



**Universidad Autónoma de Baja California
Instituto de Investigación y Desarrollo Educativo
Maestría en Ciencias Educativas**

***La visita de profesores como modalidad formativa
en un programa de Educación Médica Continua.
Un estudio de caso.***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN CIENCIAS EDUCATIVAS

PRESENTA

Julia Mora Altamirano

Ensenada, BC., diciembre de 2003

El presente trabajo fue realizado con la supervisión académica de la

Dra. Christine Alysse von Glascoe Clark



Universidad Autónoma de Baja California
Instituto de Investigación y Desarrollo Educativo
Maestría en Ciencias Educativas

*La visita de profesores como modalidad formativa en un
programa de Educación Médica Continua. Un estudio de
caso.*

TESIS

Que para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Educativas

Presenta

Julia Mora Altamirano

APROBADA POR:

Dra. Christine Alysse von Glascoe Clark
Directora de tesis

Dra. Lucía Coral Aguirre Muñoz
Sinodal

M.C. Virginia Velasco Ariza
Sinodal

Ensenada, B. C., diciembre de 2003

A Don Miguel Mora Zapata †
Por indicarme el camino

A Doña Julia Altamirano Dunstan Vda. de Mora
Mi apoyo y amor incondicional

A Carlos Xavier Montes Ptačnik
Por su cariño

A Miguel †, Patricia, Daniel, Laura y Francisco
Mora Altamirano

A mina †, tikki †, pekas †, nego, bako, lucho, dido, kingo,
koncha, paloma, chata y kasimiro
mis maras

Agradecimientos

A Christine Alysse von Glascoe Clark
Por su paciencia, confianza, ternura

A Lucía Coral Aguirre Muñoz
Por su insistencia en que terminara este trabajo

Virginia Velasco Ariza
Por sus aportaciones durante la elaboración de este trabajo

A Yolanda Souza Álvarez, Verónica Escobar Castro, Alejandra Ortiz Mendoza,
Oscar López Gorosave, Juan Valdéz, Lucila Verdugo Lizárraga, Julio
Magallanes Cerecero, Alberto Guadalupe Valverde Flores
Médicos participantes y sin cuya colaboración no hubiera sido posible realizar
este estudio

A Simitrio Rojas Vergara
Por las facilidades institucionales para la realización de este trabajo

Al Fondo de Fomento a la Investigación (FOFOI) del IMSS
Por su contribución económica para la realización de este estudio

RESUMEN

Este estudio exploratorio realizado en el año 2000, utiliza el método interpretativo, de estudio de caso, para examinar la visita de profesores, como una modalidad formativa en un programa de Educación Médica Continua (EMC). Tiene como base observaciones y entrevistas a ocho médicos familiares (MF) y a un médico especialista en traumatología (ME), en una unidad de medicina familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Este trabajo fue realizado de acuerdo al método interpretativo en siete fases: Entrada al campo; construcción del objeto de estudio, primer nivel de análisis; construcción del objeto de estudio, segundo nivel de análisis; construcción del objeto de estudio, tercer nivel de análisis; validación; salida del campo y redacción del producto final de la investigación.

Como producto de este trabajo de tesis, se construyeron tres ensayos. La estructura del ensayo fue la siguiente: primero se identificaron las categorías que surgieron del análisis de observaciones y entrevistas, el siguiente paso fue identificar categorías que fueran afines, con la intención de conjuntarlas y hacer una reducción de los datos. Una vez identificadas las categorías afines, se inició la construcción de teoría. El primer paso para construir una teoría es la conceptualización, un concepto es un fenómeno o categoría etiquetado. El siguiente paso fue dimensionar la categoría con el fin de darle especificidad y variación a la teoría. Con la delimitación de conceptos sus características y

dimensiones, se construyó un modelo explicativo que incluyó el objeto de estudio, sus relaciones y categorías encontradas.

El primer ensayo caracteriza la estructura del proceso de reflexión en la acción, durante una interacción educativa entre un médico especialista en traumatología y un médico familiar. En el análisis de este ensayo se pueden identificar cuatro momentos: Primer momento: solicitud de asesoría. En este primer momento de la estructura del proceso de reflexión en la acción, se identificaron cinco procedimientos que utiliza el MF para solicitar asesoría a ME, el más frecuente fue la solicitud por teléfono. Segundo momento: encuadre del problema por MF. Este momento inicia con la presentación por parte de MF a ME del problema que requiere asesoría, presenta todos los datos clínicos de su paciente a ME, con la finalidad de presentar el caso. Tercer momento: reencuadre del problema. En algunas ocasiones ME identifica que MF tiene problema en la definición del problema que presenta, por lo tanto interviene para reinterrogar directamente al paciente. Cuarto momento: confirmación de supuestos, toma de decisiones y notas del médico familiar. En este momento es cuando a partir de las observaciones realizadas por ME, se decide que tratamiento realizar al paciente, en este momento MF tiene una actitud pasiva, ME toma las decisiones.

El segundo ensayo trata sobre las perspectivas y relaciones entre médicos familiares y médico especialista, durante la asesoría educativa. Éste se dimensionó en dos secciones, la primera corresponde a la perspectiva de MF como asesorado y la manera como asume este rol, y la segunda a la relación educativa entre MF y ME. En la primera parte se identificaron las siguientes categorías a analizar: Motivo

de la asesoría, expectativa del MF, percepción de MF como asesorado y evaluación de la modalidad educativa de visita de profesores, en el segundo apartado se identificaron las relaciones que establecieron MF y ME durante la asesoría, percepción de MF sobre los especialistas de segundo nivel y percepción de ME sobre la relación con MF.

El tercer ensayo es sobre la perspectiva del aprendizaje en la práctica médica. Las categorías analizadas fueron las siguientes: concepto de aprendizaje por MF, ejemplos de aprendizaje de los MF, acción que genera MF ante casos nuevos, aprendizaje en MF desde una perspectiva de ME, aprendizaje de ME en la UMF.

No se tenía información de cómo es el proceso de toma de decisiones en la práctica médica, ahora, a partir de este trabajo se tiene una estructura, se conocen las relaciones entre los actores durante una actividad educativa interactiva, se identificaron sus roles, motivaciones y aprendizaje de cada participante durante el proceso del acto educativo.

Las relaciones entre MF y ME durante el acto educativo de asesoría, en general se caracterizó por una relación jerárquica unidireccional, en donde el conocimiento se transfirió del ME al MF.

A partir de este trabajo se construyó el mundo de la vida de los médicos, es el mundo donde ellos desarrollan una socialización que implica un mundo intersubjetivo, ahí la comunicación y la acción social se traducen, lo mismo que su trabajo cotidiano, en una institución pública de salud, donde diariamente emprenden

una cadena de acciones encaminadas a mejorar el estado de bienestar de sus pacientes.

Finalmente, entre las aportaciones a la educación médica resultantes del presente estudio se encuentran la importancia de la educación contextualizada, las características que determinan la selección del profesor visitante, y la identificación del proceso del MF reflexionando sobre su acción.

ÍNDICE

<i>Resumen</i>	<i>iv</i>
<i>Índice</i>	<i>viii</i>
<i>Índice de tablas</i>	<i>x</i>
<i>Índice de figuras</i>	<i>xi</i>
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Objetivos de la investigación	8
1.3 Justificación	9
1.4 Antecedentes	11
1.5 Alcances y limitaciones	12
1.6 Estructura de la tesis	13
CAPÍTULO 2. MARCO CONTEXTUAL	
2.1 Educación médica continua	15
2.2 Educación médica continua en el IMSS	15
2.3 Modelos de EMC	16
2.4 Visita de profesores	18
2.4.1 Antecedentes	18
2.4.2 Características	18
2.5 Unidad de Medicina Familiar No.32	20
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	
3.1 Introducción	25
3.2 Fundamentos teóricos de la investigación interpretativa	26
3.2.1 Interaccionismo simbólico	26
3.2.1.1 Naturaleza del interaccionismo simbólico	29
3.2.1.2 Naturaleza de la vida en las sociedades y grupos humanos	32
3.2.1.3 Naturaleza de la interacción social	32
3.2.1.4 Naturaleza de los objetos	33
3.2.1.5 El ser humano considerado como organismo agente	34
3.2.1.6 Naturaleza de la acción humana	34
3.2.1.7 Interconexión de la acción	35
3.2.2 Fenomenología	37
3.2.2.1 La sociología fenomenológica de Alfred Shutz	38
3.2.2.1.1 Intersubjetividad	39
3.2.2.2 Tipificaciones y recetas	39
3.2.2.3 El mundo de la vida	41
3.2.2.4 Conciencia	42
3.2.2.5 Significados y motivos	43
3.2.3 Antropología	45
3.3 Investigación etnográfica en educación	49
3.4 Método interpretativo	50
3.5 Método	56
3.5.1 Pregunta de investigación	57
3.5.2 Unidad de análisis	57
3.5.3 Descripción del estudio	58
3.5.3.1 Fase I. Entrada al campo	59
3.5.3.2 Fase II. Construcción del objeto de estudio. Primer nivel de análisis	61
3.5.3.3 Fase III. Construcción del objeto de	

estudio. Segundo nivel de análisis	70
3.5.3.4 FaseIV. Construcción del objeto de estudio. Tercer nivel de análisis	74
3.5.3.5 Fase V. Validación	78
3.5.3.6 Fase VI. Salida del campo	79
3.5.3.7 Redacción del producto final de la investigación	79
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	
4.1 Introducción	81
4.2 Estructura del proceso de reflexión en la acción. Durante una interacción educativa entre un médico especialista (traumatólogo) y un médico familiar	90
4.2.1 Primer momento. Solicitud de asesoría	91
4.2.2 Segundo momento. Encuadre del problema	95
4.2.3 Tercer momento. Reencuadre del problema	101
4.2.4 Cuarto momento. Confirmación de supuestos y toma de decisiones	113
4.3 Perspectivas y relaciones entre médicos familiares y médico especialista en traumatología, durante una asesoría educativa	118
4.3.1 Perspectiva del MF como asesorado	120
4.3.1.1 Motivo de la asesoría	120
4.3.1.1.1 Motivos del médico	122
4.3.1.1.2 Motivos del paciente	123
4.3.1.2 Expectativa del MF	124
4.3.1.3 Percepción del MF como asesorado	126
4.3.1.4 Evaluación del MF sobre la modalidad educativa de visita de profesores	130
4.3.2 Relación educativa entre MF y ME	134
4.3.2.1 Relación de MF y ME durante la asesoría	134
4.3.2.2 Percepción de MF, de los especialistas de segundo nivel	136
4.4 Perspectiva del aprendizaje en la práctica médica	141
4.4.1 Perspectivas del aprendizaje en las práctica médica	142
4.4.1.1 Aprendizaje en la práctica médica, perspectiva de médicos familiares	142
4.4.1.2 Ejemplos de aprendizaje del MF	144
4.4.1.3 Aprendizaje en medicina familiar, una perspectiva de ME	148
4.4.1.4 Aprendizaje de ME durante su estancia en la UMF	150
4.4.2 Evidencia de aprendizaje de MF	151
4.4.2.1 Caso 1	152
4.4.2.2 Caso 2	155
4.4.2.3 Caso 3	156
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	158
REFERENCIAS	164
ANEXO A. Guía de negociación de acceso	165
ANEXO B Guión de entrevista a Médico Familiar	166
ANEXO C Guión de entrevista a Médico Especialista	168

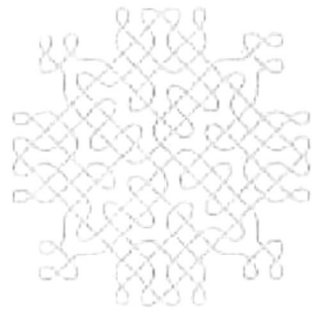
ÍNDICE DE TABLAS

Tabla:	Descripción:	Página (s):
1	Categorías iniciales, obtenidas de observaciones y entrevistas a médicos familiares y a médico especialista	78
2	Categorías iniciales obtenidas por entrevista con médico especialista	80
3	Categorías iniciales obtenidas por entrevista a médicos familiares	81
4	Categorías que definen la estructura del proceso de reflexión en la acción	83
5	Categorías que definen los conceptos fundamentales de la estructura del proceso de reflexión en la acción	85
6	Categorías que definen los momentos del proceso de reflexión en la acción	85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura:	Descripción:	Página (s):
1	Organigrama de la UMF No.32	20
2	Mapa de ubicación de la UMF No.32	21
3	Consultorio de medicina familiar de los participantes del estudio	65
4 y 7	Diagrama de Rol Actividad (RAD) del modelo del dominio de la clínica	75, 105
5	Procedimientos que utiliza el médico familiar para solicitar asesoría	91
6	Procedimiento que utiliza el médico familiar para encuadrar el problema	95
8	Gráfica rica que muestra el proceso de reflexión en la acción durante una interacción educativa de visita de profesores	113
9	Perfil de los participantes del estudio	114
10	Motivos que tiene el médico familiar para solicitar una asesoría	118
11	Evaluación del médico familiar sobre la modalidad de visita de profesores	128
12	Diagrama que muestra la sala de espera de la UMF No.32	146

CAPÍTULO 1



INTRODUCCIÓN

Introducción

Las instituciones que prestan servicios de salud se han caracterizado por su preocupación por actualizar a su personal a través de actividades de Educación.

La Educación Médica Continua (EMC) ha sido adoptada por las comunidades médicas en el ámbito mundial como una actividad básica de la vida profesional. Se reconoce que no toda la información científica es manejada en las escuelas de medicina, y que el adiestramiento inicial no provee de todas las herramientas que se requieren para un buen desempeño durante los siguientes 40 o 50 años de vida profesional. En este trabajo de tesis se presenta una modalidad educativa de EMC denominada *visita de profesores*. El escenario es una unidad de primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social que recibe la visita de un especialista en traumatología para otorgar asesorías a médicos familiares.

Para abordar el estudio del proceso educativo del médico, se hace necesario hacer una breve descripción del modo en que se realiza la formación de los profesionales de la salud.

En la formación del personal médico hay 2 etapas:

I Formación Inicial. Es la que se brinda a través de las Instituciones de Educación Superior, con una duración de seis años, concluye con el grado de licenciatura.

II Educación Médica Continua (EMC). Son todos los procesos de capacitación y actualización que se ofrecen al médico a lo largo de su vida profesional activa.

El profesional de la medicina requiere de una educación continuada con la finalidad de mantenerse actualizado y poder brindar un mejor servicio al proceso de atención médica.

En un contexto general, en 1965 la UNESCO define la educación médica continua como:

... un proceso alimentado por la devoción de aprender, es una actividad que debe intentarse funcione bien sistematizado. En ella deben comprometerse el individuo y las instituciones educativas y de salud, pues sin la comunión de sus intereses no será posible realizarla. Es activa y permanente, debe tomar en cuenta la práctica diaria, la capacidad, las habilidades, el tipo de aprendizaje y la ética de quién la ejerce, todo con el fin de mantener en el médico su capacidad de resolver problemas de salud que le presente el ser humano (Treviño, 1995, p.15).

Las instituciones de salud en México han definido su propio concepto de EMC.

Para el IMSS esta etapa formativa se define como:

...todas las actividades encaminadas a la formación y a la educación continua de las personas que desarrollan, como actividad laboral, la función médica; esto incluye a los médicos, enfermeras, químicos, técnicos, etc. (Lifshitz, 1997a, p.2).

En el IMSS, los actos educativos en el área médica están encaminados a mejorar el desempeño del profesional de la medicina, lo cual se traducirá en un mejor nivel de salud de la población que se atiende (Lifshitz, 1997a).

Si bien las actividades de EMC se ofrecen a todo el personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, asistentes médicas, químicos, etc.), para los fines de este trabajo de investigación cuando se hable de EMC se hace referencia únicamente al médico.

1.1 Planteamiento del problema

El IMSS, conciente de la responsabilidad social que tiene de mantener una población sana, realiza una gran inversión en educación, a través de las modalidades educativas que ofrece al personal médico. Para que las actividades de EMC se puedan llevar a cabo, la institución provee los recursos técnicos y financieros que permitan al personal médico ausentarse de sus actividades laborales, para dedicarse de tiempo completo a su actualización. Esto se traduce en una gran derrama económica, de la cual la institución espera lograr un impacto en la salud en la población derechohabiente que se encuentra bajo su régimen.

Para mejorar la práctica clínica, el IMSS ofrece al personal médico modalidades educativas que pueda aplicar en su contexto, como son: cursos monográficos, talleres, adiestramientos en servicio, cursos diplomados, cursos de alto nivel de especialización y visita de profesores. De acuerdo con estos planteamientos los coordinadores clínicos de educación en las instituciones de salud, deben facilitar que el aprendizaje sea autodirigido, producto de una autoevaluación, y que la adquisición del conocimiento y nuevas herramientas reflejen la oportunidad para un mejor desempeño en la práctica clínica.

En este proyecto de investigación se abordó el estudio de una modalidad de EMC denominado *visita de profesores*. La visita de profesores consiste en la presencia de un médico especialista en una unidad médica para exponer o explicar su experiencia, asesorar en procedimientos o realizar actos médicos que conduzcan a la capacitación de médicos. Ya que la capacitación continua es la base que fundamenta las mejores decisiones en medicina, para el Instituto la modalidad de visita de

profesores a pesar de ser una modalidad reciente, ha mostrado tener una mayor eficiencia en cuanto al logro de objetivos educativos, en relación con los recursos empleados (Lifshitz, 1997b).

En el IMSS esta modalidad se implementó por primera vez en la ciudad de México en 1996, con la presencia de médicos especialistas durante once meses en unidades de medicina familiar. En el resto de la República, se incursionó dentro de las actividades de EMC en la ciudad de Monterrey, Nuevo León a partir de 1998. En el estado de Baja California inicia en 1999, con la visita de dos especialistas (un traumatólogo y un ginecólogo), por el período de un mes a una unidad de medicina familiar de la ciudad de Ensenada. Las autoridades del IMSS en Baja California -a partir de esta experiencia- recomendaron a los coordinadores de educación médica incluir esta modalidad en sus programas anuales.

Con la experiencia de elaborar programas educativos durante seis años, la observación expresada por los directivos institucionales del poco impacto en salud que se ha tenido al abordar el estudio de temas médicos con las modalidades educativas tradicionales, se decidió utilizar la modalidad educativa de visita de profesores en el programa de EMC para 1999, bajo la premisa de que una educación contextualizada puede propiciar el cambio en la práctica médica, y así de esta manera satisfacer las expectativas de la institución sobre la búsqueda de un impacto positivo en salud, y con los beneficios subsecuentes para sus derechohabientes. Con el ambiente propicio por tener a un especialista en la UMF y con el apoyo de los médicos familiares de la unidad médica sede, se tomó la decisión de realizar este estudio de investigación que permitiera conocer y explicar exhaustivamente lo que sucede durante una interacción

educativa entre un médico especialista y un médico familiar en el ejercicio de la práctica médica, con el propósito de identificar logros educativos desde la perspectiva de los actores del proceso. Y como consecuencia, justificar la permanencia de un especialista en una unidad de primer nivel como un modelo de aprendizaje en EMC.

La investigadora, médica con la especialidad en medicina familiar, fue responsable de la coordinación de educación médica en la UMF No.32, durante seis años. El desempeñar un puesto de confianza en la unidad médica fue un elemento favorable para poder observar procesos confidenciales en la relación médico paciente y médico-médico. El ser estudiante de maestría en ciencias educativas le permitió leer y conocer a profundidad el proceso de educación y las ciencias sociales, esto permitió identificar dos modelos de educación médica continua y contextualizarlos, tanto en teoría como en la práctica.

En la práctica cotidiana de la educación médica continua el modelo tradicional se identifica como un modelo unidireccional y unidimensional, que no considera al aprendizaje como una meta. En el modelo de visita de profesores, modelo emergente que está basado en el análisis interaccional, la comunicación es el medio que predomina en la relación educativa de médico a médico.

Esta tesis presenta un nuevo paradigma para la educación médica continua, y como tal, especifica los pasos de su desarrollo en detalle. Esto puede servir como un modelo para su replicación.

Para identificar aspectos a mejorar en el oficio de la medicina, se requiere habilidad para establecer una relación de confianza con el paciente, que permita obtener una información correcta y completa, relacionar lógicamente los síntomas y

signos, seleccionar e interpretar estudios que ayuden a tener una visión total del problema, explicarse lo que ocurre en el organismo del enfermo; todo este proceso ocurre con el fin de establecer un diagnóstico, definir un tratamiento y un curso de la enfermedad (Lifshitz, 1999). Lifshitz ha denominado este proceso como el “*arte de la clínica*”, proceso que el médico difícilmente puede explicar, y mucho menos definir, su estructura o procedimiento. Tal parece que la práctica clínica ha mostrado su (...) poder, precisamente en ser depositaria de un conocimiento misterioso altamente apreciado por la sociedad. Este conocimiento estaba basado en la tradición y en la experiencia... (Soriguer, 1993, en Lifshitz, 1999).

Este proceso, “misterioso” que algunos autores llaman “intuitivo” (Lifshitz, 1999), ha sido estudiado por Donald Schön (1983), quien lo ha denominado como “conversación reflexiva con la situación”. Se refiere al proceso que se presenta cuando el profesional estudia el problema que tiene enfrente, le confiere una estructura, lo analiza y reflexiona, al hacer esto, produce nuevos conocimientos que requieren una nueva reflexión. Así el proceso gira en una espiral dialéctica, a través de diferentes etapas de apreciación y reapreciación, hasta llegar a un momento en que se puede tomar una decisión.

En el caso de los médicos, los procesos que permiten tomar decisiones, son acciones reflexivas (Schön, 1983) que se construyen a partir de la interpretación y definición del contexto por sus participantes (Ritzer, 1990), sea el caso de la relación médico-paciente, o de la interacción entre dos médicos. Para los profesionales de la medicina, el conocimiento del proceso de reflexión para tomar una decisión es incierto, a veces se dice es indescriptible (Schön, 1983) o se define como un arte (Lifshitz,

1999), lo cierto es que al inicio de esta investigación nos encontrábamos ante la indecisión para describirlo. Como todo proceso se definió una estructura, la que se explicará como producto de este trabajo.

No se tenía información de cómo se efectúa el proceso de toma de decisiones en la práctica médica, y tampoco se contaba con información sobre la forma de interacción entre un agente de apoyo externo (el médico especialista) y el médico familiar y cómo construyen activamente su reflexión (Ritzer, 1990) hasta llegar a una toma de decisiones sobre el tratamiento o procedimiento a seguir, convirtiéndose en un aprendizaje en la práctica médica.

En este sentido, se planteó como problema de este trabajo la exploración y explicación de un proceso de reflexión en la acción entre profesionales en el marco de una actividad médica continua, así como la búsqueda del sentido de las acciones y de aprendizaje, desde la perspectiva de los participantes.

De este cuestionamiento surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el proceso de reflexión en la acción entre profesionales de la medicina en el marco de una actividad educativa, y cómo se puede caracterizar?

Los participantes del estudio fueron los médicos familiares del turno matutino de la unidad médica y un médico especialista en traumatología. Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el período comprendido de: marzo de 1999 a agosto del 2002.

1.2 Objetivos de la investigación

General

- Conocer la estructura del proceso de reflexión en la acción en el marco de una actividad de educación médica continua en una unidad de medicina familiar y explicar el significado del aprendizaje en la práctica médica.

Específicos

- Describir cómo se da el proceso de reflexión desde la acción en los profesionales de la medicina durante un proceso educativo, y definir su estructura.
- Identificar la relación educativa que se establece entre profesionales, cuando el especialista toma el papel de asesor.
- Señalar la perspectiva del especialista como asesor y la forma cómo se relaciona con los médicos familiares.
- Describir la perspectiva del médico familiar como asesorado y la manera como asume este rol.
- Explicar el significado del aprendizaje desde la perspectiva de médicos familiares y médico especialista.

1.3 Justificación

El Plan Estratégico de Calidad 2000-2006 del IMSS, está dirigido a mejorar la calidad de los servicios, con el fin de dar una atención médica de calidad y excelencia. Este marco ha propiciado que se diseñen programas educativos dirigidos a incrementar la calidad con que se presta un servicio con el fin de conformar un perfil ideal del

prestador de servicios: hábil por su capacitación, con iniciativa, que reconoce sus habilidades y las aplica, en pocas palabras que sea competente.

