfermedad lo aqueja, para tratarla y que mejore o recobre la salud.	3	(3.7)	1	(1.2)	1	(1.2)	19	(23.2)	9	(11.1)	11	(13.3)	60	(73.2)	71	(87.7)	71	(85.5)
3. Se convierte en un conjunto de hallazgos clínicos y de gabinete, los cuales se trasforman en preguntas, que se tienen que responder.	20	(24.4)	19	(23.5)	12	(14.5)	38	(46.3)	35	(43.2)	31	(37.3)	23	(28)	27	(33.3)	40	(48)
4. Fuente de conocimientos en relación a hallazgos clínicos y de gabinete, conductas, emociones, sentimientos, del cual se aprende al observarlo y conocerlo.	55	(67.19)	66	(81.5)	62	(74.7)	21	(25.6)	11	(13.6)	16	(19.3)	6	(7.3)	4	(4.9)	5	(6)

Elaboración propia. (2015)

Tabla 9. Evaluación

L. Cuando los profesores evalúan los conocimientos que se adquirieron durante el curso lo hacen:																							
Casi siempre						A veces						Casi nunca						Nunca					
Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)	Primer año N (%)	Tercer año N (%)	Quinto año N (%)
1. Enfocándose en la adquisición de saberes o el desempeño de habilidades preestablecidas según una norma.																							
26	(31.7)	40	(49.4)	23	(27.7)	20	(24.4)	14	(17.3)	31	(37.3)	54	(6.7)	89	(9.9)	87	(9.6)	12		33	(3.7)	11	(1.2)
2. Autoevaluación, cada uno de los alumnos califica su desempeño, después de realizar una reflexión individual.																							
0	(0)	3	(3.7)	5	(6)	8	(9.8)	12	(14.8)	10	(12)	24	(29.3)	39	(48.1)	28	(33.7)	44	(53.7)	26	(32.1)	34	(41)
3. Se centra en exámenes orales o escritos, constituidos por preguntas a evaluar, las cuales son desconocidas por estudiante, se deben resolverlo en un tiempo establecido, basada en escalas de puntos.																							
16	(19.5)	18	(22.2)	21	(25.3)	6	(7.3)	12	(14.8)	13	(15.7)	5	(6.1)	6	(7.4)	4	(4.8)	4	(4.9)	5	(6.2)	2	(2.4)
4. A través pruebas que pretenden hacer un diagnóstico del aprendizaje adquirido (no evaluarlo), son interactivas.																							
5	(6.1)	8	(9.9)	9	(10.9)	26	(31.7)	29	(35.8)	26	(31.3)	19	(23.2)	30	(37)	19	(22.9)	31	(37.8)	13	(16)	24	(28.9)
5. Evaluación rigurosa de las consecuencias que acarrear las conductas clínicas.																							
10	(12.2)	10	(12.3)	15	(18.1)	26	(31.7)	33	(40.7)	24	(28.9)	27	(32.9)	27	(33.3)	25	(30.1)	16	(19.5)	10	(12.3)	13	(15.7)
6. Se evalúa el proceso más que el resultado																							
9	(11)	7	(8.6)	9	(10.8)	25	(30.5)	29	(35.8)	21	(25.3)	23	(28)	26	(32.1)	32	(38.6)	23	(28)	17	(21)	19	(22.9)
7. Específicamente en un contexto, en relación con la capacidad para desempeñar una tarea en particular.																							
9	(11)	11	(13.6)	11	(13.3)	34	(41.5)	46	(56.8)	37	(44.6)	22	(26.8)	15	(18.5)	18	(21.7)	12	(14.6)	7	(8.6)	12	(14.5)

Elaboración propia. (2015)