El desarrollo de competencias es la finalidad de la modalidad educativa de visita de profesores. Esta modalidad educativa es novedosa, no tan sólo en la región, sino también en el ámbito nacional. De acuerdo con Rodríguez (1996), el asesoramiento de agentes de apoyo externo es una labor emergente que está en proceso de consolidación. Ante la poca evidencia sobre este tema, la investigadora consideró que era necesario conocer y explicar los procesos que ocurren durante esta modalidad educativa, la percepción de los participantes su pensar y sentir, de manera que esta información contribuyera al conocimiento de la forma en que el asesorado -como consecuencia de su participación en esta modalidad formativa- logra un aprendizaje en su práctica profesional para resolver problemas similares de manera autónoma (Rodríguez, 1996).

Cuando una modalidad educativa se realiza se hace necesario tener una retroalimentación. La investigadora consideró que era importante conocer acerca de la modalidad de visita de profesores a partir de las perspectivas de los protagonistas, documentando y analizando las opiniones de los actores del proceso, como una aportación a la investigación educativa en medicina.

La elección del método interpretativo, se fundamentó sobre la base de que éstos métodos se emplean cuando se desea saber sobre la estructura específica de los hechos. Conocer qué está sucediendo en un lugar particular, identificar la perspectiva de significado de los actores específicos, definir acontecimientos específicos; se recomiendan también cuando se quiere identificar vínculos causales específicos que no

fueron identificados mediante métodos experimentales. Desarrollar nuevas teorías acerca de las posibles causas e influencias de patrones que se identifican a través de los datos recolectados, metodología que permitió describir la reflexión del profesional de la medicina durante la acción. Por otra parte, al utilizar la metodología interpretativa se hizo posible abordar el estudio del proceso de enseñanza aprendizaje con otra perspectiva, ya que el investigador interpretativo construye su objeto de estudio a través de la visión de la realidad que se obtenga a partir de la perspectiva de los actores y del análisis de su contexto (Woods, 1986).

1.4 Antecedentes

El interés en la EMC ha propiciado que se realicen investigaciones en la *ciencia del aprendizaje médico* (Davis, 1994, p.3). Existen estudios que han hecho énfasis en la fase más compleja de la educación médica, la fase que ocurre después de completar el entrenamiento formal universitario, y tiene lugar en el contexto donde se practica la medicina. La EMC ha sido investigada desde diversas perspectivas: el cambio en la práctica médica (Fox, 1989), la eficacia de la EMC (Haynes, 1984; Davis, 1992), evaluación de la calidad de los procesos educativos (Palmer, 1985).

En este rubro se distingue la discusión que tienen Fox y sus colaboradores (1994) ante los evaluadores de los sistemas de salud en Estados Unidos quienes establecen una relación causal directa entre la EMC y la práctica médica. El punto de vista que Fox tiene al respecto, es que la EMC es una actividad compleja que puede ser vista de diversas maneras: como un proceso que involucra al médico como al contexto de su práctica, los recursos de aprendizaje, así como el tipo de modalidad

educativa utilizada para la promoción de habilidades. Esta postura ha generado nuevas líneas de investigación recurriendo a métodos antropológicos, sociológicos y biológicos, en una búsqueda por definir el papel de la EMC en la práctica de la medicina.

En 1984, la Sociedad Médica del Colegio de Directores de EMC realizó un análisis del proceso de cambio y aprendizaje en la práctica médica (Fox, 1989). Se encontró que cuando los médicos desean cambiar su práctica, el cambio se da como una consecuencia de un proceso que implica diferentes razones. Las razones fueron clasificadas de acuerdo a la fuerza del cambio experimentado, así se encuentran: fuerzas personales (curiosidad), fuerzas sociales (regulaciones, acreditación o relaciones con iguales) y fuerzas profesionales (el deseo de ser más competente en la atención a sus pacientes). De acuerdo con el tipo de fuerza que domine el proceso, es el tiempo en el que se realiza el cambio; cuando predominan las fuerzas profesionales, el cambio es más rápido.

Estudios subsecuentes han demostrado que las actividades de EMC pueden afectar la práctica médica individual y cambiar el curso de la atención a la salud (Wentz, 1994). En el proceso de aprendizaje y cambio, intervienen el médico y otros factores del ambiente externo a la EMC como son: la globalización, las instituciones de salud, el gobierno, la presencia de más mujeres en el campo de la medicina. Por otra parte también hay que tomar en cuenta la actitud del médico, los proveedores del proceso, los créditos curriculares de las actividades de EMC necesarios para la certificación y recertificación.

1.5 Alcances y limitaciones

Este estudio permitió identificar líneas de investigación en el área de educación médica, tales como:

- Fenomenología de la clínica. Durante el acto médico existe un sinnúmero de interpretaciones, tanto del médico como del paciente, es interesante conocer como se establece el proceso de comunicación entre estos dos actores.
- Eficacia de la modalidad educativa visita de profesores.
- ¿Cómo se da el proceso de cambio en la práctica médica? Conocer el proceso interno del médico, cuando decide cambiar.

Las principales limitaciones del estudio fueron, que la investigadora tuviera un rol dentro de la estructura organizacional de la institución como coordinador clínico de educación, ya que se tuvo durante el trabajo de campo un rol de autoridad. Otra limitación que se identificó, fue que solamente hubiera la presencia de un especialista.

1.6 Estructura de la tesis

Este documento de tesis está estructurado en seis capítulos y tres anexos, los cuales se describen brevemente a continuación.

En el capítulo 2, se presenta el marco contextual de la EMC en el IMSS, desde sus orígenes y evolución hasta la etapa actual, en la que se muestra una transformación de la educación médica hacia una práctica reflexiva (Viniegra, 1999).

En el capítulo 3 se describe el marco teórico metodológico, el cual está fundamentado en el paradigma interpretativo. La investigación educativa basada en este paradigma, pretende comprender e interpretar los fenómenos educativos, tratando de develar creencias, valores y supuestos que subyacen en la práctica educativa de los actores del proceso.

El capítulo 4 es de resultados, en este se describen los ensayos producto de este trabajo de investigación, en primer lugar la estructura del proceso de reflexión en la acción durante una actividad educativa, enseguida se hace una descripción sobre las percepciones de los participantes acerca de las relaciones entre médico familiar y médico especialista, para terminar con un documento que narra la percepción de los participantes sobre el aprendizaje en la práctica clínica.

El capítulo 5, corresponde a las conclusiones sobre este trabajo, en primer lugar la investigadora realiza una reflexión sobre todo el proceso de investigación, y se establecen las teorías que pretenden explicar los motivos de este estudio.

En el último apartado de esta tesis, se especifican las referencias bibliográficas que contribuyeron al desarrollo de este trabajo. Los anexos consisten en las guías de negociación y guías de entrevista.

CAPÍTULO 2



MARCO CONTEXTUAL

2.1 Educación Médica Continua

Ante la evidencia de que la información en medicina se renueva cada cinco años (Lifshitz, 1997b), las instituciones de salud tienen dentro de su estructura un departamento encargado de diseñar programas de EMC congruentes con las necesidades de salud prevalentes en su contexto y con las necesidades de la comunidad médica, así como proveer los medios para la recuperación de información actualizada. A continuación se hace una breve descripción de lo que acontece dentro de una institución pública de salud.

2.2 Educación Médica Continua en el IMSS

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las actividades de Educación Médica tienen su programa propio, elaborado anualmente y supervisado por un Coordinador Clínico de Educación.

En el IMSS, las actividades de Educación Médica Continua forman parte del programa del departamento de Educación en Salud. Este departamento es el responsable de los programas de: Formación de personal en salud, Educación médica continua y de los Centros de documentación en salud. El programa de educación médica continua (EMC) requiere para su elaboración identificar las necesidades de capacitación del personal de salud del hospital o unidad de medicina familiar. Esta identificación se hace partir del diagnóstico de salud, el hospital, las observaciones al desempeño de los trabajadores del área médica por parte de los jefes de servicio, y de las necesidades percibidas por el trabajador. El diagnóstico de salud de un hospital es un elemento valioso para identificar necesidades de capacitación, ya que de su análisis de morbilidad, mortalidad -causas principales de demanda de consulta y de referencia-

muestra un mapa de los problemas de salud de la comunidad. Es ahí donde las actividades de EMC tienen su razón de ser. Para el IMSS, los actos educativos en el área médica, están encaminados a mejorar el desempeño del profesional de la medicina, lo cual se traducirá en un mejor nivel de salud de la población atendida (Lifshitz, 1997a).

Una vez identificadas las áreas a capacitar, el siguiente paso es seleccionar una modalidad educativa y planear la ejecución del programa de EMC.

2.3 Modelos de EMC

En el estudio realizado por Fox (1998) sobre las actividades de EMC se presentan dos modelos educativos. La década de los ochenta se distinguió porque las actividades de EMC eran eventos educativos en que dominaba la transmisión de la información, con énfasis en el diseño de objetivos instruccionales, el alumno tomaba un papel pasivo, el aprendizaje no era considerado como un fin, de manera que los programas eran evaluados como buenos, si la institución que lo organizaba consideraba que se cumplían los objetivos del programa, si el conferencista era experto en el manejo del contenido y si las instalaciones eran cómodas. Estos eventos tenían poco o nulo efecto en la práctica médica.

En los noventa, por otra parte, las actividades de EMC están basadas en el principio de la enseñanza como un facilitador del aprendizaje. Para Fox (1998), este nuevo acercamiento, es una respuesta a estudios que describen cómo y por qué los médicos cambian su desempeño en la práctica clínica y qué papel ha jugado el aprendizaje en este proceso.

Actualmente los principios en los que se basa la educación médica continua en el IMSS, se acercan más al segundo modelo. Estos principios básicos son:

- Aprendizaje como una responsabilidad del médico.
- Posibilidad de aplicación inmediata del conocimiento.
- Congruencia de la realidad personal, la práctica profesional y el ámbito social.
- Posibilidad de transferir el aprendizaje a situaciones nuevas (Santamaría Galván, 1997, p.33).

El IMSS ha asumido estos principios y ofrece al médico en servicio una serie de modalidades de formación que se adaptan a diversas necesidades y condiciones, mismas que se enlistan a continuación:

- Curso Monográfico
- Taller
- Adiestramiento en servicio
- Curso Diplomado
- Visita de profesores
- Cursos de Alto Nivel de Especialización

Esta diversidad de modalidades educativas brinda una opción para los coordinadores de educación con la finalidad de seleccionar la mejor de acuerdo al contexto en que se llevará a cabo. A continuación se hace una descripción de la modalidad de visita de profesores.

2.4 Visita de profesores

2.4.1 Antecedentes

Para este proyecto se tomará como objeto de estudio la modalidad de visita de profesores, pues a pesar de ser una modalidad reciente, ha mostrado una mayor eficiencia en cuanto al logro de objetivos educativos, en relación con los recursos empleados (Lifshitz, 1997b).

En el IMSS esta modalidad se efectuó por primera vez en la ciudad de México. En 1996, con la presencia de médicos especialistas durante once meses en unidades de medicina familiar. En el resto de la República, se realizó en la ciudad de Monterrey, Nuevo León a partir de 1998.

En el estado de Baja California, esta modalidad inicia en 1999, con la visita de dos especialistas (un traumatólogo y un ginecólogo), por el período de un mes a una unidad de medicina familiar de la ciudad de Ensenada. Las Autoridades del IMSS en Baja California, a partir de esta experiencia, recomendaron a los jefes de educación médica incluir esta modalidad en los programas del año 2000.

2.4.2 Características

La visita de profesores se define como la presencia de destacados profesionales expertos en su campo que acuden a unidades médicas por períodos variables para disertar sobre temas específicos, exponer su experiencia, asesorar en procedimientos o realizar actos médicos o paramédicos que conduzcan a la capacitación en servicio del personal de la unidad médica (IMSS, 1996). Estos profesionales son médicos especialistas que trabajan en el Hospital de la zona, que es una unidad hospitalaria que sirve de apoyo técnico médico a las unidades de primer nivel. Para participar en esta modalidad educativa, los especialistas reciben una beca como profesores visitantes a unidades médicas, por lo que su jornada laboral normal se cambia, a fin de que se lleve a cabo en la unidad sede del evento educativo.

La particularidad de esta modalidad es que desde el primer día de la visita del profesor se establece una interacción muy cercana con el médico familiar, el profesor

visitante está a disposición del médico familiar que solicite una asesoría técnico médica ante un caso clínico presentado.

En procesos de formación de profesionales en servicio, el asesoramiento externo ha sido utilizado en Europa desde hace más de una década (Rodríguez, 1996).

En este modelo los especialistas son vistos como agentes de cambio, que si bien poseen el conocimiento experto, se ocupan de propiciar y alentar la transformación de los asesorados. El asesor es un agente externo a la unidad que acude con la intención de brindar apoyo durante un proyecto de formación (Crandall, 1985).

La modalidad educativa de visita de profesores está encaminada a propiciar el aprendizaje en la práctica médica. El cambio, en el estudio de la EMC se entiende como: proceso en el cual el médico a través de una actividad de enseñanza aprendizaje, introduce una idea o una práctica nueva, pasada ya por un proceso de evaluación considerada viable y benéfica para su mejor desempeño (Fox, 1989; Knowles, 1990; Collins, 1991; Rogers, 1983; Geertsma, 1982; Warnecke, 1982).

Este modelo formativo de visita de profesores propicia la interacción entre dos profesionales. El proceso se inicia cuando el asesorado tiene una necesidad de aprendizaje en el momento que realiza sus tareas (Rodríguez, 1996; Crandall, 1985), y solicita una asesoría por el especialista. El reconocimiento de esta necesidad de aprendizaje conduce al médico familiar a establecer una interacción reflexiva primero con la situación y después con el especialista.

En esta tesis se exploran las estructuras y formulaciones pedagógicas de la modalidad educativa de visita de profesores. Esta tesis representa también un proceso de investigación llevada a cabo, en su más particular detalle.

2.5 Unidad de Medicina Familiar No.32

El 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley de Seguro Social que la finalidad de la seguridad social consiste en garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales, todos necesarios para el bienestar individual y colectivo (Ley General de Salud, 1997).

El primer nivel de atención médica que brinda el IMSS se constituye en la Unidad Médico Familiar (UMF), siendo ésta un módulo de atención para consulta externa y un nivel resolutivo donde se atiende al 85% de la población derechohabiente que acude a los servicios de: consulta externa, auxiliares de diagnóstico y tratamiento y medicina preventiva.

La Unidad de medicina familiar (UMF) No. 32, es una unidad de primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fue inaugurada el 13 de enero de 1992. Ubicada en la zona centro de la ciudad de Ensenada, Baja California en la. Calle Segunda y Blancarte. La plantilla esta constituida por 16 médicos familiares: 8 en el turno matutino y 8 en el vespertino, cada uno con su respectiva asistente médica. Para ambos turnos existe una coordinadora de asistentes médicos y un coordinador de médicos familiares.

Con el objetivo de conocer como está organizada la UMF No.32 y cuales son sus instancias de apoyo que la conforman se presenta el organigrama, acompañado del mapa de ubicación geográfica.

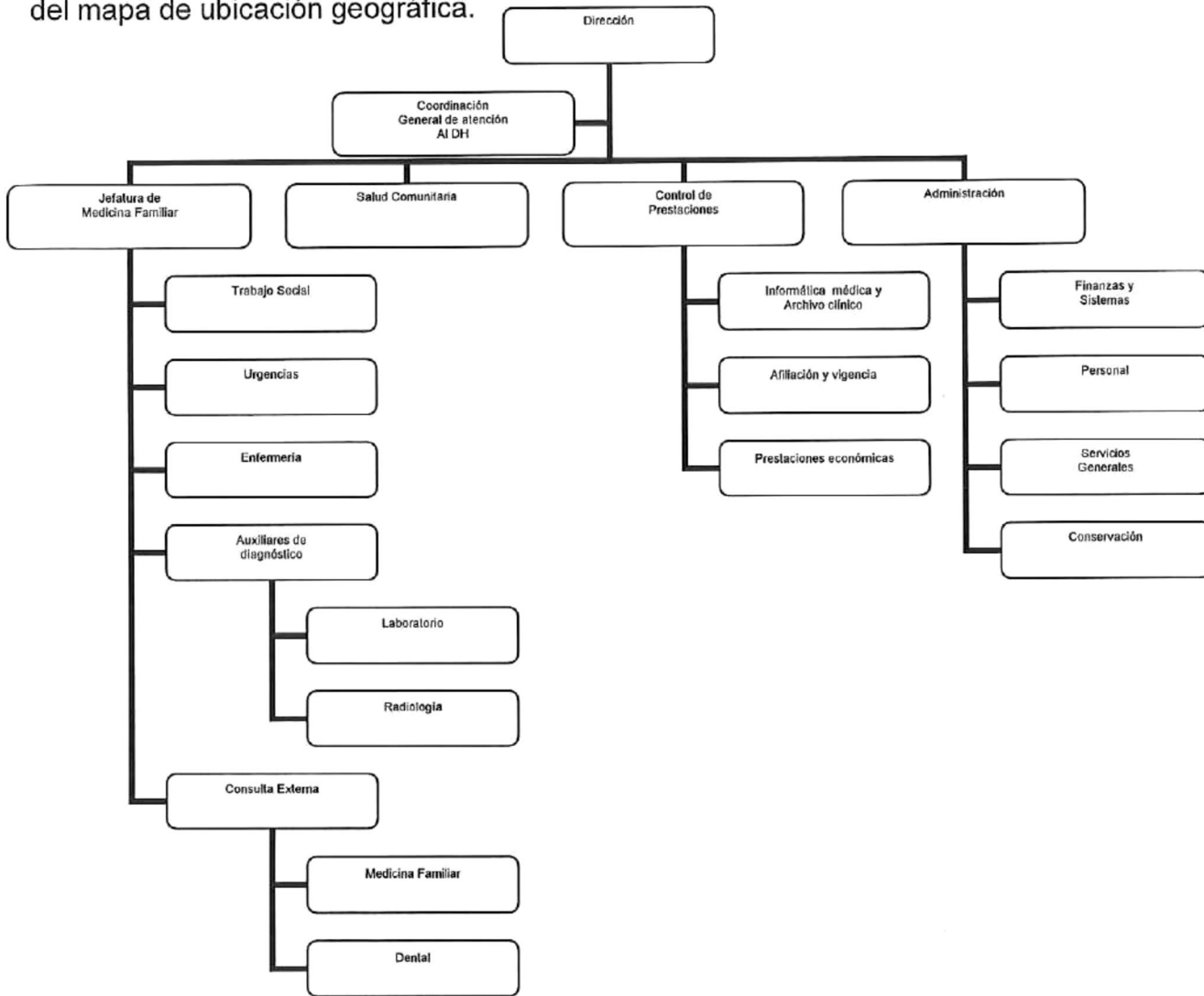


Fig. 1. Organigrama de la UMF No.32. Por medio de este organigrama se conoce la organización y las instancias de apoyo que conforman la UMF No.32

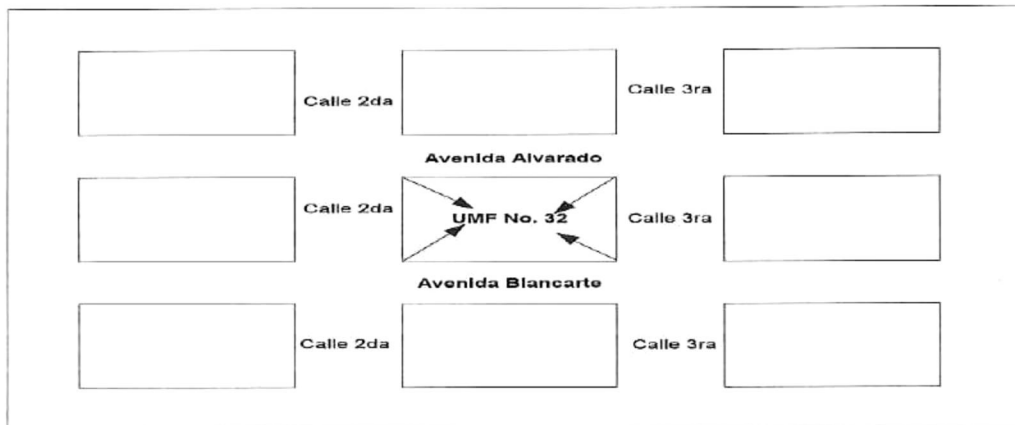


Fig.2. Mapa de ubicación de la UMF No.32. Localizada en Avenida Blancarte entre calle 2da y 3ra. C.P. 22880. Ensenada, Baja California.

Durante la realización de este trabajo, se contó con la aceptación del cuerpo de gobierno de la UMF No.32. En reunión previa se presentó el proyecto del programa académico concerniente a la presencia del médico especialista (ME). Se realizó una explicación en cuanto a la modalidad educativa, asesorías a médico familiar (MF) fue el punto clave. En esta reunión se explicó a los participantes el rol de la investigadora en el proyecto, y se dieron a conocer los objetivos de este trabajo de tesis. La aceptación, tanto para el proyecto académico de la visita de profesores, como para la realización del proyecto fue de todos los asistentes a la reunión.

Este trabajo también fue enviado al comité de investigación local ubicado en el H.G.ZIV No.8. En el IMSS todos los proyectos de investigación efectuados en sus instalaciones deben ser supervisados por el comité de investigación. Este proyecto fue evaluado y aceptado por el comité local. El registro del proyecto es otorgado por la

coordinación delegacional de investigación en salud, después de una nueva revisión.

El número de registro de este proyecto de investigación es: 2000-024-0001.

CAPÍTULO 3



MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Introducción

La problemática educativa puede ser abordada desde diferentes enfoques disciplinarios: sociología, pedagogía, psicología y antropología.

Esta diversidad de enfoques se deriva de la complejidad de situaciones educativas escolares y no escolares, de las dificultades que se presentan al definir “lo educativo” como un campo metodológico y teórico; y de una permanente búsqueda de explicaciones a la práctica educativa. En este estudio se abordará la educación desde la perspectiva sociológica, entendiéndose como una realidad sociocultural compleja, producto de una acción intencionada y contextualizada, regulada por normas personales y sociales.

La investigación en educación puede utilizarse, entre otras razones para conocer las prácticas que se dan en el proceso de enseñanza-aprendizaje. El foco central a partir del cual se analizan tales procesos es la interacción social, ya que a través de ella los sujetos construyen y dan significado a realidades compartidas.

El trabajo de tesis que se presenta se enmarca metodológicamente en el paradigma interpretativo. La investigación educativa basada en este paradigma, pretende comprender e interpretar los fenómenos educativos, tratando de develar creencias, valores y supuestos que subyacen la práctica educativa de los actores del proceso.

Los objetivos del estudio fueron dos: describir la estructura del proceso de reflexión en la acción entre el médico visitante (especialista) y el médico familiar y el sentido que tiene el aprendizaje de la práctica médica tanto para

especialistas como para médicos familiares; definir los significados que le dan a sus realidades compartidas durante el proceso educativo. Las preguntas de investigación se estructuraron de acuerdo a la quintaesencia de las preguntas cualitativas ¿Qué está pasando en este escenario? Y ¿qué significado tiene para los participantes? (Erickson, 1989). Las preguntas planteadas se dirigieron a los actores del proceso educativo en un contexto de práctica médica.

Previamente a la descripción del método utilizado se consideró necesario profundizar en los fundamentos teóricos de este paradigma revisando la obra de Blumer, Schutz, Malinowski. En este capítulo se describirán en primer término, los fundamentos teóricos de la investigación interpretativa: interaccionismo simbólico, fenomenología y el método etnográfico, cerrando esta primera parte con una descripción general del método interpretativo. En un segundo apartado, se presentará con detalle el método utilizado en esta investigación, describiendo cada una de las etapas de trabajo.

3.2 Fundamentos Teóricos de la Investigación Interpretativa

3.2.1 Interaccionismo Simbólico

En este apartado se presenta la concepción de la sociedad humana como interacción simbólica; su propósito es describir las premisas básicas de este enfoque y desarrollar sus consecuencias metodológicas para el estudio de la vida de grupo.

El interaccionismo simbólico fue una forma de indagación interpretativa al centro de una reorientación metodológica en la década de los sesenta y setenta producto del estudio de cómo el "self" y el contexto social se definen mutuamente y como se moldean uno a otro enmarcados en una comunicación social (Tsourvakas, 1997).

Se reconoce a George Herbert Mead como el autor que sentó las bases de las premisas fundamentales de este enfoque en su libro *Mind, Self and Society* (1934).

La propuesta fundamental de Mead es que el ser humano posee un "sí mismo" ("self"), que puede actuar respecto a sí mismo como respecto a los demás. Mead considera que esa capacidad del ser humano para actuar con relación a sí mismo es el principal mecanismo que posee para enfrentarse a su mundo.

Mead expone dos razones que manifiestan la importancia de formularse indicaciones a sí mismo:

1.: Indicar algo es desgajarlo de su planteamiento, ponerlo aparte, otorgarle un significado o, empleando la terminología de Mead, convertirlo en un objeto. Un objeto es una construcción que el individuo se hace a sí mismo, otorgándole una categoría, un significado y un valor. A esto se le denomina interpretar o actuar basándose en símbolos.

2.: Una acción es construida o elaborada; se elabora paso a paso, a través de un proceso de indicación a sí mismo. La auto formulación de indicaciones es un proceso comunicativo móvil del cual el individuo advierte cosas, las evalúa, les confiere un significado y decide actuar conforme al mismo (Blumer, 1982. p.61).

Fue Herbert Blumer quien en 1937 acuñó el término de interaccionismo simbólico, señala que las personas actúan sobre la base de un significado dado a objetos y situaciones. Este significado deriva de la interacción con otros sujetos, el cual se transforma durante el proceso de interpretación que se da en la relación entre sujetos (Meltzer, 1975, en Tsourvakas, 1997).

El interaccionismo simbólico es un enfoque que estudia la vida de los grupos humanos y su comportamiento. Se caracteriza por explicar la forma en que el ser humano interpreta las acciones de otros individuos y señala que la respuesta humana no es una reacción a las intervenciones de los demás sino que se basa en una interpretación de un significado que se otorga a la acción del otro.

Cada sujeto, en la interacción social, ajusta su acción a la de los demás. Todos estos procesos de elaboración de acción no se dan en el individuo de manera aislada, generalmente tienen lugar en un contexto social.

Desde el punto de vista de la interacción simbólica la organización de la sociedad es importante, ya que es un marco en cuyo interior tiene lugar la acción social, acción sobre la cual las personas afirman sus actos.

Las interacciones sociales son un proceso de elaboración que requieren que los actos definitorios de los demás sean confirmados constantemente. Una interacción se puede sustentar sobre diversas construcciones de la realidad; la definición de la situación sienta las bases para saber cómo percibimos, cómo interactuamos y cómo orienta nuestra conducta.

Generalmente, las situaciones que se encuentran en una sociedad son definidas por las personas de una manera semejante. Estas conceptualizaciones comunes permiten a las personas actuar de manera parecida, los participantes construyen sus acciones, aunque sean fijas, mediante una interpretación, denominándose a este proceso acción colectiva.

La primera condición para que se dé el proceso de acción colectiva es que cualquier acción específica sea construida en función de la situación en la cual tiene lugar. Una segunda condición es que la acción se produzca interpretando la situación. Esta construcción del significado dentro de la interacción tiene lugar gracias a la capacidad de adoptar el rol de la otra persona, de ponerse en el lugar del otro, e interpretar sus actos. Este compartir el significado hace del comportamiento un fenómeno social.

A continuación se hará una descripción de la naturaleza de la interacción simbólica.

3.2.1.1 Naturaleza del interaccionismo simbólico

El interaccionismo se basa en el análisis de tres sencillas premisas:

1. El ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que significan para él.
2. El significado de estas cosas se deriva de o surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con el prójimo.
3. Los significados se manipulan o modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso (Blumer, 1982. p.2).

Con la finalidad de describir la teoría de Blumer revisaremos cada una de estas premisas.

La primera premisa sostiene que los seres humanos orientan sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para ellos. Blumer considera que el avance de las ciencias (psicológicas y sociales) dan por sobreentendido el "significado" de la acción, ya que se concibe sólo como un

vínculo entre los factores responsables del comportamiento humano (Blumer, 1982. p.2).

Estas ciencias centran su interés en la conducta y en los factores que la provocan. Los psicólogos imputan las formas de comportamiento a factores como estímulos, actitudes, motivaciones, y diferentes maneras de organización personal. Los sociólogos fundamentan sus explicaciones en otros factores como la posición social, roles sociales, normas y valores. De esta manera se dice que el comportamiento es el resultado de la acción de dichos factores desencadenantes. Por lo tanto no se considera importante preocuparse por el significado de las cosas, sólo se buscan este tipo de factores. El punto de vista del interaccionismo simbólico, por el contrario, sostiene que el significado que las cosas encierran para el ser humano es un elemento central para "sí mismo".

En relación con la segunda premisa, hay dos formas habituales que permiten explicar el origen del significado de las cosas. Una es la que considera el significado como un elemento inherente y objetivo de las cosas. Según esta perspectiva una mesa es una mesa, un perro es un perro. Al ser algo propio, el significado sólo necesita ser desglosado por la observación del ente que lo posee. En este punto se advierte la postura del realismo, ampliamente arraigada en las ciencias sociales y la psicología. Esta forma considera que el significado de una cosa es la expresión de los elementos psicológicos que intervienen en la percepción de la misma, elementos como sensaciones, sentimientos, ideas, recuerdos, móviles y actitudes.

El interaccionismo simbólico considera que el significado tiene un origen distinto a los sostenidos por los dos puntos de vista anteriores. No cree que el significado emane de la estructura intrínseca de la cosa que lo posee ni que surja como consecuencia de una fusión de elementos psicológicos en la persona, sino que es el fruto de la interacción entre individuos. El significado que una cosa encierra para una persona es el resultado de las distintas formas en que otras personas actúan hacia ella en relación con esa cosa. El significado es un producto social, una creación que emana de y a través de las actividades definitorias de los individuos a medida que estos interactúan (Blumer, 1982. p.3).

La tercer premisa define y diferencia al interaccionismo simbólico. Considera que el significado de las cosas se construye en el contexto de la interacción social y es deducido por la persona. La utilización del significado en la acción que realiza implica un proceso interpretativo, no la mera aplicación de un significado ya establecido.

En esta premisa hay una coincidencia de los tres puntos de vista antes citados al estimar que la utilización de los significados es una manifestación de la aplicación de significados ya establecidos. La utilización de un significado se produce a través de un proceso de interpretación.

El proceso de interpretación tiene dos etapas. En la primera, el sujeto se indica a sí mismo las cosas que tienen un significado. Tales indicaciones constituyen un proceso social interiorizado, el sujeto está interactuando consigo mismo. En la segunda etapa, como resultado de este proceso, la persona selecciona, verifica, elimina, reagrupa y transforma significados en relación con

la situación que se halla inmerso y la dirección de sus actos. La interpretación de significados se debe entender como un proceso de auto-interacción (Blumer, 1982).

El interaccionismo simbólico fundamentado en las tres premisas anteriores, se contempla como un esquema analítico que caracteriza la sociedad y el comportamiento humano. Está cimentado en una serie de ideas básicas o "imágenes radicales" (Blumer, 1982), que representan la forma en que el interaccionismo define el comportamiento y las sociedades humanas las cuales se analizarán en los siguientes temas:

- sociedades o grupos humanos
- interacción social
- objetos
- el ser humano como agente
- los actos humanos
- interconexión de las líneas de acción

3.2.1.2 Naturaleza de la vida en las sociedades y grupos humanos

Se refiere a las actividades que los seres humanos llevan a cabo diariamente, tanto en su interacción con los demás o con las situaciones que se les presentan.

Esto permite ubicar al ser humano en la acción y en un contexto. La percepción debe ser el punto de partida de todo esquema que pretenda hacer un análisis de la sociedad. La vida social es un proceso ininterrumpido donde se acoplan las actividades de sus miembros. Este continuo de actividad fundamenta y define una estructura u organización en acción continua.

Uno de los principios fundamentales del interaccionismo simbólico es que todo esquema de sociedad empíricamente enfocada, sea cual fuere el origen, debe respetar el derecho que, en primera y última, la sociedad se compone de personas involucradas en la acción (Blumer, 1982. p.5).

3.2.1.3 Naturaleza de la interacción social

Una sociedad está compuesta de sujetos que se relacionan recíprocamente. Las acciones de cada individuo son una respuesta a esta interacción. El interaccionismo simbólico le reconoce una importancia vital a este proceso de interacción social, ya que este proceso es parte de la conformación del comportamiento humano. Todo individuo pretende lograr que su línea de acción *coincida* con las actividades de los demás.

Hay dos formas de interacción social: no simbólica y simbólica. La primera se refiere cuando una persona responde directamente al acto de otra sin interpretarlo. La segunda implica la interpretación del acto (Blumer, 1982. p.6)

En la interacción no simbólica las respuestas son automáticas, se responde de manera inmediata: por ejemplo cómo se corresponde a un saludo de mano.

La interacción simbólica es un proceso más complejo, es una manifestación que consiste en una exposición de gestos (manifestación objetiva) que tienen un significado de lo que se desea hacer, y lo que desea que el otro haga. Los gestos tienen significado, no sólo para la persona que los hace, sino para aquella a quien van dirigidos. La persona que responde organiza su respuesta basándose en el significado que los gestos encierran para ella. Cuando el significado de los gestos es el mismo para ambas personas, éstas se comprenden mutuamente.

3.2.1.4 Naturaleza de los objetos

Desde la perspectiva del interaccionismo simbólico los “mundos” que existen para los seres humanos y para sus grupos están compuestos de “objetos” los cuales son producto de la interacción simbólica.

Un objeto es todo aquello que puede ser indicado, todo lo que puede señalarse o a lo cual puede hacerse referencia: una nube, un libro, etc. Pueden agruparse los objetos en tres categorías: a) físicos: sillas, árboles; b) sociales: estudiantes, sacerdotes, y c) abstractos: como principios morales, doctrinas filosóficas (Blumer, 1982. p.8).

Los objetos son importantes en función del significado que representa para cada persona. Desde el punto de vista del interaccionismo simbólico, la vida de un grupo es un proceso dinámico donde los objetos, nacen, crecen, se reproducen y mueren (se crean, se afirman, transforman y se desechan) La vida y sus actos se modifican a razón de los acontecimientos en su mundo de objetos.

3.2.1.5 El ser humano considerado como organismo agente

El ser humano es capaz de responder a los estímulos no solamente a un nivel no simbólico, sino de provocar acciones en los demás y en sí mismo e interpretar las respuestas. Quiere decir sencillamente que un individuo puede ser objeto de sus propios actos. Para que esto suceda tiene que verse a sí mismo desde afuera, tomar distancia, ponerse en otro lugar y observarse actuando. De esta manera tenemos una descripción del ser humano como un organismo que entabla una interacción consigo mismo a través de un proceso social de autoformulación de indicaciones.

3.2.1.6 Naturaleza de la acción humana

El individuo se halla ante un mundo que debe interpretar para poder actuar, investigando el significado de los actos ajenos y planeando su propia línea de acción conforme a la interpretación realizada.

En la acción del ser humano hay una consideración de las diversas cosas que percibe y en la elaboración de una línea de conducta basada en el modo de interpretar los datos recibidos. El comportamiento se orienta a través de un proceso de indicación e interpretación, del cual surgen líneas de acción que pueden iniciarse, postergarse o bien modificarse una vez iniciada.

La actividad del ser humano consiste en afrontar un caudal de situaciones ante las cuales se ve obligado a actuar y su acción se forja en función de lo que percibe, del modo en que enjuicia o interpreta y el tipo de líneas de acción que se propone realizar.

La acción conjunta no solo representa una vinculación horizontal, para expresarlo de esta forma, de las actividades de los individuos participantes, sino también una conexión vertical con la acción precedente.

3.2.1.7 Interconexión de la acción

La vida de todo grupo depende de la integración y adaptación de las líneas de acción de sus integrantes, su articulación constituye una acción conjunta.

Blumer destaca tres puntos acerca de las implicaciones de la concatenación que representa la acción conjunta:

1. Analizar elementos que son estables y reiterativos en el proceso: una sociedad consolidada adopta modelos de acción conjunta, donde se comparten significados comunes y preestablecidos.
2. El encadenamiento que constituye la acción conjunta se refiere a la extensa conexión de las acciones que se establecen como producto de su manera de definir las situaciones.
3. Todo tipo de acción conjunta ha surgido de una memoria de acciones previas de los participantes. Cada nueva acción surge y guarda relación con un contexto.

En este recorrido sintético del interaccionismo simbólico como una perspectiva dentro de las ciencias sociales, se establecen premisas de una filosofía con gran contenido humanista. De acuerdo con Quaás (1998), es imposible citar un solo ejemplo de una caracterización del mundo de la realidad que no se presente bajo la forma de imágenes humanas. Nada resulta conocido a los seres humanos excepto en la forma de algo a lo que pueden referirse o con lo que es posible relacionarse. Para indicar algo, los seres humanos deben verlo desde su perspectiva, deben describirlo tal como les aparece.

Según Bazdresch (1999) el hecho educativo, la acción educativa, es un conjunto de prácticas que lo sujetos educativos construyen con base en la relación-interacción que establecen y en la cual se suceden percepciones e interpretaciones continuas, las cuales suscitan nuevas acciones fruto de las interpretaciones. Esta sucesión integra una continuidad de significaciones.

A la luz de esta cita se puede decir que el interaccionismo simbólico proporciona un fundamento epistemológico que permite entender el significado sustantivo de las acciones humanas, marco necesario para abordar el objeto de conocimiento de este trabajo de investigación.

En este trabajo se analizaron los procesos educativos bajo la perspectiva de la interacción social entre un médico familiar y un médico especialista en

traumatología. Y la forma en que ellos construyeron y dieron significado a realidades compartidas durante la visita de profesores.

Se identificaron significados, entre ellos podemos mencionar: la relación entre médicos, aprendizaje de la clínica. Tanto para el médico familiar como para el especialista.

3.2.2 Fenomenología

De la misma forma que el interaccionismo simbólico, la sociología fenomenológica se centra en el análisis del mundo cotidiano.

La fenomenología estudia la manera en que las personas construyen activamente los significados, y los procesos que interfieren en su interpretación.

El punto de partida de la fenomenología es el fenómeno, entendiendo por él todo cuanto nos es dado, todo cuanto se ofrece directa y primariamente. El puro conocimiento es lo único que interesa. Se trata de una «visión intelectual» (sólo incidental o parcialmente sensitiva) que va directa a la «esencia»; es una ascesis intelectual que nos lleva a suprimir todo cuanto no nos diga directamente el objeto (supresión de valores, intereses, juicios previos) (Diccionario Ciencias Educación, 1983. p.946).

El término aparece por primera vez en 1764 con J.H. Lamdert. En la actualidad corresponde a un movimiento filosófico alemán de principios del siglo XX que inicia con Edmund Husserl.

Husserl concebía la percepción del mundo por los sujetos, como un lugar ordenado; los sujetos están implicados en el proceso de ordenamiento, pero no son conscientes de su participación en el proceso, por ello no se cuestionan cómo se realiza. Los sujetos ven el mundo social como un mundo naturalmente ordenado y no estructurado por ellos (Ritzer, 1990).

La fenomenología de Husserl penetra los estratos del mundo social del hombre para llegar a la estructura esencial de la conciencia el “ego trascendental”.

Schutz define el “ego trascendental” de la siguiente manera: el universo de nuestra vida consciente, la corriente íntegra del pensamiento, con todas sus actividades y sus cogitaciones y experiencias (Ritzer, 1990. p.368).

El concepto del ego trascendental traduce la idea de la fenomenología de Husserl. De acuerdo con este autor, la fenomenología es una ciencia que se ocupa de la esencia, no de la existencia de los sujetos, específicamente de la esencia de la conciencia, del ego trascendental.

Para Husserl, la conciencia no era una concepción metafísica, no era una cosa, un lugar sino un proceso. La conciencia no se encuentra en la cabeza del actor sino en la relación entre el actor y los objetos del mundo. Además, Husserl decía que el significado no está en los objetos, sino en la relación de los actores con los objetos.

Esta concepción de la conciencia como un proceso, es el núcleo de la fenomenología de Husserl, y es la base de la teoría de Schutz.

Tanto Husserl como Schutz conciben la metodología fenomenológica como el análisis y descripción los fenómenos sociales, tal y como son experimentados por los seres humanos, en situaciones sociales, eventos, actividades e interacciones.

Alfred Schutz tomó la filosofía de Husserl y la transformó en sociología, y esa orientación influyó en su sociología fenomenológica. Mientras que la obra

de Husserl se orientó hacia el ego trascendental, la preocupación fundamental de la obra de Schutz fue hacia la intersubjetividad exterior, mundo social y mundo de la vida. En este apartado abordaremos con mayor detalle la obra de Schutz.

3.2.2.1 La sociología fenomenológica de Alfred Schutz

Alfred Schutz, sociólogo austriaco, construye su filosofía fenomenológica a través de los siguientes conceptos: intersubjetividad, tipificaciones y recetas, el mundo de la vida, reinos del mundo social, conciencia. A continuación se describirán cada uno de estos conceptos.

3.2.2.1.1 Intersubjetividad

La teoría de Schutz de la intersubjetividad no se refiere a las relaciones físicas entre las personas, sino a la manera en que se establece la comprensión de sus conciencias al relacionarse.

El mundo intersubjetivo no es un mundo privado; es común a todos. Son los vínculos que permiten percibir a los otros en su propio espacio, y que los otros nos perciban, también, de manera simultánea. El mundo intersubjetivo existe porque vivimos en él como hombre entre otros hombres, con quienes nos vinculan influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos. La simultaneidad es la base de la intersubjetividad. Y

esta captación de la simultaneidad del otro, así como su captación recíproca de mí, hacen posible nuestro ser conjunto en el mundo (Mardones, 1996).

El estudio de la intersubjetividad busca respuesta a las preguntas siguientes: ¿Cómo conocemos otras mentes? ¿Cómo conocemos otros "self"? ¿Cómo se produce la reciprocidad de perspectivas? ¿Cómo se produce la comprensión y comunicación recíproca? (Ritzer, 1990. p.376).

Mientras que Husserl estudiaba el mundo interno del sujeto "ego trascendental", como su preocupación central, Schutz dio un giro al estudiar el mundo intersubjetivo, el mundo social y sus interrelaciones.

3.2.2.1.2 Tipificaciones y recetas

Schutz dice que el mundo social cotidiano es "significativo" para los actores que se encuentran en él. Para su estudio, el autor desarrolla una sociología subjetiva basada en la tradición de Max Weber y su concepto de tipos ideales: Schutz define como posible construir un modelo de un sector del mundo social que consista en una interacción humana típica y analizar esta pauta típica de interacción en lo que respecta al sentido que podría tener para los actores. Los sujetos somos capaces de definir construcciones (tipos ideales) para interpretar la realidad y comprender la parte de la realidad que es importante para nosotros.

Max Weber define los tipos ideales como una construcción sociológica que expresa una adecuación de sentido lo más plena posible (Mardones, 1996).

Schutz hace uso de los tipos ideales para analizar científicamente el mundo social. Así, Schutz dice que las personas construyen y usan tipificaciones y recetas en el mundo social donde viven (formulan constructos).

Esto hace que los sujetos construyan sus acciones, sobre la base de experiencias, para determinar de esta manera, cierto tipo de acción.

Las personas desarrollan y usan tipificaciones en el mundo social. En cualquier situación que se da en el mundo social, una acción viene determinada por un cúmulo de experiencias anteriores. Cuando un sujeto tipifica, ignora las situaciones individuales y particulares y sus constructos se centran en las características genéricas y homogéneas. Cuando llamamos a algo por su nombre (hombre, perro) estamos tipificando. Siempre que utilizamos el lenguaje, en el proceso de comunicación, estamos tipificando. Schutz dice que el lenguaje es el medio tipificador por excelencia, este construye un sinnúmero de tipologías para entablar la comunicación.

La relación que se encuentra entre las tipificaciones y el lenguaje se hacen evidentes dentro del mundo social, las personas en su proceso de socialización formulan y almacenan tipificaciones, que les permiten interactuar de una manera socialmente aceptada.

Para Schutz las recetas son hábitos triviales que no se cuestionan, sirven como punto de partida para analizar las tipificaciones. Las recetas como las tipificaciones sirven de técnicas que permiten entender aspectos de la experiencia, sobre todo a nivel situacional. Las personas utilizan recetas para controlar situaciones cotidianas; si alguien saluda con la fórmula "¿Cómo estas?" Se responde con la receta, "bien y ¿tú?" La mayoría de las actividades diarias, desde levantarnos hasta ir a dormir, son de este tipo. En situaciones problemáticas o inusuales, lo primero que hace es recurrir a nuestras recetas.

Cuando se ve con claridad que ya no sirven las recetas se trabaja para construir otras nuevas formas de manejar las situaciones.

3.2.2.1.3 El mundo de la vida

El mundo de la vida o *Lobenswelt*, es una denominación (derivada de Husserl) que Schutz tomó de Husserl y dio al mundo, en el que tienen lugar la intersubjetividad y la utilización de tipificaciones y recetas.

Schutz define seis características del mundo de la vida

1. Se caracteriza por una tensión especial de la conciencia "estado de alerta", en que el actor presta "plena atención a la vida y sus requisitos.
2. El actor no duda de la existencia de este mundo.
3. Es el mundo de la vida donde las personas trabajan, dónde emprenden "una acción en el mundo externo" basada en un proyecto y caracterizada por la intención de producir mediante el movimiento corporal el estado de cosas proyectadas.
4. Hay una forma específica de experimentar el propio self por la que el self trabajador se vive como un self pleno.
5. El mundo de la vida se caracteriza por una forma específica de socialidad que implica el "mundo intersubjetivo común de la comunicación y la acción social"
6. En el mundo de la vida existe una perspectiva específica del tiempo que implica la intersección del flujo del tiempo personal y el flujo temporal de la sociedad (Ritzer, 1990. p.377)

Para Schutz, el mundo de la vida es un mundo intersubjetivo, que existía mucho antes que nosotros mismos, que nos fue heredado (en especial las tipificaciones y recetas), para experimentarlo e interpretarlo. El mundo de la vida no es único, cada sujeto conforma su mundo de la vida, así como conforma los mundos de la vida de los demás, donde los actores y estructuras interactúan recíprocamente.

Una de las preocupaciones de Schutz era el acervo social de conocimiento común, que traza las acciones habituales (el uso de tipificaciones y

recetas). El conocimiento de tipificaciones y recetas es el más variable, tiende a modificarse ante situaciones problemáticas para construir innovaciones. Otros dos aspectos del acervo de conocimientos que raramente pueden generar problemas son:

1. Conocimiento de técnicas (por ejemplo, caminar) es difícil que se convierta en problema (a excepción de una parálisis).
2. Conocimiento útil, es una solución definitiva ante un problema: se aprende una sola vez a conducir un automóvil.

3.2.2.1.4 Conciencia

La preocupación central de los filósofos fenomenológicos es la conciencia, especialmente las estructuras universales de la conciencia.

Schutz se centró en la intersubjetividad, en el mundo de la vida, en las relaciones-nosotros y en las relaciones-ellos. Así, para Schutz la conciencia no constituía en sí misma un centro de interés, sino el punto de partida para su ciencia de la intersubjetividad. En el centro de todas sus inquietudes sociológicas era el establecimiento de los significados, y cómo el individuo los comprende, los interpreta, para sus propios procesos (autointerpretación) y en su relación con otras personas.

Para Schutz, el fundamento filosófico de la imagen del mundo social era la conciencia profunda, el *durée* dónde se encuentran los procesos de establecimiento de significados, comprensión, interpretación y autointerpretación.

3.2.2.1.5 Significados y motivos

Los significados se entienden como la manera en que los actores determinan qué aspectos del mundo social son importantes para ellos; los motivos, por otra parte son las razones que explican la acción de los actores.

Schutz diferenció dos tipos de significados:

1. Un tipo de significado es el contexto de significado *subjetivo*. Es decir, a través de nuestra propia construcción mental de la realidad definimos ciertos componentes de la realidad como significativos.
2. Un segundo tipo de significado es el contexto de significado *objetivo*, los conjuntos de significados que existen en la cultura y que son compartidos por toda la colectividad de los actores (Ritzer, 1990. p.387).

Schutz también distinguió dos tipos de motivos: los motivos «para», y motivos «porque»:

1. Motivos «para» constituyen las razones por las que un actor emprende ciertas acciones para alcanzar cierto objetivo o producir una ocurrencia futura. Los motivos «para» son subjetivos.
2. Los motivos «porque» ofrecen una visión retrospectiva de los factores pasados que son la causa de una conducta individual. Los motivos «porque» son objetivos (Ritzer, 1990. p.387).

Schutz se sintió más inclinado a estudiar los motivos «porque»; a pesar de que estaba convencido de que toda interacción social se daba sobre la base de una reciprocidad de motivos: los motivos «para» del actor se convertirán en motivos «porque» de su copartícipe y viceversa.

Schutz inserta sus conceptos sociológicos más básicos en la conciencia. La acción, es una –conducta humana proyectada por el actor de manera autoconciente-, el rasgo fundamental de la acción es ser proyectada por un

propósito. La acción social es la –acción que implica las actitudes y las acciones de otros y está orientada hacia ellos en el transcurso de la acción-.

La teoría de Alfred Schutz incluye una preocupación entre la forma en que las personas construyen su realidad social y el presente inmediato, una realidad cultural que otros han construido y siguen construyendo. Esas realidades influyen en las personas interpretando e incluso reconstruyendo el mundo cultural.

En este trabajo de tesis, se utilizó el enfoque fenomenológico para construir el mundo de la vida de médicos familiares durante una interacción educativa con un médico especialista en traumatología, con la finalidad de construir significados y modelos que explicaran su interacción social.

3.2.3 Antropología

La etnografía es un método utilizado en antropología y sociología cuyo objeto de estudio es la cultura de un grupo social.

El concepto de cultura es esencialmente semiótico. El hombre es un animal que está suspendido en una red de significados que él mismo ha tejido. Desde esta perspectiva, la cultura se puede visualizar como acciones simbólicas, acciones que forman patrones de conductas que rigen un estilo de vida y que se considera parte del legado social que es adquirido del grupo al que se pertenece; es, además, una manera de pensar, sentir y creer, un mecanismo que permite una regulación normativa de una conducta (Geertz, 1973).

Un método para el estudio de la cultura es la etnografía, desarrollada en sus inicios a través de los estudios del Dr. Bronislaw Malinowski. De origen polaco, estudiante de antropología por la Universidad de Oxford, Malinowski es detenido en el Archipiélago de las Islas Tobiand en 1914, considerado como espía. Es obligado a permanecer en el archipiélago más del doble de tiempo que había previsto, por lo que vivió:

(...) durante muchos meses como un indígena entre los indígenas, observándolos diariamente en sus trabajos y diversiones, conversando con ellos en su propia lengua y deduciendo todas las informaciones de las fuentes más seguras: la observación personal y los relatos directamente escuchados de los nativos, en su propio idioma y sin mediación de intérprete (Malinowski, 1972. p.7).

Su informe, publicado en 1922, revolucionó el campo de la antropología cultural, por lo que Malinowski es considerado el padre de la etnografía.

Tradicionalmente, hasta la década de los sesenta, los antropólogos tenían que realizar largos viajes con el fin de estudiar grupos "primitivos", vivir con ellos y observar su vida cotidiana. Por lo general el investigador vivía en una sola comunidad, considerada como una comunidad representativa de una cultura, una unidad social relativamente estática y circunscrita. En los ochenta, la antropología descubrió influencias macroestructurales más allá de la comunidad inmediata, procesos sociales y culturales locales, que en un tiempo se consideraban como "costumbres" indígenas atemporales, y que ahora son estudiadas como adaptaciones a una economía mundial en expansión (Levinson, 1991).

La etnografía literalmente quiere decir "escribir" o "registrar" una cultura. Se refiere a una experiencia de investigación prolongada, en una localidad

determinada. Por medio de observaciones, entrevistas, el etnógrafo intenta construir analíticamente una descripción de esa localidad en particular. La etnografía precisa de una orientación y reorientación teórica continua, que a su vez se desarrolla por el nuevo conocimiento acumulado durante el mismo trabajo de campo.

La etnografía es considerada una ciencia y un arte. Además de un producto, la etnografía es un proceso, una forma de estudiar la vida humana. El diseño etnográfico requiere estrategias de investigación que conduzcan a la reconstrucción cultural.

1. Las estrategias utilizadas proporcionan datos fenomenológicos; éstos representan la concepción del mundo de los participantes que están siendo investigados.
2. Las estrategias etnográficas de investigación son empíricas y naturalistas, se recurre a observación participante y no participante para obtener datos empíricos de primera mano, tal como se dan en los escenarios del mundo real.
3. La investigación etnográfica tiene un carácter holista. Pretende construir descripción de fenómenos globales en sus diversos contextos y determinar las complejas conexiones de causas y consecuencias que afectan el comportamiento y las creencias con relación a dichos fenómenos (Goetz y LeCompte, 1988).

El método etnográfico no se limita a ser una mera descripción de las características observables de las prácticas culturales, estudia además las motivaciones y sentimientos de los grupos humanos. Un hecho, no tiene sentido para el observador a menos que conozca o infiera los pensamientos y emociones del sujeto que lo realiza.

Característico del método etnográfico es tener en cuenta todas las complejidades de la naturaleza humana. Por así decirlo, ve hombres en relieve, no perfiles de una sola dimensión. Recuerda que el hombre es una criatura de emociones, por lo menos tanto como de razón, y está constantemente en la brecha para descubrir lo mismo la base emocional que la racional de cualquiera de sus actos (Malinowski, 1972. p.8).

Cuando se decide realizar un trabajo utilizando los recursos de la etnografía, encontramos un campo abierto. La etnografía requiere cubrir ciertos requisitos para ser considerada como tal, pero no ofrece un camino predeterminado.

Quedan abiertas y deben definirse la mayor parte de los procedimientos técnicos, las delimitaciones temporales y espaciales en el campo, las ubicaciones e interacciones del investigador, las vinculaciones entre lo observable y lo concebible como objeto de estudio, las formas de análisis y de síntesis, las maneras de descripción y exposición, y aun las perspectivas teóricas y epistemológicas desde las cuales se hace. Este proceso de construcción de una forma específica de hacer etnografía acompaña, de manera implícita o explícita, el desarrollo de cada investigación (Rockwell, 1987. p.1).

El ideal primordial y básico del trabajo etnográfico es proporcionar un esquema claro y coherente de la estructura social y hacer destacar las leyes y normas que el fenómeno cultural conlleva. En la etnografía existe la necesidad de dar cuenta clara de cada uno de los datos, es decir, basarse en las pruebas fácticas que han conducido a tales conclusiones (Malinowski, 1972).

Actualmente la etnografía es practicada por muchas disciplinas lo cual ha propiciado diversidad de versiones en cuanto al acercamiento al objeto de estudio. Sin embargo, a pesar de esta diversidad de opiniones, el punto de vista antropológico predomina, en el sentido de que existen tres principios que se deben reunir al momento de hacer etnografía:

1. El interés de la investigación etnográfica está en las formas de cultura, en el sentido más profundo del término.
2. Los estudios etnográficos, reconocen la necesidad de una estancia prolongada para hacer observación participante, como una manera fundamental de acercamiento.
3. En investigación etnográfica, es necesario utilizar diferentes métodos para la colección de datos, con la finalidad de confrontar los hallazgos en la observación.

Finalmente, el establecer *rapport* entre el investigador y el grupo de estudio, se considera como un elemento crítico en etnografía. Esta es una de las razones por las que algunos investigadores sugieren un mínimo de un año en la fase de campo, para los trabajos etnográficos (Tsourvakas, 1997).

El utilizar el método etnográfico para la realización de este trabajo dio la oportunidad de conocer, describir y explicar los fenómenos que se presentan durante la práctica clínica enmarcados en un proceso educativo que en este caso fue la visita de profesores.

3.3 Investigación etnográfica en educación

La investigación etnográfica aplicada a la educación, puede utilizarse para indagar procesos específicos que dan sentido a las prácticas institucionales escolares y docentes en situaciones de contexto específicos. Los estudios antropológicos en las escuelas, buscan definir las dimensiones culturales y sociales del trabajo escolar, a través de la reconstrucción de procesos sociales implicados en el quehacer educativo.

Dado que el interés del etnógrafo no está en lo que se habla, sino en lo dicho, en el noema -en el pensamiento, en el contenido y en la intención del hablar- esto explica por qué el etnógrafo educativo estudia las situaciones escolares como acciones sociales que tienen sentido para los participantes, es decir, el etnógrafo incursiona en el sentido profundo de lo que se dice y lo que se hace en las escuelas (Bertely, 2000).

La etnografía educativa en México se convierte en campo de investigación a finales de la década de los setenta, en el Departamento de Investigaciones Educativas del Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional. La mayor parte de los estudios etnográficos en educación se han realizado a nivel básico, el análisis de estos resultados han generado interés en las instituciones de Educación Superior, particularmente la Universidad Nacional Autónoma de México, abriendo líneas de investigación sobre la recuperación de los procesos de aprendizaje y formas de participación en torno a la práctica educativa en las universidades (Bertely, 1986).

También la investigación etnográfica en educación forma parte del proceso de formación docente en algunas universidades, cabe mencionar al Departamento de Investigaciones Educativas del IPN, a través de los Institutos de Educación Tecnológica, localizados en distintas partes del país. Esto ha permitido que los maestros egresados de estas instituciones estén interesados en resignificar su práctica a la luz de sus experiencias y saberes cotidianos. De acuerdo con María Bertely, este proceso puede incidir en la transformación de la práctica docente y la transformación de las escuelas en México.

3.4 Método Interpretativo

Una vez descritos los fundamentos teóricos del método interpretativo, se presenta una caracterización de este método y su aplicación en la educación, basándose principalmente en el ensayo de Frederick Erickson (1986).

Como preámbulo a esta caracterización, se explicitan los vínculos entre estos fundamentos teóricos y sus implicaciones en el método interpretativo.

De acuerdo con Woods (1998), del interaccionismo simbólico se desprenden algunas reglas que definen las características de un trabajo de corte interpretativo. Entre estas características, Woods menciona las siguientes:

- Respeto al mundo empírico. Respetar el mundo empírico significa formular un número de asunciones previas al estudio haciendo una descripción de la vida cotidiana del mundo que se va a estudiar. Blumer (1982, p.13) considera que "cada faceta de la investigación científica está sujeta a prueba del mundo empírico, que debe dotarla de validez". De acuerdo con Woods, esta es la premisa más importante para realizar una investigación interpretativa.
- Estratos de la realidad. La complejidad de la vida social requiere que un estudio de este corte identifique el sentido que prevalece en los diferentes niveles de la realidad. Blumer (1982) lo identifica como "alzar velos". Los seres humanos diseñamos una fachada pública, imagen que deseamos que vean los demás. La estancia prolongada en el campo, permite ganarse la confianza del grupo de estudio que permitirá el acceso a esas zonas restringidas y a esos comentarios privados que se necesitan para entender la situación.
- Adoptando el rol del otro. El investigador interpretativo debe ser capaz de ponerse en el rol del otro y contemplar el mundo desde su punto de vista. Es necesario contemplar la realidad tan de cerca como sea posible, y contemplarla desde el punto de vista de los otros, apreciar cómo interpretan las indicaciones que otros les hacen, el significado que les atribuyen y definir cómo construyen sus propias acciones.
- Apreciación de la cultura. Es necesario identificar en la interacción grupal el significado implícito de la interacción, a través de la descripción de los símbolos tal y como lo entienden sus participantes.
- Aprendizaje de los símbolos. A lo largo de este proceso es necesario aprender el lenguaje de los participantes con todos sus matices, el vocabulario especial que utilizan los participantes para que el investigador comprenda los significados simbólicos que emergen de las interacciones.

- Ubicación de la interacción. Para entender la interacción que se está estudiando, se requiere conocer el contexto en que se produce. Esta situación es importante debido a que: a) la situación puede afectar las perspectivas y la conducta, y b) las perspectivas pueden afectar las situaciones. El método debe ser sensible a ambas interpretaciones, teniendo clara la interacción entre perspectivas y situaciones, a fin de ver como influyen unas sobre las otras.
- Interacción como proceso. La interacción no es estática ni, predeterminada. De esta manera, las personas interpretan constantemente las indicaciones de los demás, conformando de esta manera su comportamiento.
- Investigando la persona, su yo. Se trata de explorar los sentimientos más profundos de las personas, sus impulsos, acciones, presentimientos y formas de correr riesgos, las cosas que les gustaría hacer y no pueden, qué les hace actuar de una determinada manera.
- Interacción simbólica y la sociedad. Desde este enfoque se hace necesario entender cómo los imperativos del sistema donde se ubica el objeto de estudio inciden directamente en el comportamiento de las personas.

El investigador interpretativo construye su objeto de estudio a través de la utilización de estas reglas. La visión de la realidad, que se obtenga a partir de la perspectiva de los actores y del análisis de su contexto, es de vital importancia para el desarrollo de esta metodología.

Para Woods (1998), el método interpretativo desde la perspectiva interaccionista es importante en educación, puesto que:

1. Aún seguimos estando muy lejos de comprender la naturaleza del arte de la enseñanza.
2. Tiene un papel que desempeñar en la monitorización de las vidas de los docentes y sus culturas, sujetas a un cambio continuo.
3. Para muchos, la enseñanza supone una inversión muy alta de su ego. Los docentes se comprometen mucho con su trabajo, fortifican su pedagogía usando sus emociones con sofisticación. Esto se manifiesta de muchas maneras durante la

clase. Estas dimensiones expresivas del docente ejercen una gran influencia sobre los alumnos.

4. Puede contribuir a la sociología del aprendizaje. Hay que explorar a fondo el área de la metacognición, y los puntos de vista y las culturas de los alumnos.
5. Existen muchas maneras de describir la práctica y el progreso dentro del aula.
6. Puede desempeñar un papel en la vida del área o sujetos sometidos a estudio, para su propio beneficio o para el de las personas involucradas.

Para Woods, el interaccionismo aplicado a la metodología interpretativa puede ayudar a producir una ciencia más humana.

Continuando con esta amalgama epistemológica que rige la interpretación de la acción significativa de los actores que participan en una cultura, María Bertely (2000) establece un enlace entre la fenomenología social de Schutz y el método que estamos describiendo. Schutz afirma que la vida social está conformada por realidades múltiples o subuniversos simbólicos; cada realidad cuenta con sus propios códigos, encuadres significativos, normas y formas de validación; y que estas realidades son producto de construcciones subjetivas, donde intervienen dos o más sujetos. El investigador interpretativo, dice Bertely, asume, de modo similar, que la realidad escolar es múltiple y que en cada plantel educativo y salón de clases se construyen códigos, encuadres y universos simbólicos irrepetibles. Esto explica la razón por la cual el investigador educativo estudia las situaciones escolares como acciones sociales que tienen sentido para los participantes y porqué incursiona en el sentido profundo de lo que se dice y hace en las escuelas. Este método permite construir redes de relaciones significativas entre representaciones y actuaciones

características, que aún para los mismos protagonistas, pueden permanecer ocultas o desconocidas.

Cuando se opta por abordar el estudio empírico de la práctica docente y la escuela, la etnografía es un método que permite documentar la vida cotidiana en las escuelas y salones de clases. Para Elsie Rockwell (1987), la etnografía es el proceso de “documentar lo no documentado”. La base de este proceso, es el trabajo de campo y la subsecuente elaboración de los “registros” de campo. El centro de este trabajo de campo, consiste en entrar a una localidad, participar, observar lo cotidiano, conversar sobre lo que acontece con los participantes y conservar por escrito la mayor parte de esta experiencia. No hay una regla metodológica que indique qué se puede o se debe hacer “técnicamente”. Lo que se hace en el campo depende del objeto que se construye; depende de la interacción que se busca con la realidad, depende, de lo que aportan los otros sujetos con quienes interactúa e intervienen también los propios procesos concientes del investigador y las interpretaciones que hace de las situaciones estudiadas.

El enfoque de la investigación interpretativa, también se le conoce como etnográfico, cualitativo, interaccionista simbólico, fenomenológico, etc.

Erickson (1986) utiliza el término interpretativo cuando se refiere a éste método por tres razones: es más inclusivo que otros -como etnografía o estudio de casos- evita la connotación no cuantitativo (connotación que sí lleva el término cualitativo) dado que cierto tipo de cuantificación suele emplearse en este tipo de trabajo. Apunta al aspecto clave de los distintos enfoques antes

mencionados: el interés de la investigación se centra en el significado humano en la vida social y en su esclarecimiento y exposición por parte del investigador.

La investigación interpretativa es particularmente útil para responder preguntas de orden fenomenológico, como las siguientes:

1. ¿Qué está sucediendo aquí?
2. ¿Qué significan estas acciones para los actores que participan en ellas?
3. ¿Cómo están organizados los acontecimientos en patrones de organización social y principios culturalmente aprendidos para la conducción de la vida cotidiana?
4. ¿Cómo se relaciona lo que está sucediendo en este contexto como totalidad, con lo que sucede en otros niveles del sistema?
5. ¿Cómo se comparan los modos en que está organizada la vida cotidiana en este entorno con otros modos de organización de la vida social?

Los métodos interpretativos se emplean cuando se desea saber acerca de la estructura específica de los hechos, conocer qué está sucediendo en un lugar particular, identificar la perspectiva de significado de actores específicos, definir acontecimientos específicos; se recomiendan también cuando se quiere identificar vínculos causales específicos que no fueron identificados mediante métodos experimentales, desarrollar nuevas teorías acerca de las posibles causas e influencias de patrones que se identifican a través de los datos recolectados.

Para realizar este tipo de investigación se requiere de una participación intensiva y de largo plazo en el contexto de estudio, de un cuidadoso registro de lo que sucede, mediante la redacción de notas de campo y la recopilación de otros documentos (grabaciones, video, entrevistas). Implica una reflexión analítica sobre los registros obtenidos en el campo, y la elaboración de un

informe detallado, se pueden utilizar fragmentos narrativos y citas textuales extraídas de las entrevistas, así como diagramas analíticos y cuadros sinópticos que expliquen el objeto de estudio.

La investigación interpretativa exige ser especialmente cuidadoso y reflexivo para advertir y describir los acontecimientos cotidianos en el escenario de trabajo y tratar de identificar el significado de las acciones desde los diversos puntos de vista de los propios actores. El interés en el contenido interpretativo lleva al investigador a buscar métodos que resulten apropiados para el estudio de su contenido.

Estos planteamientos son importantes en el sentido de que son el sustento en la construcción del objeto de estudio y su desarrollo metodológico. A continuación se detallará el método utilizado para la realización de este trabajo de investigación.

3.5 Método

El abordaje del objeto de estudio fue desde la perspectiva interpretativa, a fin de tener un acercamiento a los problemas de una modalidad formativa de educación médica continua desde una perspectiva holística. Para Erickson (1986), el prototipo característico del método interpretativo es el de un estudio holístico, para conocer un sistema cultural en acción. Un sistema cultural en acción, se refiere a la serie de actividades interrelacionadas, comprometidas por los actores en una situación social.

Algunas de las cualidades heurísticas del método interpretativo son:

- Puede explicar las razones de un problema,
- se puede definir el trasfondo de una situación, ¿qué pasó? y ¿por qué?,
- el poder explicativo para describir las razones por las que funcionó un programa, o por qué no funcionó.

3.5.1 Pregunta de investigación

La pregunta que se planteó en el proyecto de investigación fue:

¿Cuál es el proceso de reflexión en la acción entre profesionales de la medicina en el marco de una actividad educativa, y cómo se puede caracterizar?

Una vez definida la pregunta de investigación, fue necesario identificar a los actores que participaron en el estudio.

A continuación se hace una descripción del diseño que se utilizó para este trabajo de investigación.

3.5.2 Unidad de análisis

La unidad de análisis, se entiende como las características que tiene el objeto de estudio. Para definir la unidad de análisis se debe tener en cuenta, qué es lo que el investigador necesita conocer, cual es la razón del estudio, qué tipo de evidencia se debe buscar, y cuales son las variaciones esperadas.

Para la realización de este estudio, el cuerpo médico, sujeto de estudio se integró con:

- Ocho médicos familiares del turno matutino de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Ensenada, Baja California.
- Un médico especialista en traumatología, que estuvo programado para participar en la modalidad educativa de visita de profesores.

En total, se contó con la participación de nueve médicos.

3.5.3 Descripción del estudio

La búsqueda del sentido de las acciones de los médicos familiares y especialista y el análisis de los datos, es un proceso simultáneo en investigación interpretativa. Es un hecho que la sincronización e integración del análisis interpretativo, entre otras tareas, distingue al diseño interpretativo de la investigación positivista tradicional (Merriam, 1988; Coffey, 1996). El desarrollo del estudio se definió por las fases de análisis de la información, más que por la utilización de instrumentos de registro. Se siguió la estructura de niveles de análisis de Bertely (1994) y el Método de análisis de la Teoría Fundamentada propuesto por Glaser y Strauss (1967) y de Strauss y Corbin (1998).

En cada una de las fases que comprenden el trabajo de investigación, se presentan los objetivos de la fase, los instrumentos de registro utilizados, la recolección de datos y el procedimiento de análisis.

A continuación se describe el proceso que permitió realizar la investigación.

3.5.3.1 Fase I. Entrada al Campo

Esta fase comprendió del 2 al 6 de marzo del 2000

El ingreso al campo es un problema frecuente en metodología interpretativa. En esta etapa se buscó establecer una buena relación entre investigador y participantes, la finalidad es ganarse su confianza, y poder llegar al corazón de su cultura (Woods, 1986).

Objetivos de la fase

- Definir el procedimiento de entrada
- Establecer los principios éticos del trabajo de campo

Instrumentos de registro

- Registro de negociación de acceso

Para lograr la entrada al campo, se utilizó la **negociación de acceso**, procedimiento muy importante en el proceso de investigación, ya que de ella depende la realización del estudio. Se trata de que los colaboradores sepan que el investigador es una persona merecedora de crédito y despertar su interés en el trabajo de investigación.

En este trabajo, las negociaciones se llevaron a cabo en cada uno de los consultorios médicos. La investigadora se presentó ante los médicos participantes, y solicitó que durante la investigación no la consideraran como coordinadora clínica de educación e investigación médica, rango que tiene dentro de la unidad médica (escenario del trabajo de campo) desde hace siete años. Pidió a los médicos ser vista como una estudiante universitaria que requiere apoyo para realizar un trabajo de investigación enfatizando que la participación solicitada fuese enteramente voluntaria. Una vez manejado este

punto, -el más importante de esta fase- explicó en forma individual el propósito y objetivos del estudio, invitándolos a participar. Se propuso que los colaboradores se mantuvieran en el anonimato usando en su lugar seudónimo.

En la negociación de acceso, la investigadora pidió a los médicos participantes su autorización para utilizar grabación en audio durante las observaciones de las asesorías del médico especialista. Anexo 1.

Se realizaron nueve negociaciones de acceso, ocho médicos de los consultorios de medicina familiar, y al médico especialista.

Sólo uno de los nueve médicos entrevistados para la negociación de acceso declinó participar en el trabajo de investigación.

Después de cada negociación de acceso, se realizó un registro ampliado lo ocurrido durante la entrevista. Este documento consiste en transcribir fielmente cómo es que se dio la relación entre el invitado a participar en el estudio y el investigador. Se anotan las preguntas y respuestas de cada uno de los actores, al final del documento el investigador escribe sus impresiones y percepciones sobre el evento. Estos registros formaron parte de la información que se sometió a análisis.

Consideraciones éticas

Al igual que los etnógrafos, los investigadores interpretativos son responsables de su comportamiento y su postura ética dentro de las difíciles y estrechas interrelaciones que caracterizan la vida de las instituciones que

investigan (Código de Ética de la Asociación Americana de Antropología, 1998). Al igual que los médicos, deben considerar la admonición de "no hacer daño".

La negociación de acceso con los colaboradores del trabajo de investigación es el equivalente al consentimiento informado en el campo de la investigación médica. Este procedimiento que consiste en informar a los participantes sobre la investigación, dar a conocer los objetivos del estudio, e invitarlos a participar. En esta entrevista se hace énfasis, en que los participantes tienen la libertad de retirarse del estudio en el momento en que consideren pertinente. Además este protocolo de investigación se apega a las normas e instructivos institucionales de investigación científica de los Estados Unidos Mexicanos (Ley General de Salud, 1992).

Esta fase terminó, cuando se realizaron las negociaciones de acceso tanto con médicos familiares como con el especialista y se elaboraron los registros ampliados de las negociaciones.

3.5.3.2 Fase II. Construcción del objeto de estudio. Primer nivel de análisis

Esta fase comprendió del 20 de marzo al 17 de mayo del 2000

En este momento del trabajo de campo, se buscó tener una visión general del contexto en el que se encuentra el objeto de estudio, y se obtuvieron una serie de datos que permitieron su aproximación.

Objetivos de la fase

- Construir un memorándum de supuestos
- Realizar una recolección inicial de datos

Instrumentos de registro

- Memorándum/ensayo de supuestos
- Registro de observación
- Diario de Campo

Esta etapa se inició con la construcción de un **memorándum/ensayo de supuestos**, documento que es el punto de partida del trabajo de campo del investigador. El sujeto que indaga debe tener cierto margen de conocimiento sobre sí mismo, sobre su medio (Galindo, 1998a). De acuerdo con esto, se hace necesario que el investigador construya un documento, donde registre sus percepciones acerca del objeto de estudio, y haga una descripción de sus propios recursos (cualidades personales, habilidades), antes de entrar en contacto con el campo.

Este memorándum/ensayo es un instrumento importante, ya que registra las impresiones que el investigador tiene de sí mismo; es una evidencia escrita sobre cómo ve el campo, antes de entrar en él, ya que después haber entrado, el investigador influye en el campo, tanto como éste influye en él. En la elaboración del memorándum de supuestos de esta investigación se plasmó, lo que desde el punto de vista de la investigadora, era el significado del aprendizaje para los médicos familiares y especialista, y cómo creía ella que era el proceso de reflexión en la acción de médicos familiares y especialista.

A continuación se presenta un ejemplo de estas percepciones de la investigadora:

El médico familiar, creo que va a asumir un rol de alumno, que ve en el especialista al profesor que le enseñará el camino a seguir, aunque su actitud creo, va a ser más activa que en un curso monográfico. Puede ser que su rol en la relación con el especialista no sea pasivo, pues el tener enfrente a su paciente lo va a forzar a participar más, mostrará más interés (20-03-00).

Posteriormente a este registro se inició el trabajo de campo.

La recolección de los datos se inició con un período intensivo de **observación participante** (Woods, 1986; Bernard, 1994; Gutiérrez, 1995; Goetz y Le Compte, 1988; Taylor y Bogdan, 1984).

En esta técnica el investigador participa en los acontecimientos junto con los colaboradores del estudio y observa durante su participación, registra por escrito la información en forma inmediata a la observación (Woods, 1986; Taylor y Bogdan, 1984; Goetz y Le Compte, 1988).

De acuerdo con Tsourvakas (1997), el propósito fundamental de la observación participante es, en consecuencia, describir en términos básicos varios eventos, situaciones, acciones que ocurren en un escenario particular. Pero, ¿cuáles son las ventajas de los escenarios naturales? Existen tres grandes ventajas en estos escenarios: a) la capacidad de recolectar datos en un amplio ámbito de comportamientos, b) la posibilidad de observar una gran variedad de interacciones, y c) la posibilidad de tener una discusión más abierta con los datos.

Durante la observación, la curiosidad debe estar en constante movimiento, se debe desarrollar un continuo círculo de discusión, en relación con el diseño y el propio proceso del investigador, con la finalidad de convertir la experiencia que se tiene en conocimiento.

Tsourvakas (1997) sugiere tener un control sobre lo que se observa, ya que ayuda a prevenir al investigador sobre el escepticismo que existe acerca de la posibilidad de familiarizarse con otra realidad cultural. Para esto propone se prepare un perfil de la observación:

- Seleccionar al área a observar
- Discutir, observar, leer y decidir su primera acción
- Realizar la acción
- Analizar la información recolectada
- Evaluar el proceso y los resultados
- Planear la siguiente acción
- Realizar la siguiente acción y
- Continuar

La metodología seguida para la observación de este trabajo de investigación fue la siguiente: en las primeras observaciones se registró la interacción entre el médico familiar (MF), médico especialista (ME), paciente (P) e investigador (I). El lugar donde se realizó la observación fue el consultorio del médico familiar en el momento en que éste solicitó una asesoría al médico especialista. Se registró la siguiente situación de observación:

- cómo recibe el MF a ME,
- cómo MF presenta el caso de P a ME,
- cómo recibe ME a MF,
- cómo discuten MF y ME,
- cómo participa P,
- quién concluye,
- cómo se concluye.

De acuerdo con lo descrito por LeCompte (1995), no siempre es fácil recoger los datos más importantes de una forma rápida y eficaz; no obstante, los

datos que son recogidos fácilmente pueden no ser lo suficientemente ricos como para contestar a preguntas significativas. La autora sugiere la utilización de una matriz, que esté organizada alrededor de las preguntas de investigación.

Siguiendo su recomendación, se construyó una Matriz Básica de interacciones a observar (González, 1998), que se utilizó a lo largo de esta fase.

	Médico Familiar	Médico Especialista	Paciente	Investigador
Médico Familiar		MF-ME	MF-P	MF-I
Médico Especialista	ME-MF		ME-P	ME-I
Paciente	P-MF	P-ME		P-I
Investigador	I-MF	I-ME	I-P	

Posterior a la construcción de esta matriz se iniciaron las observaciones. A continuación se describe el procedimiento que siguió la investigadora para realizar las observaciones en los consultorios.

Para que se realice una asesoría del médico especialista, ésta debe ser solicitada por el médico familiar.

El médico familiar tiene cuando menos cinco maneras para contactar al médico especialista.

1. Acude personalmente a solicitar asesoría al lugar donde se encuentra el médico especialista.
2. Pide a su asistente médica que acuda al lugar donde se encuentra el especialista, para solicitarle una asesoría.
3. Solicita la asesoría por vía telefónica.
4. Pide a su asistente médica solicitar la asesoría por vía telefónica.
5. Pide al médico interno acuda al lugar donde se encuentra el especialista para solicitarle una asesoría.

Una vez que se ha hecho la solicitud de asesoría, la investigadora acompaña al médico especialista al consultorio donde fue requerido. Al llegar al consultorio médico, la investigadora se ubica en un lugar cercano a los participantes de manera que tenga una visión completa de todo lo que está sucediendo, además, porque lleva en la solapa de la bata el micrófono para grabar en audio la asesoría. De esta manera las asesorías fueron observadas y grabadas.

Con la finalidad de organizar las observaciones, se realizó un diagrama que muestra la estructura y forma de los consultorios médicos de esta unidad de medicina familiar. La intención de hacer este diagrama, fue marcar en el dibujo del consultorio los movimientos de cada uno de los participantes durante la asesoría. La investigadora cuando observaba, marcaba en el diagrama cada uno de los movimientos de los participantes en la asesoría, cada vez que había un movimiento se marcaba en una hoja nueva, de manera que, después de una asesoría de 15 minutos, se tenían siete u ocho hojas donde quedaban especificados los movimientos de cada uno los participantes de la interacción.

A continuación se muestra la figura de un consultorio de medicina familiar de esta unidad médica.

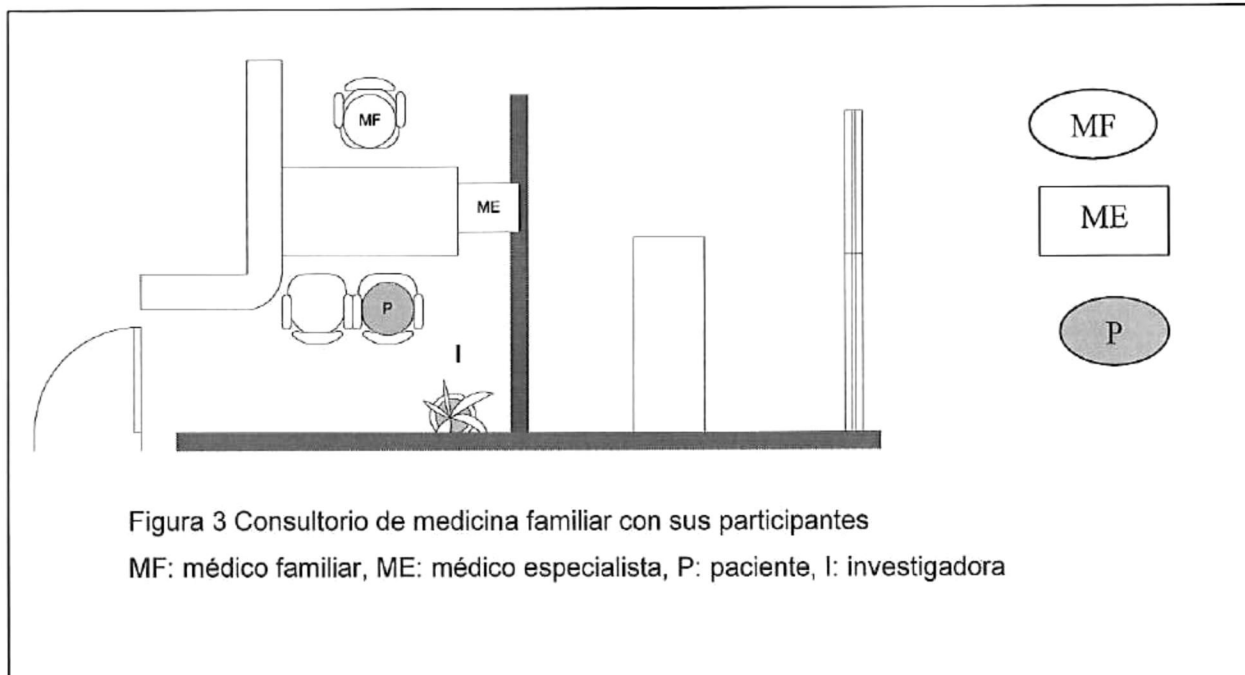


Figura 3 Consultorio de medicina familiar con sus participantes

MF: médico familiar, ME: médico especialista, P: paciente, I: investigadora

En esta figura, se muestra la llegada del ME al consultorio de MF. P se encuentra sentado frente a MF. ME llega al consultorio y se ubica de frente a MF y a un lado de P. La investigadora se encuentra detrás de ellos.

La duración promedio de las asesorías fue de 15 minutos, con un rango que va de los 25 a los 10 minutos, se realizaron **diez** observaciones para el primer objetivo del trabajo de investigación.

Posterior a cada observación, siguió la transcripción de la grabación y de las observaciones, generándose de esta manera, registros ampliados de las observaciones realizadas.

El diseño que se siguió para la construcción de los registros ampliados fue el siguiente:

- Construcción de una clave de identificación, que se ubicó en el margen superior derecho de cada hoja, la clave tiene: las siglas del nombre de la investigadora, la fecha de la observación y el número de página.

- Identificación de la observación: corresponde a la fecha, lugar hora de inicio, hora de terminación, participantes y duración de la transcripción.
- El margen derecho de la página fue más amplio, con la finalidad de que la investigadora hiciera anotaciones y preguntas que surgieran del análisis de los datos.

A continuación se presenta un extracto del registro ampliado de una observación.

JMA-25-04-00-1

OBSERVACIÓN No.4

Fecha: 25 de abril del 2000

Lugar de la observación: Consultorio médico No.7

Hora de inicio:11:56

Hora de terminación: 12:15

Duración: 19 minutos

Duración de la transcripción: 3 horas 55 minutos

Participantes: Dr. Fernández, Griselda y Julia

Descripción de la solicitud de asesoría:

El médico especialista recibe una llamada telefónica de la doctora del consultorio No.7, solicitándole una asesoría, yo recibo la llamada y le informo a la Dra. que el ME se encuentra el servicio de urgencias. Le digo que tan pronto se desocupe acudirá a su consultorio. Cuando colgué el teléfono a los 3 minutos llegó el Dr. Fernández, le di el recado y le dije que lo acompañaría al consultorio No. 7, para hacer una observación, claro vamos, me contestó.

Descripción de la asesoría:

Cuando llegamos al consultorio, la doctora ya se encontraba con la paciente para la cuál había solicitado la asesoría. La paciente es una joven de aproximadamente 17 o 18 años, que va acompañada de su mamá.

En la realización de este trabajo de investigación, conjuntamente se llevó un **diario de campo** documento que permite al investigador tener un control de sus propias impresiones y experiencias, ya que de su estudio pueden surgir indicadores de análisis. Durante el trabajo de campo, la construcción de diario de campo fue al término de cada día. En ocasiones en el trayecto de la oficina a la casa, la investigadora grababa sus impresiones sobre lo acontecido durante el día. La finalidad era que, a la brevedad posible, se transcribieran las percepciones del investigador, de manera que no se escapara de la memoria los acontecimientos vividos.

Análisis de la información

El análisis de los datos fue basándose en registros ampliados y diario de campo. Siempre fue previo a la planeación de una nueva observación. Este procedimiento permitió hacer una planeación de la siguiente observación. Este continuo círculo de discusión de lo que se observa, facilita al investigador en este primer paso, identificar puntos a desarrollar en la siguiente fase. Este proceso es lo que Tsourvakas (1997) denomina evaluación del proceso observado.

Del análisis de los registros ampliados, fue posible construir categorías de análisis especulativo, que según Woods (1986), son categorías rudimentarias que permiten identificar posibles conexiones con otra información o la literatura.

También fue de utilidad para generar preguntas, que fueron el punto de partida de las entrevistas posteriores.

Del producto de este análisis, se buscó localizar y abrir el camino hacia una recogida de información más centralizada y definir líneas de análisis. A partir de este primer nivel de análisis se pudo diseñar una guía de observación.

Entre este y el segundo nivel de análisis se construyó un "primer puente analítico" que surgió de la definición y replanteamiento del objeto de estudio a través de la construcción de un esquema, se afinaron las preguntas iniciales, surgieron unidades de análisis, se inició una triangulación teórica, y se identificaron unidades de observación (Bertely, 1994).

3.5.3.3 Fase III. Construcción del objeto de estudio. Segundo nivel de análisis

Esta fase comprendió del 26 de mayo al 7 de agosto del 2000

Objetivos de la fase

- Clasificar la información
- Analizar a profundidad y reclasificación
- Realizar nueva recolección de información, con una perspectiva más focalizada
- Construir el primer paso de teoría fundamentada

Instrumentos de registro

- Registros ampliados de entrevistas
- Registros ampliados de observaciones
- Memorándum/ensayo analítico
- Diario de campo

El instrumento más importante en esta fase fue la **entrevista**. Una entrevista es una conversación o discusión, en donde se busca propiciar un aire de libertad, para que los individuos se muestren tal como son (Woods, 1986). Las entrevistas tenían como objetivo conocer qué es lo que la gente piensa, cómo piensa, y cómo organiza su pensamiento en relación con el objeto de estudio (Bernard, 1994). Es un método complementario a la observación realizada en la segunda fase de este trabajo de investigación (Woods, 1986; Taylor y Bogan, 1984 y Goetz y Le Compete, 1988), con la finalidad de conocer la perspectiva de los colaboradores del estudio ya que, " (...) el punto de vista dice Saussure crea el objeto" (Bourdieu, 1991. p.51).

El tipo de entrevista que se utilizó fue semiestructurada (Alonso, 1995; Bernard, 1994; Woods, 1986). La entrevista semiestructurada lleva cierta orientación acerca de qué hablar, pero no implica un orden rígido (entrevista estructurada) lo que permite la construcción de nuevas preguntas a partir de las aportaciones del colaborador. Para su realización se apoyó en una "Guía de Entrevista", se entendió como un conjunto de recomendaciones, que son construidas a partir de la información obtenida de entrevistas no estructuradas o de las observaciones. El tener una guía demuestra que se tiene un control completo de lo que se quiere saber durante la entrevista y hacia dónde se quiere conducir (Bernard, 1994). La guía fue construida a partir de las categorías que emergieron del análisis especulativo de las observaciones realizadas. La guía contaba con treinta y tres preguntas, las primeras nueve estaban dirigidas a conformar el perfil laboral de los médicos entrevistados, el resto eran preguntas

relacionadas con la visita de profesores. Se elaboró un tipo de guía de entrevista para MF y otro para el ME. Anexo 2,3.

Previo a la realización de las entrevistas, se realizaron las negociaciones necesarias, con el fin de que el colaborador definiera el lugar, la fecha y hora de la entrevista (Woods, 1986). Los nueve médicos participantes aceptaron ser entrevistados y ser grabados en audio.

Se realizaron seis entrevistas para el primer objetivo de estudio, con un promedio de duración de 27 minutos, con un rango que va de los 17 a los 55 minutos. El lugar y hora acordada fue en los consultorios de los médicos después de haber terminado su consulta y antes de salir de su jornada laboral. La dinámica que se siguió fue la siguiente: la investigadora realizaba una llamada telefónica al médico a entrevistar con la finalidad de conocer si su tiempo estaba disponible para llevar a cabo la entrevista. En caso afirmativo, la investigadora se dirigía al consultorio con su grabadora y la guía de entrevista. Al llegar, la investigadora hacía del conocimiento del médico el número de preguntas a contestar, enseguida colocaba el micrófono sobre la solapa de la bata del médico, al terminar la entrevista agradecía su disposición y tiempo, y se le pedía su colaboración para que, de ser necesario, accediera a otra entrevista. La totalidad de los médicos entrevistados, accedieron a tener una nueva entrevista.

Posterior a cada entrevista se realizó la transcripción de las grabaciones y se elaboraron los registros ampliados de cada una. En cada registro ampliado se incluyeron los comentarios de la investigadora con relación a: disposición del

entrevistado, su actitud con respecto a la investigación, así como sus impresiones y la descripción de su experiencia (Woods, 1986).

En esta fase del trabajo de campo, se continuó trabajando en del diario de campo.

Análisis de la información

De acuerdo con LeCompte (1995), una vez que se han recogido los datos, deben ser organizados. El análisis comienza con el proceso de "poner en orden", por lo que los datos recogidos son, en primer lugar, clasificados depurados, agrupados y después comprobados con la matriz de datos.

A continuación el investigador intenta darle sentido a los datos. Este proceso a menudo se ve facilitado mediante el intento de "contar la historia" de lo encontrado. La historia -o marco de trabajo inicial- se une de nuevo con la matriz de datos ya revisada para determinar dónde encaja definitivamente cada conjunto de datos. El marco de trabajo requiere alteraciones y, algunas veces, revisiones mayores, así como procesos de análisis más refinados hasta el grado de llegar a contradecir las primeras impresiones del investigador. No obstante, el esquema de trabajo inicial es una forma de comenzar con lo que, en ocasiones, se presenta como un conjunto de registros aparentemente sin ninguna relación.

3.5.3.4 Fase IV. Construcción del objeto de estudio. Tercer nivel de análisis

Esta fase comprendió del 10 de agosto al 20 de septiembre del 2000

El tercer nivel de análisis se caracteriza por la integración del cuerpo teórico con los hallazgos, en esta fase se hace la confrontación de la teoría con los datos.

Objetivos de la fase

- Realizar la construcción de modelos explicativos
- Construir teoría fundamentada

Instrumentos de registro

- Ensayo analítico
- Registro de entrevistas
- Registro de observación
- Diario de campo

En este momento el trabajo de campo se focaliza, las preguntas específicas emergen. Los registros de la observación y entrevistas sirven para definir o confirmar inferencias establecidas en el análisis.

Análisis de la información

- Triangulación teórica
- Construcción de modelos explicativos
- Construcción de teoría fundamentada (Woods, 1986; Coffey y Atkinson, 1996; Bernard, 1994; Glaser y Strauss, 1967, Strauss y Corbin, 1998).

En esta etapa se buscó hacer triangulación teórica con trabajos de investigación similares. De acuerdo con Woods (1986), la utilización de tres métodos diferentes para explorar un problema aumenta enormemente las probabilidades de exactitud. En esta fase del trabajo de campo, el análisis de la información permite trabajar en la construcción de modelos, que se entiende como una representación gráfica a menor escala de una cosa o situación particular, que mantiene el sistema de relaciones entre propiedades seleccionadas, construido con fines de descripción de explicación o previsión, y debe mantener las proporciones e interconexiones de las funciones que representa (Bourdieu, 1991; Woods, 1986). El objetivo de construir un modelo es estudiar sus propiedades y las diferentes maneras como se relacionan los procesos, para aplicar estas observaciones a la interpretación de lo que sucede. Los modelos proporcionan una base de comparación para la construcción de teoría (Glaser y Strauss, 1967).

A partir del análisis intensivo de los ensayos analíticos, se encontró que el médico en su práctica cotidiana, muestra un dominio de acciones que le permite, al interactuar con su paciente, poder explicarse a sí mismo y a su paciente las características del caso clínico que tiene enfrente. Como resultado de este trabajo, y de la búsqueda de interacciones, se encontró la estructura de los modelos. Se construyeron modelos que fueran ricos en poder explicativo, que mostraran el sentido del proceso de aprendizaje y de reflexión de los colaboradores del proyecto.

El médico especialista, utiliza herramientas para explicar los elementos y características del caso que está revisando con el médico familiar. Define el nombre de la patología, sus características, relaciones y evalúa el problema sus consecuencias e implicaciones, antes de prescribir un tratamiento y emitir un pronóstico. De esta manera surge un nuevo concepto: **Dominio de la clínica**.

A partir de esta construcción, se diseñó un modelo que a continuación se presenta como un Diagrama de Rol Actividad (RAD) El RAD es una técnica diagramática que permite definir los roles involucrados en el proceso de estudio, las actividades desempeñadas y las personas que los llevan a cabo. Estas características de los RAD facilitan la generación de modelos dinámicos del proceso (García, et al., 2001, en Flores, 2002).

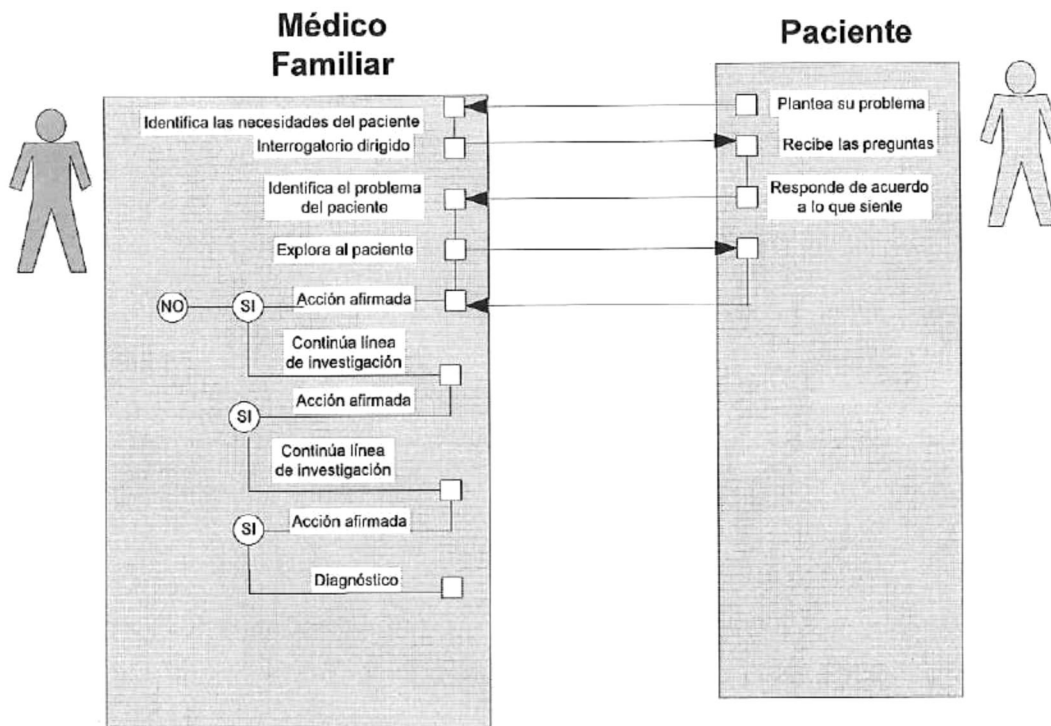


Fig. 4 Esta figura muestra el RAD del modelo del dominio de la clínica, que practican los participantes del trabajo de investigación.

Este concepto y modelo, emerge de la triangulación realizada con autores revisados en el marco teórico. Como se muestra a continuación cuando Schön (1983) describe las habilidades que tiene un profesor de arquitectura, durante una interacción educativa con una alumna:

El dominio de diseño contiene los nombres de los elementos, las características, las relaciones, las acciones y las normas utilizadas para evaluar los problemas, las consecuencias y las implicaciones del caso que se está estudiando (Schön, 1983, p. 95).

Para este trabajo, el dominio de la clínica son las herramientas que utiliza el médico durante la entrevista clínica, y exploración física intencionada, elementos que se explicarán en el capítulo de resultados.

3.5.3.5 Fase V. Validación

Esta fase se realizó el 3 de agosto del 2003

Objetivos de la fase

- Definir la validez del trabajo de investigación

En esta fase se buscó el diálogo entre las interpretaciones de la investigadora y los propios participantes (Woods, 1986; Coffey y Atkinson, 1996; Merriam, 1988; Maxwell, 1992).

Para definir la **validez descriptiva e interpretativa** de los resultados de la investigación, se trabajó en estrecha relación con los colaboradores del estudio. Cada transcripción de entrevista que se generó, fue revisada por el médico entrevistado. Se planeó y se realizó una presentación a todo el grupo de médicos que colaboró en el estudio de investigación, el objetivo de la presentación era que conocieran el trabajo terminado y conocer sus puntos de vista en cuanto a las interpretaciones del investigador.

La validez descriptiva e interpretativa se realizó simultáneamente con la negociación de salida, procedimiento que se describirá en el siguiente apartado. La validez teórica, se trabajó a través de la confrontación con la literatura.

Mas allá de esto, los temas de la validez implican si las distintas asunciones, esquemas de trabajo, preguntas y temas explorados por el investigador tienen o no sentido y guardan relación con la importancia que le conceden los participantes en la investigación (Maxwell, 1992).

3.5.3.6 Fase VI. Salida del Campo

Esta fase se realizó el 3 de agosto del 2003

Objetivo de la fase

- Definir el procedimiento de salida del campo

En esta última fase se realizó la **negociación de salida**, procedimiento que no se debe descuidar en esta etapa del trabajo de campo. La salida del campo se decidió cuando el investigador sintió que ya no obtenía información nueva del campo.

Para negociar la salida se llevo a cabo una reunión con el grupo total de médicos participantes (nueve) a fin de presentar los resultados del trabajo de investigación, y reconocer su valiosa colaboración. El ritual de la salida del campo, realizado de esta manera, permite concluir el trabajo con el conocimiento de los colaboradores (Bernard, 1994).

3.5.3.7 Fase VII. Redacción del producto final de la investigación

Objetivo de la fase

- Redacción del trabajo de tesis

En esta fase se procedió a la redacción del trabajo de tesis y las revisiones se realizaron durante el seminario de tesis que se llevó a cabo en el primer semestre del 2003. Posteriormente al seminario se procedió a la redacción final de la tesis.

CAPÍTULO 4



RESULTADOS

4.1 Introducción

Una vez organizados los registros ampliados de observaciones y entrevistas, se procedió al análisis intensivo de los datos. La información se ordenó de manera sistematizada buscando una coherencia lógica. El siguiente paso fue iniciar la clasificación buscando categorías de análisis (Coffey y Atkinson, 1996).

A cada categoría se le asignó un título o etiqueta. Una categoría puede ser: una palabra, frase u oración. En su identificación, se buscó plantear distancias y diferencias para establecer patrones, temas regulares o irregulares en la serie de datos. Es a través del análisis de las categorías, como es posible establecer vínculos o relaciones con otras categorías. Es en el establecimiento de relaciones ordenadas entre categorías y conceptos, donde se inicia el punto de reflexión para la construcción de una teoría (Coffey y Atkinson, 1996).

A continuación se presentan las categorías iniciales obtenidas de las observaciones y entrevistas con el médico especialista y médico familiar.

Tabla 1

Categorías de Observaciones

1. Solicitud de asesoría
2. Cuando ME llega al consultorio de MF, y MF esta consultando a otro paciente, que no es por el que solicitó la asesoría
3. ¿Cómo recibe MF a ME? (posición)
4. Características de P
5. Encuadre del problema

6. ¿Cómo recibe ME, el encuadre del problema planteado por MF?
7. ¿Qué actitud toma ME cuando está analizando el caso?
8. Primera acción
9. ¿Qué hace MF, cuando ME está iniciando la exploración de P?
10. ¿Qué posición toma MF cuando ME está explorando a P?
11. ¿Busca ME, respuestas afirmativas de P, cuando está encuadrando el problema?
12. ¿Qué actitud tiene MF ante omisiones en su tratamiento?
13. Actitud de P, ante ME.
14. Actitud de ME ante acciones de MF.
15. Actitud de ME ante preguntas realizadas por MF.
16. Actitud de MF ante las explicaciones de ME.
17. Actitud de ME para invitar a MF a realizar una acción con P.
18. Actitud de MF ante una invitación de ME para realizar una acción a P.
19. ¿Está MF tratando de encontrar casos similares?
20. MF toma la iniciativa del interrogatorio o exploración de P
21. MF toma el lenguaje de P
22. ¿Quién define el diagnóstico final?
23. ¿Quién define la acción final?
24. ¿Cuándo define la acción final MF? a quién se dirige?
25. ¿Qué hace MF, cuando ME define la acción final?
26. ¿Hace MF propuestas de tratamiento?
27. ¿ME esta justificando su estancia en la UMF?
28. Participación de MF en la acción final
29. Situaciones en que P, decide que su opinión es importante
30. ¿Qué hace MF, cuando se decide la acción final?
31. ¿Cómo se siente la investigadora?

Tabla 2

Categorías de Entrevista con ME

1. Lugar de la entrevista
2. Formación
3. Pertenencia a Asociaciones Médicas
4. Consulta privada
5. Antigüedad en el IMSS
6. Turnos laborados
7. Cómo se relacionó con el programa de visita de profesores
8. Solicitud de asesoría
9. Motivo de la solicitud de asesoría
10. Cuando llega ME al consultorio de MF, y P está esperando afuera.
11. Expectativa de ME sobre MF
12. Percepción de ME sobre la expectativa de MF, sobre la asesoría
13. ¿Cómo encuadra o re-encuadra ME?
14. Interés de ME
15. Rol de ME durante la asesoría
16. Relación de ME con MF
17. Percepción de ME sobre su relación con MF
18. Actitud de MF, según ME
19. Aprendizaje de MF, desde la perspectiva de ME
20. Cambio en el MF, desde la perspectiva de ME
21. Aprendizaje de ME en la UMF
22. Percepción de ME como profesor
23. Percepción de ME sobre MF, como asesorado

Tabla 3

Categorías de Entrevista con MF

1. Lugar de la entrevista
2. Formación
3. Pertenencia a Asociaciones Médicas
4. Consulta privada
5. Antigüedad en el IMSS
6. Turnos laborados en el IMSS
7. Solicitud de asesoría
8. Motivo de solicitud de asesoría
9. Expectativas de MF ante la asesoría del ME
10. Interés del MF
11. Relación de MF con ME, durante la asesoría
12. Relatoría por el propio MF, de una asesoría
13. Rol de P, durante las asesorías
14. Percepción de MF sobre sí mismo, cuando esta con ME
15. Percepción del MF como asesorado
16. Percepción del MF, sobre ME como profesor
17. Concepción de MF, sobre el aprendizaje
18. Ejemplos de aprendizaje
19. Percepción de MF, sobre ME, durante la asesoría
20. ¿Qué es lo que debe hacer MF, durante la asesoría?
21. ¿Explora MF a P, junto con ME?
22. Percepción de los especialistas por MF
23. Evaluación de otras modalidades educativas y la visita de profesores
24. Terminación de la asesoría, desde la perspectiva de MF
25. Casos nuevos
26. Acción de MF, ante un caso nuevo

Posterior a la primera construcción de estas categorías de análisis, el siguiente paso fue identificar categorías afines, con la intención de agruparlas y hacer una reducción de los datos.

El primer paso para la reducción de categorías fue, leer varias veces los datos, a fin de comparar categorías, buscar regularidades -semejanzas o diferencias- e identificar puntos de unión de categorías con la finalidad de conjuntarlas y formar una categoría más amplia. Una vez realizado esto, surge una nueva categoría, que contiene a otras que son afines.

Como una ejemplificación del ejercicio de la reducción de categorías, se presenta la selección y reducción que se realizó para el primer objetivo de este estudio. Del total de ochenta categorías obtenidas de observaciones y entrevistas, se encontraron sesenta y dos categorías iniciales que se reunieron para formar diez categorías que integraron el proceso de reflexión en la acción durante una modalidad educativa. Cabe aclarar que estas diez categorías, no eran categorías específicas a la estructura de reflexión en la acción, ya que algunas de éstas, también fueron utilizadas para el análisis de los otros objetivos del estudio. A continuación se presenta una tabla que muestra las diez categorías mencionadas.

Tabla 4

Categorías acerca de la estructura del proceso de reflexión en la acción

1. Características de MF
2. Características de ME
3. Proceso de solicitud de asesoría
4. ¿Cómo recibe MF a ME? (posición)
5. Encuadre del problema
6. Motivo de asesoría
7. Reencuadre
8. Expectativas de MF ante la asesoría de ME
9. Interés y actitud de MF
10. Relación entre MF y ME

Una vez identificadas las categorías afines, se inició la construcción de teoría. Para la construcción de teoría fundamentada, se utilizó el método de codificación abierta, proceso analítico que consiste en identificar conceptos y sus propiedades, así como las dimensiones descubiertas a través de los datos obtenidos (Strauss y Corbin, 1998).

A continuación se hace una breve descripción de este proceso:

El primer paso para construir una teoría es la conceptualización. Un concepto es un fenómeno etiquetado. Es una representación abstracta de un evento, objeto o acción-interacción, que el investigador identifica como un aspecto importante de los datos. Una vez que las categorías han emergido del análisis de los datos, el siguiente paso es agruparlas, buscando semejanzas o

diferencias entre ellas, y basados en la aptitud del investigador para contestar la siguiente pregunta ¿qué es lo que sigue?

De las categorías identificadas, el investigador busca identificar en términos específicos sus propiedades y dimensiones. Las propiedades de una categoría son sus características, qué las define y da significado. Su dimensión es el alcance, el ámbito o campo de acción por el cual las propiedades generales de una categoría tienen variación. Dimensionar una categoría pretende dar especificidad y variación a la teoría.

Para la construcción de teoría en este trabajo de investigación, el primer paso fue el estudio intensivo de las categorías ampliadas, revisándolas una y otra vez, con la intención de identificar conceptos. Una vez identificado un concepto, se realizó una revisión de los datos con la finalidad de encontrar las propiedades, que lo definieran y caracterizaran. Ubicado el concepto con su definición y caracterización, se utilizó la definición de diccionario, con la finalidad de contrastarla con el concepto que había surgido del análisis; el siguiente paso, fue identificar sus dimensiones. ¿Qué parte del proceso de estudio abarca este concepto?, fue la pregunta que se hizo la investigadora. Al contestar esta pregunta, la investigadora definió el alcance de cada uno de los conceptos identificados.

Para el primer objetivo del trabajo de investigación, se identificaron cuatro conceptos fundamentales, que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 5**Conceptos fundamentales de la estructura de reflexión en la acción**

1. Solicitud de asesoría
2. Encuadre del problema por MF
3. Reencuadre del problema por ME
4. Confirmación de supuestos, toma de decisiones y notas del MF

El siguiente paso en la construcción de teoría fundamentada, fue dimensionar los conceptos. Se ubicaron las dimensiones que comprenden el proceso de reflexión en la acción, primer objetivo del trabajo de investigación. En la siguiente tabla se muestran los conceptos y sus dimensiones.

Tabla 6**Momentos que describen el proceso de reflexión en la acción**

1. Primer momento
 - Solicitud de asesoría
2. Segundo momento
 - Encuadre del problema por MF
3. Tercer momento
 - Reencuadre del problema por ME
4. Cuarto momento
 - Confirmación de supuestos, toma de decisiones y notas del MF

Con la delimitación de estos conceptos sus características y dimensiones, se estuvo en condiciones de realizar la siguiente fase. Entre el segundo y el tercer nivel de análisis se debe construir un “segundo puente analítico”, que tiene por finalidad la definición con claridad del objeto de estudio, a través de la construcción de un modelo explicativo, en donde esté incluido el objeto de estudio, sus relaciones, categorías encontradas y conceptos.

En los siguientes ensayos, se incluyen los modelos que explican cada uno de los objetivos de la investigación. La estructura de los ensayos se da a partir de la identificación de conceptos que tratan de validarse a través de la presentación de textos, tanto como de observaciones y entrevistas. Enseguida la investigadora realiza una reflexión entre los datos y la teoría con la que está triangulando, para terminar con la construcción de un modelo explicativo.

4.2 Estructura del proceso de reflexión en la acción. Durante una interacción educativa entre un médico especialista (traumatólogo) y un médico familiar.

A partir del análisis de observaciones y entrevistas realizadas a médicos familiares (MF) y el médico especialista (ME) en traumatología en la UMF No.32 del IMSS, se construyó un modelo que explica la estructura del proceso de reflexión en la acción durante una interacción educativa entre MF y ME.

En el análisis de este modelo se pueden identificar cuatro momentos que describen la estructura de reflexión en la acción.

1. Primer momento

- Solicitud de la asesoría

2. Segundo momento

- Encuadre del problema por el médico familiar

3. Tercer momento

- Reencuadre del problema por el médico especialista

4. Cuarto momento

- Confirmación de supuestos, toma de decisiones, y notas del médico familiar

A continuación se realiza una glosa de los momentos que comprenden la estructura del proceso de reflexión en la acción.

Para el desarrollo de este ensayo se siguió la siguiente metodología: primero se identificaron las categorías a estudiar a partir de toda la serie de datos, en segundo término se agruparon las categorías afines con la finalidad de buscar la relación entre

ellas y restringir su número, a partir de este momento se pudieron identificar conceptos expresados por los colaboradores del estudio, estos conceptos son comparados con las definiciones de dos diccionarios muy utilizados, Larrouse y Grijalbo, para después mostrar la evidencia de entrevistas y observaciones que alimentan este concepto generado del análisis de datos. Una vez cubierto este punto, se busca el significado del texto. Es importante precisar que todos los nombres de los participantes son ficticios, con la finalidad de mantener el anonimato de los colaboradores del estudio.

4.2.1 Primer momento: Solicitud de Asesoría

En este capítulo se describe el procedimiento por medio del cual los MF deciden que ME acuda a su consultorio para otorgar asesoría.

De acuerdo con Grijalbo (1986, p. 953) se entiende por solicitud: *Acción de pedir*, Larousse (1988, p.953) *memorial en que se solicita alguna cosa*.

Solicitar: Pedir con cortesía algo de lo que se carece, hacer gestiones por cuenta de uno mismo o de otros, Grijalbo (1986, p. 1725), y Larousse (1988, p. 953) lo define como: hacer diligencias para la realización de algún negocio.

Para efectos de este estudio la solicitud es: *Serie de procedimientos que utiliza MF para buscar, localizar, llamar al ME para que acuda a su consultorio para una asesoría*. Estos procedimientos pueden ser, desde acudir personalmente –MF- en la búsqueda de ME, hasta pedir a su asistente médica localizarlo.

Otro concepto que se empleará en este primer momento es el de asesoría.

De acuerdo con Larousse (1988, p.101) asesorar es: *dar un consejo*, y de acuerdo con Grijalbo(1986, p.171) se entiende por asesorar: *tomar informe o consejo de un experto*.

De acuerdo a las percepciones de los MF obtenidas por entrevistas, asesorar es: *La ayuda, la asistencia y evaluación de un caso por un experto, que MF no puede resolver*.

A pesar de que la dinámica de la consulta médica institucional (IMSS) en Medicina Familiar es intensa, puesto que MF atiende a un promedio de 24 pacientes en una jornada de 6 horas, los MF tienen una diversidad de recursos para garantizar la presencia del especialista en su consultorio.

Para fundamentar este concepto, se presentan a continuación algunos comentarios de los MF entrevistados, donde describen los procedimientos utilizados para solicitar la asesoría de ME:

María Luz: *"Pues le digo a la asistente que lo busque, lo llame..."*

Julia: *Pudiera ser...*

María Luz: *"Personalmente, ella va, a veces yo, a veces voy yo, me levanto voy y lo busco personalmente" (JMA-Entrev. 26-05-00-4).*

En este texto María Luz describe el procedimiento que utiliza para que ME acuda a su consultorio, María Luz le pide a su asistente médica que busque al ME, y en ocasiones ella personalmente acude a buscarlo.

Manuel, Antonio y Griselda al igual que María Luz se apoyan en la asistente médica para localizar al ME para que acuda a otorgar una asesoría.

Manuel: “Le pido a mi asistente que me lo localice, y que si puede venir a asistirme” (JMA-Entrev. 06-06-00-3).

Antonio: “A través de la asistente médica, cuando existe algún paciente en la que haya necesidad de valoración por el traumatólogo, aprovechando que se encuentra aquí, lo mandamos llamar para una valoración, de una opinión de más seguridad, una opinión del especialista” (JMA-Entrev. 07-06-00-3).

Griselda: “Por medio de la asistente, o nosotros directamente hablábamos a urgencias, o hablábamos a enseñanza, y lo localizábamos” (JMA-Entrev. 07-06-00-2).

En el siguiente caso, la MF utiliza otro procedimiento.

María Luisa: “Pues cuando está el médico interno, lo envío a él” (JMA-Entev. 29-05-00-3).

María Luisa a diferencia de los otros médicos familiares, se apoya en el médico interno para hacer su solicitud. Los médicos internos de la UMF No.32, se encuentran en su rotación por unidades de primer nivel. El médico interno tiene que rotar por todos (ocho) los consultorios de la unidad, con la finalidad de observar y participar en conjunto con MF en la atención primaria. Todos los MF tuvieron la oportunidad de enviar al médico interno en busca de ME, pero sólo María Luisa lo hizo.

También se realizó una entrevista con ME, a continuación se muestra un texto que describe su percepción de cómo se realiza la solicitud de asesoría.

Dr. Fernández: “[...] el procedimiento es muy sencillo, y puede ser de varias formas, primero es que hablen por teléfono a la extensión 141, y digan: Dr. Fernández fíjese que ocupamos una asesoría, si puede ir a ver un paciente al consultorio... del número uno al ocho, entonces, no puedo decir que inmediatamente pero casi luego, luego vamos al consultorio de dónde nos hablaron...” (JMA-Entrev.-24-05-00-9).

Dr. Fernández: “Sí, la otra manera es que venga la asistente del consultorio personalmente y me diga: doctor que si puede ir al consultorio tres o al cuatro, al que sea, porque tenemos un paciente para que lo valore, a ver si lo puede valorar, o dice la doctora o dice el doctor que si puede ir, por supuesto esa es la forma...” (JMA-Entrev-24-05-00-10).

Aquí, ME describe en sus palabras los procedimientos que utiliza MF para solicitarle una asesoría. En su descripción, ME confirma lo descrito por MF.

A continuación se presenta una figura que describe los diferentes opciones que utiliza MF para solicitar una asesoría por ME.



Fig.5. Procedimientos que utiliza MF para solicitar asesoría a ME

El procedimiento que con más frecuencia se utilizó para solicitar asesoría al ME, fue la telefónica, tanto por el médico familiar como por la asistente médica.

Se puede concluir que MF utiliza diferentes estrategias que le permiten garantizar la presencia de ME en su consultorio y recibir una asesoría sobre un paciente. Ya que siente la necesidad de recibir ayuda, apoyo, los busca -como dice Manuel en la entrevista- "...que venga a asistirme". MF en este momento considera

que tiene un problema para resolver el caso, y solicita ayuda. El MF reconoce tener un problema con el caso del paciente.

4.2.2 Segundo Momento: Encuadre del problema

Con la finalidad de poder describir el momento de encuadre del problema y el siguiente -que denominamos reencuadre del problema- y sólo por motivos del estudio, los dividimos en dos momentos. Cabe aclarar, que estos momentos en la realidad de la práctica médica pueden estar bien delimitados o no, ya que puede ser subsistan simultáneamente.

En este segundo momento de la estructura del proceso de reflexión en la acción en la práctica médica, se identifica este procedimiento al que denominamos *encuadre del problema*. Este concepto se ha tomado del trabajo realizado por Schön (1983), el cual lo describe como: *el proceso mediante el cual definimos la decisión que se ha de adoptar, los fines que se han de lograr, los medios que pueden ser elegidos* (p.47), es un proceso en el que, interactivamente, *nombramos* las cosas a las que prestaremos atención y *enmarcamos* el contexto en el que las atenderemos (p.48), el autor describe el experimento de encuadre como cuando el sujeto se encuentra estancado en una situación problemática, que no se puede resolver, busca un nuevo modo de construir o de establecer el problema – un nuevo marco- (p.67).

Según Grijalbo (1986) el encuadre es: *Enmarcar, contener, ser el marco de alguna cosa* (p.694), Larousse (1988) lo define como: *Poner en un marco, encajar ajustar. Determinar los límites de una cosa.* (p.397).

Con motivo de este estudio se define el encuadre como la *situación problemática que detecta MF en un paciente y que no puede resolver, por lo que solicita asesoría al ME.*

En el quehacer de la práctica médica, el médico se enfrenta cotidianamente a los problemas de salud que le refiere su paciente. En la medicina institucional del IMSS el médico de primer nivel de atención (MF) debe resolver el 85% de los problemas de salud que se le presentan a diario. El resto de los casos (15%), son problemas que no pueden ser resueltos en este nivel de atención, por lo tanto requieren de valoración por el médico especialista.

De acuerdo con Schön (1983) en la estructura de la reflexión desde la acción médica se puede identificar el proceso de indagación profesional, Schön se refiere a toda la secuencia, el manejo selectivo de la información, las habilidades del profesional para alargar líneas de investigación y su capacidad para mantener varias cosas al mismo tiempo sin interrumpir el flujo de la indagación. Esta estructura de reflexión desde la acción, forma parte de una conversación reflexiva con la situación.

Con la finalidad de darle una coherencia lógica a la discusión entre MF y ME los casos se han enumerado, de tal manera que el caso 1 del encuadre es el caso 1 del reencuadre y de la resolución final.

A continuación se muestran algunos textos que son producto de la observación que describen el procedimiento de encuadre por MF.

Caso No.1

MF: "ya vino otra vez la señora que infiltramos hace 15 días, y viene a revisión"(JMA-Obs.-11-04-00-93).

Caso 2.

MF: "Es una paciente de una maquiladora, que acude conmigo, por tendinitis del tendón de Aquiles, tiene treinta días con dolor, muy intenso, que no se le quita sin sulindaco" (JMA-Obs.-18-04-00-94).

Caso 3.

MF: " Fue operada por el Dr. Jiménez hace 3 meses por fractura de tibia izq. la paciente acude porque refiere que no aguanta el dolor en el tobillo izquierdo" (JMA- Obs.-19-04-00-2).

Caso 4.

MF: "Un momentito por favor, le dice la doctora a la paciente y su mamá, que ya se encuentran en el consultorio, la MF se dirige al especialista,...a ella la estaban viendo en el DIF, dice que tiene dolores frecuentes de columna dorsolumbar, a veces cervicales, que truena cuando ella mueve el cuello, la estaban viendo en el DIF, y le mandaron hacer unas radiografías" (JMA- Obs.-25-04-00-94).

Caso 5.

MF: "Hola doctor, quiero comentarle este caso, mire este paciente de once años de edad, tiene pies planos, ha usado tres plantillas, lleva tres plantillas, que le han estado cambiando conforme ha estado creciendo" (JMA-26-04-00-94).

En estos ejemplos MF le plantea un problema práctico al ME. MF trata de describir las particularidades del caso, con las características concretas de la situación problemática que a su juicio no puede resolver. MF se encuentra bloqueado. De acuerdo con la descripción de bloqueo: *es el establecimiento de problemas que no se pueden resolver* (Schön, p. 82).

A continuación se presenta un RAD que describe el proceso por medio del cual MF realiza encuadre del problema.

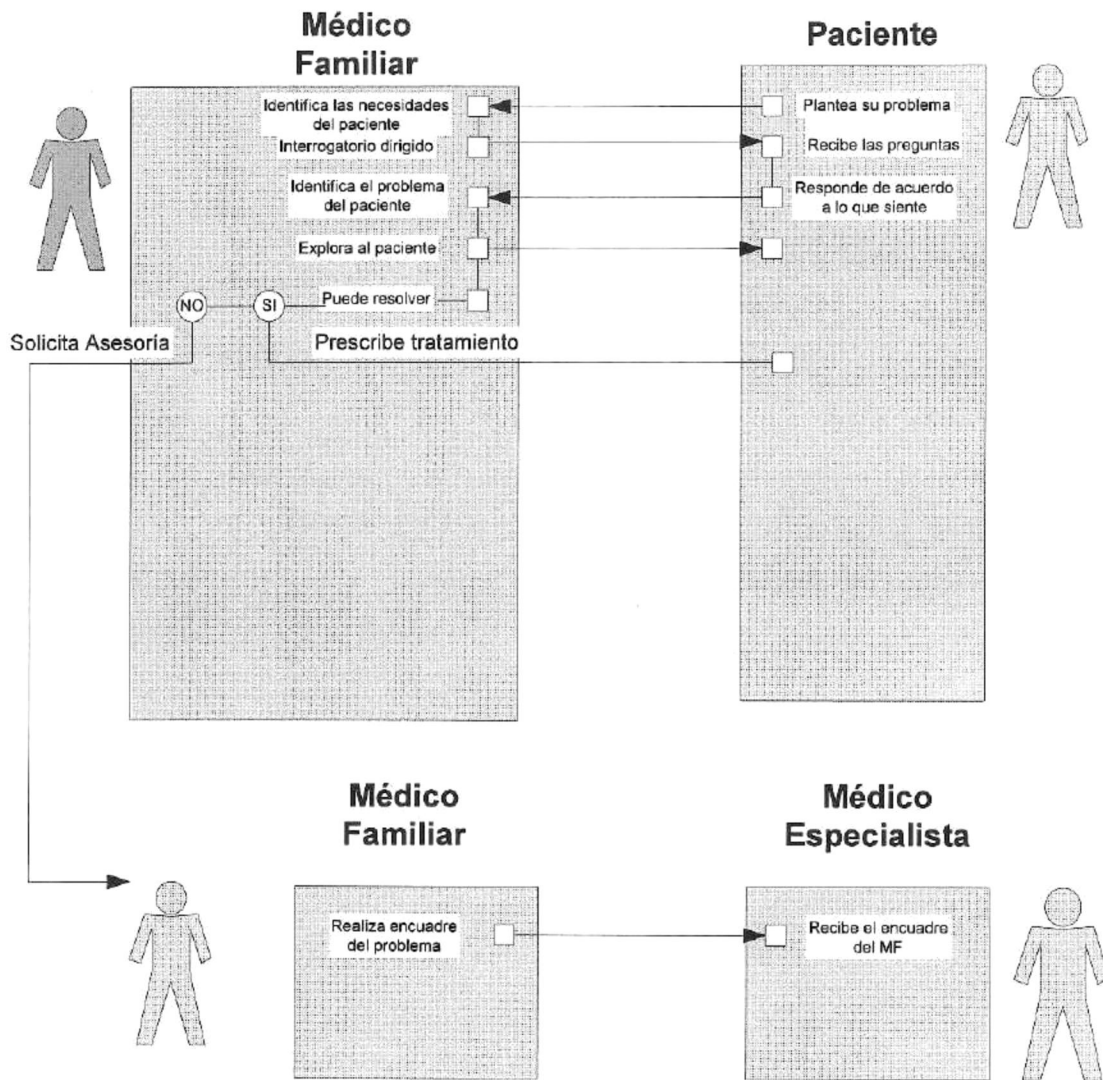


Fig. 6. MF encuadra el problema de P, a ME

MF cuando encuadra el problema ante ME, describe la historia por la cual el paciente acude a su consultorio. Esta actividad que describe el caso o problema del paciente, es un procedimiento que forma parte de la estructura de formación del médico. La información que se obtiene a través de la entrevista clínica genera la mayor parte de las hipótesis diagnósticas. Los clínicos con experiencia afirman que, en general, cerca del 70% de los diagnósticos se hace con base a la entrevista clínica, y más del 90% con la exploración física (Abreu, 1993). La entrevista clínica y la

exploración física, son destrezas fundamentales en la práctica médica. Usualmente, cuando un médico comenta un caso clínico con un colega, le presenta, tanto los datos obtenidos por la entrevista clínica como los de la exploración física, de manera que su interlocutor pueda tener una visión completa del caso a analizar.

La presentación del caso o encuadre del problema, tiene una concepción muy bien definida en los MF, ellos saben como encuadrar un problema.

A continuación presentaré unos textos de entrevistas, que describen la percepción de MF acerca del encuadre del problema que presenta al ME.

María Luisa: *"Bueno llega el doctor, lo presento al paciente, le relato los antecedentes del paciente, si le he dado tratamiento, el tratamiento, le pongo la radiografía en el negatoscopio, y ya que terminé con esto le digo al paciente, explícale tú, qué es lo que sientes, o cómo te caíste, o cómo tuviste la relación. Ya lo escucha, y después procede a explorarlo, procede a explorarlo y estando yo a un lado de él, me indica dónde debo explorar, qué movimientos o qué maniobras debo hacer, y llegamos a un diagnóstico, si tengo alguna duda me pongo de acuerdo, a veces yo difiero, digo: ya le dimos esto, ya le dimos lo otro, nos ponemos de acuerdo y se le indica el tratamiento" (JMA-Entrev-29-05-00-5, JMA-Entrev-29-05-00-96).*

Antonio: *"Pues se le llama al traumatólogo en este caso, con la asistente, el traumatólogo viene, se le presenta al paciente, se le hace una pequeña historia clínica del padecimiento, nombre, edad, antecedentes o etiología de lo que manifiesta, se le enseñan sus placas en caso de que ya las hayamos tomado, que siempre, antes de mandarlo llamar ya tenemos todo listo para cuando él venga, ya no hay necesidad de: hay que hacerle una radiografía. Ya está todo listo, inclusive a veces hasta ya lo exploramos en la mayoría de los casos, y, ya se le manifiesta al paciente, inclusive el diagnóstico que tú haces, entonces ya el traumatólogo lo valora, él lo valora y te está explicando cuando está valorando al paciente, las maniobras que está haciendo y, tú pues, hasta cierto punto si no te acuerdas de alguna maniobra y pues él te la recuerda, y, pues hasta que se llega, al paciente después de revisarlo se llega a un diagnóstico, ya él mismo traumatólogo hace el tratamiento, si hay necesidad de poner un yeso se lo lleva a urgencias, o vamos a ponerlo a urgencias, si hay necesidad de inyectarlo, de infiltrarlo también, y se le cita al paciente, para un determinado tiempo, el tiempo que el traumatólogo diga, y sí, los pacientes siempre que fueron valorados evolucionaron muy bien, de las veces que me han tocado a mí" (JMA-Entrev-07-06-00-5 y 6).*

MF describe el procedimiento estudiado durante su proceso de formación, que consiste en concentrar la información y presentar el caso clínico a quién le ayudará a resolver el problema.

Los MF cuando describen el encuadre del problema, tienen muy claro como debe ser, todos lo hacen ampliamente. Sin embargo, de acuerdo con las observaciones realizadas, no hay congruencia entre lo que dicen y lo que hacen. Cuando se le pregunta a MF ¿cómo presenta a ME su caso problema? MF hace una descripción amplia y completa de cómo se debe realizar un encuadre del problema, puede ser que en este caso él dice lo que cree debe decir, o lo que ellos saben que está en los textos de propedéutica médica. ¿Por qué si lo saben, no lo hacen, cuando presentan su caso problema a ME? Como hemos visto, los encuadres realizados por los MF aportaron muy poca información del caso problema a ME.

Pero ¿cómo recibe o interpreta ME el encuadre presentado por MF? A continuación se muestra un texto de entrevista con ME.

Dr. Fernández: "Bueno en términos generales es, sí el médico familiar te presentó al paciente con la sintomatología le hizo todas las preguntas que tú pudieras haber hecho, exploramos al paciente, si faltó hacer una pregunta, cuanto tiempo tiene trabajando ahí, equis, la hacemos, tratamos de revisar al paciente..." (JMA –Entrev-24-05-00-17).

En este texto ME deja ver que existe la posibilidad de que MF no haga una presentación completa (desde su perspectiva) del encuadre del problema del paciente. Puede ser que ME detecte un insuficiente planteamiento del problema. De hecho ME detecta un problema, en el planteamiento del problema. Esto da lugar a que ME tome la decisión de reformular el problema, es decir a realizar un reencuadre del problema.

A continuación se presenta el siguiente momento de la estructura de reflexión en la acción durante la práctica médica y un proceso de asesoría, dentro de un programa de EMC denominado visita de profesores.

4.2.3 Tercer Momento: Reencuadre del problema

Para Schön (1983) en sus estudios sobre el proceso de reflexión en la acción, el reencuadre del problema por el profesor se define cuando: *el profesor, atribuye el apuro del estudiante a su modo de estructurar el problema, y sugiere una dirección para reorganizar el problema, busca dar un nuevo sentido a la situación.* El profesor entonces toma el problema y lo hace suyo, lo reencuadra y acto seguido dirige un experimento tendiente a descubrir una solución.

En el caso de los MF, se percibe que hay un reencuadre por ME, cuando éste percibe que hay un problema en la estructura del problema presentado por MF. Este proceso de reencuadre se inicia en el momento en que el asesor (ME) toma la determinación de reestructurar el planteamiento del problema, esta acción se determina cuando ME reinicia la entrevista clínica.

Tanto Larrouse (1988), como Grijalvo (1986) no tienen definición de reencuadre.

Se entiende a este momento como reencuadre del problema como: *la intervención de ME ante la presentación del problema presentado por MF, estableciendo un nuevo marco que le permita definirlo de manera que pueda encontrar una solución al mismo.*

Para ME existe un problema en el encuadre del problema, que ha presentado MF, no se han realizado todas las preguntas o acciones a su juicio deberían haberse

hecho. Dado que ME encuentra una situación problemática, debe establecer un nuevo encuadre.

A continuación se presenta un texto que describe una interacción entre un MF y ME. Y cómo ME retoma el caso presentado por MF, y reencuadra el problema.

Caso 1.

MF: "ya vino otra vez la señora que infiltramos hace 15 días, y viene a revisión (JMA-11-04-2000-99).

ME: ¿Cuánto tiempo tenemos tratándola nosotros?

Mientras hace esta pregunta, el especialista, le está quitando la venda a la paciente, revisa la férula y la retira.

MF: Empezamos, el 18 de marzo, no, no es cierto, el 24 de marzo.

MF cuando le contesta esta pregunta al especialista todavía se encuentra en su silla, el dato lo está leyendo del expediente.

ME: Mueva los dedos, le pide a la paciente.

La paciente hace el movimiento de los dedos, que se le piden, al hacer el movimiento de los dedos, sostiene su mano izquierda con la derecha.

ME: Le dice a la paciente que le enseñe la otra mano.

ME, le toma la mano derecha de la paciente, y hace la revisión de la muñeca.

MF se levanta de su silla para acercarse al ME, se coloca a su lado derecho, de frente a la paciente, inclina un poco la cabeza, pero pone sus manos hacia atrás, cruza las manos atrás. MF no toca a la paciente.

ME: En comparación al día que vino, aparte de la inyectada aquí, (al hacer este comentario ME señala la muñeca izquierda de la paciente), y en este momento, ¿qué diferencia hay? Se siente mejor, tiene menos inflamado, menos dolor, o ¿cómo se siente?

P: O sea, cuando me inyectó, sí, se me quitó el dolor. Cuando dice esto la paciente está haciendo contacto visual con ME.

En ése momento el especialista, le vuelve a tocar la muñeca izquierda, le hace algunos movimientos de flexo-extensión, sin hacer ningún comentario.

P: la paciente al sentir los movimientos de la mano, dice: Ahí es donde me duele. Sí se me quitó el dolor, porque sentía la mano toda dormida, y pensé, hay que bueno, sí se me va a quitar. Pero a las 6 horas o 7, ya otra vez me volvió a doler.

MF: ¿el dolor se le corre hacia el hombro?

Cuando MF hace esta pregunta, inclina la cabeza hacia

La paciente y con la mano señala hacia el hombro de la paciente.

P: Hasta acá,

Al decir esto, señala todo el brazo y el hombro, yo digo que he de tener inflamado, pero han de ser los nervios.

ME: ¿Esto le duele?

Al hacer esta pregunta toca, y hace presión sobre los dedos de la mano izquierda.

P: No" (JMA-Observ.-11-04-2000-2 y 3).

Caso 2.

MF: Es una paciente de una maquiladora, que acude conmigo, por tendinitis del tendón de Aquiles, tiene treinta días con dolor, muy intenso, que no se le quita sin sulindaco. (JMA-18-04-00-100).

ME sin voltear a ver al **MF**, se dirige a la paciente y le pregunta.

ME: ¿Aquí es dónde le duele?,

Le pregunta el especialista a la paciente, al momento que hace la pregunta se pone en cuclillas y le toma el pie derecho. **MF** está de espaldas al **ME**, y viendo de frente a la paciente, está de pie (creo que tiene un buena visión de los procedimientos del especialista, pero no se agacha) (JMA-18-04-00-2).

MF: ¿Es parecido al de ayer? Cuando **MF**, hace esta pregunta se incorpora hacia delante para ver lo que **ME** está tocando en el pie de la paciente.

ME: Sólo que lo de ayer era una fibrosis.

ME le toma nuevamente el pie al paciente, y le dice, que lo mueva. Ahora le pide que mueva el otro pie y señala al pie izquierdo. Todavía esta en cuclillas. ¿Tiene treinta

ME, le toma la mano derecha de la paciente, y hace la revisión de la muñeca. **MF** se levanta de su silla para acercarse al **ME**, se coloca a su lado derecho, de frente a la paciente, inclina un poco la cabeza, pero pone sus manos hacia atrás, cruza las manos atrás. **MF** no toca a la paciente.

ME: En comparación al día que vino, aparte de la inyectada aquí, (al hacer este comentario **ME** señala la muñeca izquierda de la paciente), y en este momento, ¿qué diferencia hay? Se siente mejor, tiene menos inflamado, menos dolor, o ¿cómo se siente?

P: O sea, cuando me inyectó, sí, se me quitó el dolor. Cuando dice esto la paciente está haciendo contacto visual con **ME**.

En ése momento el especialista, le vuelve a tocar la muñeca izquierda, le hace algunos movimientos de flexo-extensión, sin hacer ningún comentario.

P: la paciente al sentir los movimientos de la mano, dice: Ahí es donde me duele. Sí se me quitó el dolor, porque sentía la mano toda dormida, y pensé, hay que bueno, sí se me va a quitar. Pero a las 6 horas o 7, ya otra vez me volvió a doler.

MF: ¿el dolor se le corre hacia el hombro?

Cuando **MF** hace esta pregunta, inclina la cabeza hacia

La paciente y con la mano señala hacia el hombro de la paciente.

P: Hasta acá,

Al decir esto, señala todo el brazo y el hombro, yo digo que he de tener inflamado, pero han de ser los nervios.

ME: ¿Esto le duele?

Al hacer esta pregunta toca, y hace presión sobre los dedos de la mano izquierda.

P: No" (JMA-Observ.-11-04-2000-2 y 3).

Caso 3.

MF: **MF** le presenta a la paciente al **ME**, le dice que fue operada por el Dr. Jiménez hace 3 meses por fractura de tibia izq. la paciente acude porque refiere que no aguanta el dolor en el tobillo izq.

(Aquí no es textual, porque cuando empezó ha hablar **MF**, revisé la grabadora, me di cuenta que estaba apagado el micrófono. Gracias a Dios me di cuenta y de inmediato la prendí)

La paciente es una anciana de más de 60 años, se ve tranquila, claudica un poco a caminar, ya que arrastra el pie izquierdo.

ME: A ver enséñeme el tobillo,

Le pregunta **ME** a la paciente. **ME**. se pone en cuclillas para explorar a la paciente de frente a él. (JMA-19-04-00-4).

MF, se queda frente a su escritorio esta poniendo unas Rx en el negatoscopio.

MF: Quiero que valoremos esta placa de Rx, le dice al ME.

(ME no contesta a la sugerencia de MF, y continúa interrogando a la paciente)

ME: ¿Le duele para apoyar?, ¿Le duele cuando apoya?, le pregunta ME a la paciente.

P: Sí, sí, cuando apoyo, le contesta la paciente al ME. (JMA- Obsrv.-19-04-00-3).

Caso 4.

MF: Un momentito por favor, le dice la doctora a la paciente y a su mamá, quienes ya se encuentran en el consultorio, MF se dirige al especialista,...a ella la estaban viendo en el DIF, dice que tiene dolores frecuentes de columna dorsolumbar, a veces cervicales, que truenan cuando ella mueve el cuello, la estaban viendo en el DIF, y le mandaron hacer unas radiografías. (JMA-25-04-00-1).

La MF, se encuentra sentada frente a su escritorio, ME se coloca a su izq., la paciente, se encuentra también de pie, y la mamá de la paciente también se encuentra sentada, frente al escritorio de la médico familiar.

ME: ¿Que problema tiene, que siente?

P: Me duele todo esta parte de aquí, señala, el cuello y la espalda, y luego, cuando estoy escribiendo, agachada así... aquí se inclina hacia delante y simula estar escribiendo,... hay veces que me tengo que acostar, ya que siento que como que se acomoda todo, y ya puedo seguir escribiendo.

ME: ¿Cuanto tiempo tiene con el problema?, le pregunta él ME a la paciente.

P: Aproximadamente, más de dos años (JMA- Obsev.-25-04-00-101).

Caso 5.

MF: Hola doctor, quiero comentarle este caso, mire este paciente de once años de edad, tiene pies planos, ha usado, ha usado tres plantillas, lleva tres plantillas, le han estado cambiando conforme ha estado creciendo.

ME: ¿Desde cuando?, ¿Qué edad tenía la primera vez?

Le pregunta ME al MF.

MF: Déjeme ver, y pregunta a la mamá del paciente. ¿A qué edad se le pusieron las primeras plantillas?

Mamá del paciente: Como desde los 6 años, 6 o 7 años, y más o menos cada año, no cada dos años, los cambian, y con las últimas plantillas, dice él, que le duele el pie, que se cansa mucho. La mamá del paciente se está dirigiendo al ME.

MF: Las últimas plantillas fueron aplicadas por él ortecista, y dice la mamá, que el niño se queja de los pies, que se cansa mucho con las plantillas, pero que también le duelen los pies, y se cansa, si, no las usa.

ME: El diagnóstico fue ¿pie plano?

MF: Sí.

Mamá del paciente: Pies planos, y que tenía un poquito desviados los pies hacia adentro, que era por lo mismo de los pies planos.

La mamá del paciente completa la respuesta, y la dirige al ME.

ME: Haber camínale un poquito para allá, le dice al paciente, pero antes, quítate los zapatos, para que camines descalzo. (JMA- Observ.-26-04-00-1), (JMA- Observ.-26-04-00-2).

En estos dos últimos casos ME se dirige directamente a la paciente (P) y pregunta -con la intención de definir algunos aspectos o datos que él considera

importantes para la construcción del problema, y que MF omitió-. Quizá porque ME hace la pregunta directa a P, porque la respuesta es más rápida, o para no evidenciar a MF frente a su paciente, al omitir preguntas del interrogatorio intencionado. A partir de la información proporcionada por P, ME tiene una perspectiva del problema, tiene una hipótesis diagnóstica, y hace las preguntas que le permitirán continuar o modificar esa línea de investigación.

De acuerdo con lo que ha descrito Schön, en este momento ME tiene una reflexión en la acción, ya que.

Los profesionales reflexionan y construyen nuevos problemas y modelos derivados, no de la aplicación de teorías basadas en la investigación de laboratorio, sino en sus repertorios de ejemplos y temas conocidos. A través de *ver como y hacer como*, ellos crean y prueban nuevos modelos de la situación (Schön, 1983, p.153).

ME dirige su interrogatorio y exploración física, teniendo como referente un caso previo, la experiencia clínica que le permite ver en este caso, lo visto o encontrado en otro. A esta situación Schön la ha denominado como la utilización de ejemplares en la resolución de problemas, situación que se describe a continuación.

“Ejemplares en la resolución de problemas: La situación problemática conocida se puede abordar a través de utilizar un **precedente:** al ver esta situación como esa otra, uno puede *hacer* en esta situación *como* ha hecho en esa otra” (Schön, 1983, p. 131).

La experiencia clínica en los médicos permite crear una serie de ejemplares, la cual utilizan cuando tienen un caso semejante. La construcción del conocimiento en medicina tiene lugar en la cama del paciente, es decir a partir del número de casos similares que se investiguen mayor experiencia se tiene en la identificación y manejo

del caso, la utilización de ejemplares en la resolución de problemas en medicina, está en relación con la experiencia de la práctica clínica.

Aquí nos atreveríamos a utilizar otro concepto de Schön, con alguna adaptación a la situación de la práctica clínica que estamos estudiando. En el caso que describe el autor, se trata de un profesor de arquitectura en una clase de diseño, utiliza una serie de herramientas para explicar los elementos y características del caso que está revisando con una estudiante de arquitectura. A este proceso lo denomina: **Dominios del diseño**: Lenguaje que contiene los nombres de los elementos, las características, las relaciones, las acciones, y de las normas utilizadas para valorar los problemas, las consecuencias las implicaciones del caso de estudio (Schön, 1983, p. 95).

En este estudio, se podría hablar de **dominios de la clínica** al marco teórico de conocimientos, procedimientos aprendidos, experiencias previas de casos similares y normas a las que recurre el médico para evaluar un problema.

En el siguiente texto se describen de una manera más explícita los dominios de la clínica de que hace gala ME para reencuadrar el problema de la paciente.

Caso.4

ME: *¿Que problema tiene, que siente?*

P: *Me duele todo esta parte de aquí, señala, el cuello y la espalda, y luego, cuando estoy escribiendo, agachada así... aquí se inclina hacia delante y simula estar escribiendo,...hay veces que me tengo que acostar, ya que siento que como que se acomoda todo, y ya puedo seguir escribiendo.*

ME: *¿Cuanto tiempo tiene con el problema?*

Le pregunta ME a la paciente.

P: *Aproximadamente, más de dos años (JMA- Observ.-25-04-00-103).*

ME: *¿Cómo dos años, y le han dado terapia?*

Mamá de la paciente: *No, no le han dado nada.*

Interviene la mamá, y se dirige al ME.

ME: *¿Realmente no le han dado tratamiento, así, específico?*

Mamá de la paciente: *Solamente lo que yo le he dado, diclofenaco, naproxen, cuando está en exámenes, o está muy tensa en los trabajos, es cuando yo le he dado, pero no le han dado ningún tratamiento.*

ME: ¿Cuándo haces algún esfuerzo, te aumenta el problema?, le pregunta ME a la paciente, ¿cuando caminas mucho? ¿cuándo tienes mucho tiempo parada, o en una posición, parada o sentada? ¿Te aumenta el problema?

P: Sí

ME: Le pregunta a la paciente. Para caminar ¿no tienes molestias? El médico especialista, pone a la paciente a que camine a lo largo del consultorio, en este momento el médico familiar se acerca al especialista, todos estamos de pie.

ME: A ver siéntate aquí, le dice ME a la paciente, que se siente sobre la mesa de exploración.

ME: Mire, le dice a la mamá de la paciente, necesito que se suba la blusa.

ME: Le dice a la paciente, mira si te da pena, y ponte esto adelante..., le esta dando una sábana para que se cubra, ...atrás no hay problema.

El especialista, en estos momentos esta explorando la espalda, saca una regla y hace mediciones de los espacios interescapulovertebrales, el médico familiar esta atento a las maniobras que esta haciendo el especialista, el especialista esta explorando pero está metido en su tarea, no establece diálogo con el médico familiar.

ME: ¿Duele?, pregunta a la paciente.

P: La paciente mueve la cabeza, respondiendo que no.

ME: ¿No te duele?

ME: ¿No?

Mamá de la paciente: Di, sí o no, el doctor, no te está viendo la cara.

ME: ¿No te duele?

P: Sí

ME: ¿Aquí, te duele?

En este momento el especialista, esta tocando la columna lumbar de la paciente.

ME: ¿Esto te duele?

Pregunta y esta tocando la masa muscular lumbar.

ME: ¿Dónde te duele más?

En este documento se muestra la manera de cómo ME dirige la exploración de la paciente, este procedimiento describe su habilidad para ubicar líneas de investigación. Ya desde el interrogatorio ME tiene una hipótesis sobre el problema de la paciente al tiempo que recibe respuestas afirmativas de la paciente, ME sigue la misma línea de investigación, además muestra una capacidad para considerar otras cosas, sin interrumpir el flujo de la investigación. ME tiene en este momento una conversación reflexiva con la situación.

A continuación se muestra un RAD que describe el proceso que dirige la exploración clínica de ME.

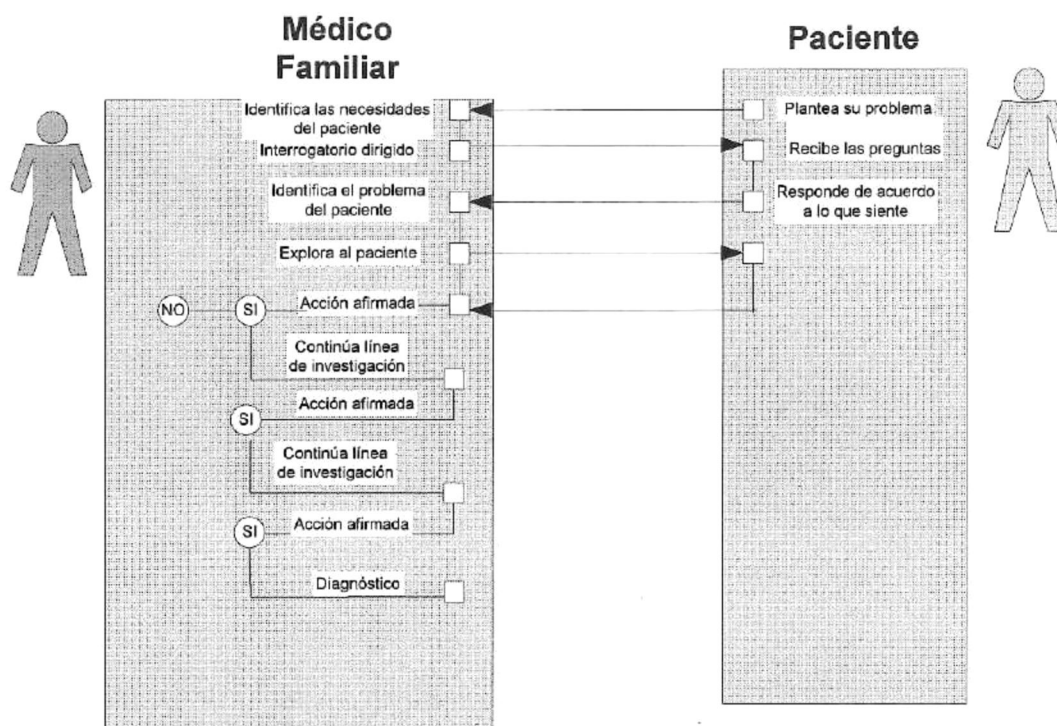


Fig. 7. Dominio de la clínica

En este diagrama se muestran dos conceptos nuevos: acción afirmada y acción negada, que de acuerdo con Schön se refieren a lo siguiente:

- **Acción afirmada:** Cuando produce lo que se ha propuesto (Pág. 137).
- **Acción negada:** Cuando no se produce lo que se ha propuesto (Pág. 137).

A continuación damos unos ejemplos de acciones afirmadas y de acciones negadas, que se presentaron durante la asesoría de ME a MF.

Caso 2.

ME: Si pues. Él continúa haciendo movimientos del pie, lo estira y le pregunta a la paciente ¿aquí le duele?

Cuando hace esta pregunta ME está tocando el dorso del pie derecho.

P: Sí (JMA-18-04-00-2, JMA-18-04-00-3).

ME: ¿Nunca le había pasado antes?

P: No, es la primera vez.

ME: Haga memoria, a ver si recuerda que se haya golpeado, porque es lo más probable. Aunque, sea un golpecito así leve. ME hace un movimiento que simula el darse un golpe de talón, de manera leve.

P: A, pues, sí me he golpeado, así. (JMA-18-04-00-4).

Caso 3

ME: ¿Le duele para apoyar?, ¿le duele cuando apoya?, le pregunta ME a la paciente.

P: Sí, sí, cuando apoyo, le contesta la paciente al ME.

ME: ¿Puede mover los dedos?

P: Sí, puedo mover los dedos, pero en la tarde se me ponen muy inflamados y me duelen mucho. (JMA-19-04-00-3).

ME: ¿Los dos lados, le duelen?

P: Sí, es que nunca, se me ha calmado el dolor, este se me calmó, pero cuando me quitaron este tornillo que falta, ya me quedó este dolor.

ME: Entonces, le quitaron el tornillo de situación. (cuando dice esto, (da la impresión que lo dice para sí mismo) Le ponen un tornillo para unir las sindermosis, y lo quitan al mes. , esto, ya se lo está diciendo al MF.

P: Sí al mes me lo quitaron. (JMA-19-04-00-3 y 4).

Caso 4.

ME: ¿En el lado derecho, o en el lado izquierdo?

P: Aquí, está especificando el lado derecho en el espacio interescapulo vertebral.

ME: Esto, hace una presión sobre la masa muscular del espacio interescapulo vertebral derecho.

P: Si, asiente con la cabeza.

ME: Levanta los brazos, ¿ahí te duele?

ME está presionando un músculo.

P: Aquí, señala un punto en la espalda.

ME: Aquí, ¿verdad?

P: Sí. (JMA-25-04-00-6).

ME: ¿Nunca te has caído de sentón? ¿así de nalgazo? Le pregunta ME a la paciente.

P: No, lo que me paso, es que mi papá me dio una patada

ME: ¿Sí?

(Me da la impresión que aquí, de que todos, ME, MF y yo, volteamos a ver la cara de la paciente)

Mamá de la paciente: Mira nada mas, tiene una risa nerviosa, (siento como que la mamá de la paciente se apresuró a contestar), que mal se esta viendo, estaban jugando, y no se salió o no se sacó, y le pego su papá, y desde entonces dice que le dolía, y hace poco, el año pasado, hace un año que se cayó, se cayó, iba corriendo, y se cayó, estaba un hilo, y no lo vi y la regresó.

ME: ¿Cayo de sentón?, le pregunta ME a la mamá de la paciente.

Mamá de la paciente: Sí de sentón y se golpeo, aquí en la cara.

ME: ¿Aquí, duele? ¿Aquí? En este momento esta tocando la región sacra, de la paciente.

P: Sí. (JMA-25-04-00-7).

Cada vez se presenta una acción negada, el profesional descarta esa línea de investigación, pero sigue abierto a escuchar lo que le dice el paciente. Si es necesario vuelve a reencuadrar el problema, al hacer esto, requiere hacer nuevas preguntas que le permita identificar algunos supuestos, esto es, abrir otra línea de investigación. Al estar pensando en lo que se hace, cuando a cada paso se toman decisiones que

permiten construir un camino para llegar a un diagnóstico, cuando se explora y se pregunta y dependiendo de cada respuesta ME considera el nuevo paso a seguir. ME tiene una reflexión desde la acción.

Reflexión desde la acción: Pensar en lo que se está haciendo (Schön, 1983, p. 60)

Los profesionales reflexionan y construyen nuevos problemas y modelos derivados, no de la aplicación de teorías basadas en la investigación de laboratorio, sino en sus repertorios de ejemplos y temas conocidos. A través de *ver como* y *hacer como*, ellos crean y prueban nuevos modelos de la situación (Schön, 1983, p.153).

A este proceso de apertura a nuevas líneas de investigación, confirmación ante una acción afirmada y reencuadre ante una acción negada de la situación problemática, Donald Schön (1983) lo define como conversación reflexiva con la situación.

Proceso de Conversación Reflexiva: La reestructuración del problema, produce nuevos descubrimientos que requieren una nueva reflexión desde la acción. El proceso gira en espiral a través de etapas de apreciación, acción y reapreciación (Schön, 1983, p. 126).

ME a través de su reflexión desde la acción le da forma a la situación con respecto a su propio reencuadre, y se mantiene abierto ante acciones negadas, que le permitan reencuadrar el problema, actúa de acuerdo a la perspectiva que ha tomado, pero reconoce que puede romperla si es necesario para dar cabida a una nueva situación.

Otro concepto que la investigadora quiere introducir al igual que el caso del profesor de arquitectura que esta revisando un trabajo de una alumna -el profesor toma una hoja de papel y realiza trazos, líneas; las palabras no describen lo que está allí sobre el papel, sino que constituyen un paralelo con el proceso mediante el cual él

realiza lo que ya está en el papel- Dibujar y hablar son modos paralelos de diseñar, y juntos constituyen lo que el autor denomina *lenguaje del diseño* (Shön, 1983).

En el caso de los médicos, regularmente cuando dos médicos se encuentran revisando un caso y el paciente se encuentra presente, a la vez que se habla, se explora al paciente, situaciones paralelas que permiten tener una visión más completa del problema del paciente, este es un proceso semejante al que Shön denomina lenguaje del diseño y que en el caso de los médicos denominamos *lenguaje de la clínica*. Se trata de un metalenguaje donde las dimensiones verbales y no verbales están estrechamente conectadas, las indicaciones que ME hace a MF, serán tan claras en la medida de que MF pueda conectarlas e interpretar los movimientos que realiza ME. En este proceso de exploración y explicación del problema del paciente ME está realizando una demostración de lo que pretende enseñar a MF, aunque sea en forma superficial, la reflexión sobre la acción al explorar.

Mientras hablan ME y MF con palabras o explorando al paciente, su conversación demuestra imágenes espaciales que tratan de ser congruentes unas con otras. A medida que están más seguros de que han logrado la congruencia en el significado, su diálogo tiende a hacerse más elíptico e inescrutable para los demás. Mientras tanto tienen una conversación reflexiva con la situación.

4.2.4 Cuarto Momento: Confirmación de supuestos y toma de decisiones

Hasta este momento, el ME ha seguido líneas de investigación que le permiten confirmar o no hipótesis diagnósticas, ahora está en condición de tomar las decisiones que permitan establecer un plan de tratamiento para el caso problema.

Confirmación:

"Ratificar la veracidad de algo, dar validez a lo ya aprobado" (Grijalbo, 1986, p.480).

"Lo que hace una cosa más segura. Nueva prueba de seguridad de una cosa"
(Larousse, 1989, p-290).

Para nuestro estudio, confirmación de supuestos es: *el resultado de una conversación reflexiva con la situación que han sostenido MF, ME y P, que les permiten en este momento tomar las decisiones para la resolución del problema.*

A continuación se presentan algunos ejemplos en los cuales se identifica quién toma las decisiones a partir de la confirmación de sus supuestos.

Caso 1

ME: Hay que infiltrar otra vez, y quitarle la férula. Cuando hace este comentario, voltea para hacer contacto visual con el MF, mueve todo el cuerpo, no es sólo la cabeza (JMA-11-04-2000-4).

Caso 2.

ME: "Aquí es la pura inserción del tendón de Aquiles.

El ME se pone de pie, el MF se encuentra de pie junto al ME, la paciente tiene contacto visual con el ME.

Cuando el especialista dice tendón Aquiles, es al unísono con el medico familiar, (lo cual me da la impresión de que el MF, está atento a lo que dice y hace el ME).

MF: Es la inserción en el calcáneo" (JMA-Observ-18-04-00-3).

ME: Sí trae una fibrosis de, en la pura inserción del tendón de aquiles. Cuando habla esto se está dirigiendo al MF, que en este momento se encuentra frente a el. Y le va a molestar mucho, le dice a la paciente, pero tenemos que infiltrarla, ayer infiltré a un señor y rápido, se le quitó el dolor (JMA-18-04-00-4).

Caso 3

ME: Aquí podemos, quitar tranquilamente estos dos tornillos, y hasta la placa, ya está consolidado todo, esta muy bien. Una reducción al 100%.

MF: Yo aquí la veo muy bien radiográficamente, la molestia puede ser una reacción....

ME: La molestia puede ser por una reacción a cuerpo extraño, ahí metálico. Pues sí, esta bien hay que... (JMA-19-04-00-6).

MF: La mandamos a la clínica 8, entonces.

ME: Sí hay que mandarla, para valorar retiro de osteosíntesis, material de osteosíntesis.

MF: Bueno, voy a ver los datos, para mandarla (JMA-19-04-00-7).

Caso 4.

ME: Si quieres, mándale una lateral de sacro cóccix, le dice al MF, y la vemos, aunque no es lo trascendente, pero para estar seguros.

Mamá de la paciente: Nos había dicho el doctor, que se le miraba el hueso de la pelvis con el fémur, uno más corto que el otro.

ME: Sí, ya le marqué ahí, pero es mínimo, no son ni 6 milímetros, o sea, cuando es más de un centímetro, y en un paciente de más de 20 años, sí se tiene que usar una plantilla, pero en ella no. Lo que probablemente sea es posicional, todo lo que sea menos de un centímetro es de posición.

ME: Muy bien, ya que tengas las radiografías, las vemos. Se levanta ME de la silla dMF, y se dirige a la puerta cuando hace este comentario. MF toma asiento en su silla, toma el expediente de la paciente y empieza hacer la nota médica.

MF: OK, Gracias (JMA-25-04-00-16).

Caso 5

ME: Este paciente ocupa dos componentes en una plantilla, si quieres ya te puedes poner tu zapato, le dice al paciente. Este paciente ocupa dos componentes en una plantilla..., ahora se dirige al MF,... antes se utilizaban mucho los zapatos ortopédicos en pacientes de esta edad, pero se ha visto que es inconveniente, porque les da vergüenza, les dan carrilla los amiguitos, lo que se utiliza ahora, son plantillas con la intención de dos cosas, la primera es aumentarle un poquito el arco longitudinal, por el pie plano, y la otra es tratar de que su valgo del retropié se le corrija, ¿cómo vamos a corregir esto?. A ver las plantillas, dice ME cuando se dirige al escritorio de MF, la mamá del paciente saca unas plantillas de una bolsa de plástico y le da una al ME,... mira, la primera es, con un arco longitudinal interno o sea en medio del pie, que levante un poquito, y la otra, le vamos a poner una talonera interna, en esta misma plantilla en el mismo lado de la plantilla, porque, él hace este movimiento, el pisa así... aquí ME toma la plantilla como modelo para ejemplificar una forma de pisar, para que ME y la mamá del paciente vean como el paciente tiene una pisada hacia adentro, valgo del retropié (JMA-26-04-00-4), (JMA-26-04-00-5).

Como hemos visto en el caso 1,2,4,5 ME es quién decide que hacer con el caso problema, sólo en el caso 3 es MF quién se adelanta a ME para tomar la decisión, en este párrafo, se puede apreciar la atención que MF presta a toda la discusión del caso, y el momento en que ME termina la frase que MF había iniciado con relación a que se trataba de una reacción al material de osteosíntesis. En el texto anterior también se puede ver que, cuando ME toma la decisión generalmente se está dirigiendo a P. MF se encuentra en una segunda posición. ME decide que hacer, se lo comunica a P, y posteriormente se dirige a MF. Al observar este dato la investigadora decidió hacer la pregunta directa a ME, que a continuación se presenta.

Julia: Cuando haces una asesoría, ¿qué es lo que más te preocupa?

Dr. Fernández: El paciente, me preocupan, entre comillas, me interesa el paciente primero, me interesa que el paciente se sienta bien atendido inicialmente por su médico familiar, me interesa que el paciente vea, sienta, que se le está haciendo un mayor caso a su problema, que se le está poniendo más interés a su problema, apoyándonos, el médico familiar en el especialista, que se sienta más seguro, más confiado, y me interesa en iguales condiciones que el médico familiar se interese también por ese paciente, se interese por aprender técnicas, se interese por aprender tipos de exploración, cómo explorar un paciente, cómo ver una radiografía, me interesa la enseñanza que se le pueda dar al médico familiar, para el futuro, pues, tanto para éste paciente, como para futuro, porque ellos, todos ven muchos pacientes, entonces, estos me interesan, me interesa el paciente y me interesa el médico familiar, y me interesa la misma enseñanza mía porque, hay ocasiones que los médicos familiares te preguntan cosas que tu no sabes, entonces te queda la inquietud, vas y estudias, buscas aquí en la computadora, buscas lo que sea, como ha sucedido, ¿no? El otro día vimos un paciente de síndrome de Reiter... (JMA-24-05-00-111).

En este texto, parece que ME es espontáneo en la primera parte de su respuesta, al decir que le preocupa principalmente es el paciente. Posteriormente, se da cuenta de que la respuesta no es la esperada por la investigadora, probablemente advirtió alguna expresión que le hizo rectificar, y decir que la enseñanza de MF también le interesa. Como puede verse, la primera preocupación de ME es el paciente, esta información dada por el propio ME muestra la lógica de su comportamiento durante la asesoría a MF, como lo hemos visto a través de los cuatro momentos que comprenden la estructura del proceso. Cabe aclarar, que al inicio de la implementación de la modalidad educativa de visita de profesores se explicó a ME, que el motivo principal de su presencia en la UMF, era asesorar a MF en los casos problema, para que de esta manera MF tuviera un proceso de aprendizaje en su propio contexto, con sus propios pacientes, se explicó a ME que no se trataba de una interconsulta, sino una asesoría a MF.

Durante el trabajo de investigación no se reencuadró a ME sobre este punto. La intención era evitar un sesgo en el comportamiento de ME, su espontaneidad fue muy importante para entender que para ME, su presencia en la UMF era para resolver los

problemas de los pacientes, problemas que MF no había podido resolver. Creo que este punto es trascendental, ya que para experiencias futuras de visita de profesores, se tendrá muy presente, reencuadrar a ME cuantas veces sea necesario, para que ME no pierda de vista que el objetivo del programa de visita de profesores es proporcionar a MF a través de una conversación reflexiva con el caso problema las herramientas necesarias que permitan a MF, resolver casos futuros con características semejantes.

Una vez confirmados los supuestos del caso problema, tanto ME como MF están en condiciones de establecer el diagnóstico de P, se establece una decisión sobre qué hacer para mejorar el problema y se lleva a cabo.

Para terminar este capítulo, se presenta una gráfica significativa que describe todo el proceso de reflexión en la acción, durante una interacción educativa de visita de profesores de un ME, a una unidad de primer nivel de atención.

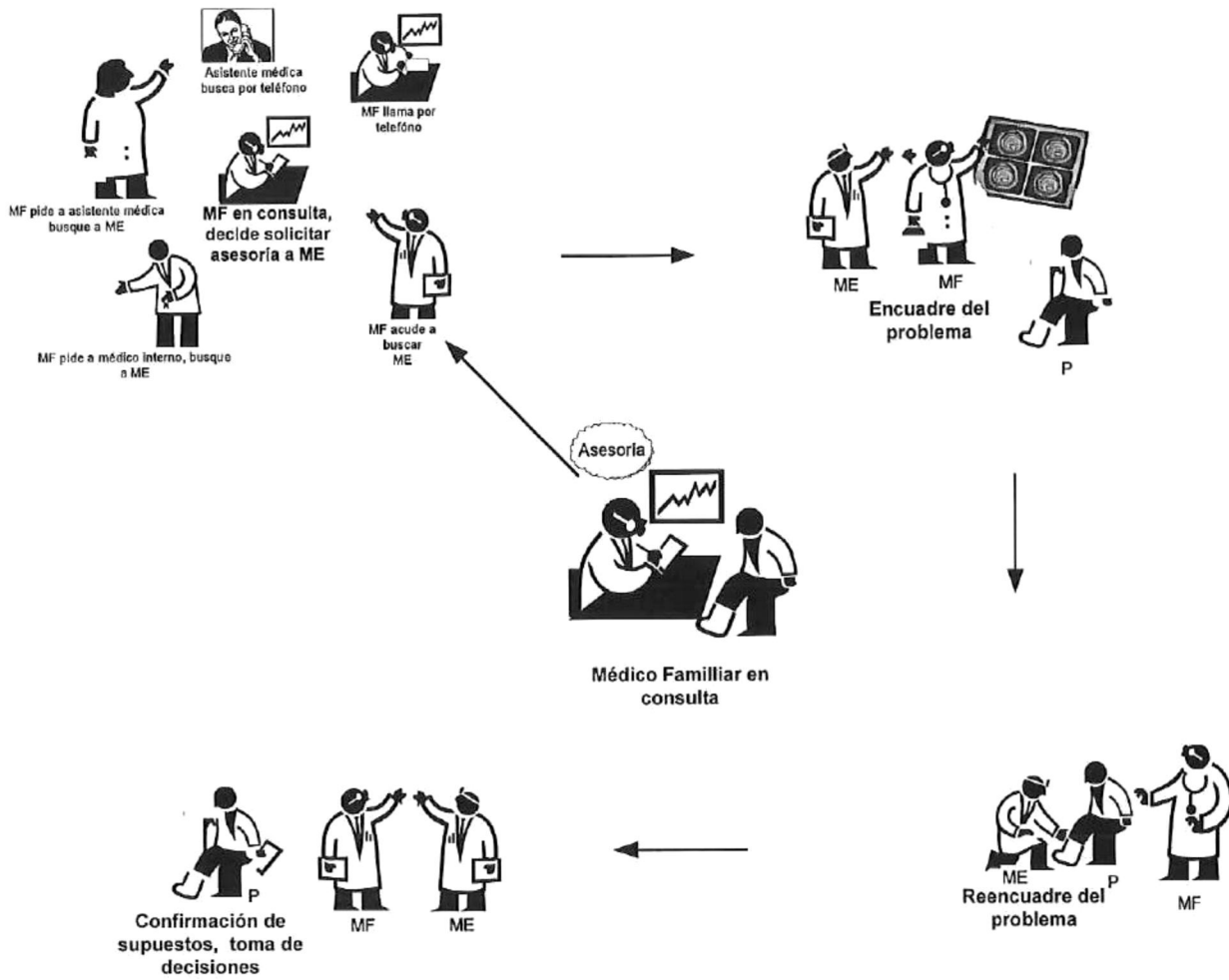


Fig. 8. Gráfica que muestra el proceso de reflexión en la acción durante una interacción educativa de visita de profesores.

4.3 Perspectivas y relaciones entre médicos familiares y médico especialista en traumatología, durante una asesoría educativa.

Como resultado del análisis de entrevistas a médicos familiares (MF) y al médico especialista en traumatología (ME) a continuación se presenta un ensayo donde se describen las perspectivas y las relaciones de los participantes del proceso educativo de visita de profesores, realizado en la UMF No.32 en el año 2000.

Como parte de la descripción de los participantes se tiene una figura que muestra el perfil de los médicos familiares participantes en el estudio.

Enseñanza

María Luz
Egresada Universidad
Autónoma de Guadalajara
1965-1970
Médico General
26 años antigüedad en el IMSS
No tiene consulta privada
No pertenece asociaciones
médicas



Manuel
Egresado Universidad
Autónoma de Baja California
1976-1981
Médico General
12 años antigüedad en el IMSS
No tiene consulta privada
Si pertenece asociaciones
médicas



María Luisa
Egresada Universidad
Autónoma de Guadalajara
1965-1970
Médico General
13 años antigüedad en el IMSS
Si tiene consulta privada
Si pertenece asociaciones
médicas



Antonio
Egresado Universidad
Autónoma de Baja California
1976-1981
Médico General
14 años antigüedad en el IMSS
No tiene consulta privada
Si pertenece asociaciones
médicas



Griselda
Egresada Universidad
Autónoma de Guadalajara
1982-1986
8 años antigüedad en el IMSS
Médico General
No tiene consulta privada
Si pertenece asociaciones
médicas



Dr. Fernández
Egresado Universidad Nacional
Autónoma de México
1977-1980
Especialista en Medicina Familiar y
Traumatología
17 años antigüedad en el IMSS
Si tiene consulta privada
Si pertenece asociaciones
médicas



Fig.9. Perfil de los participantes en el estudio

Ninguno de los médicos familiares participantes en el estudio tiene la especialidad de medicina familiar; en la UMF No.32 sólo dos médicos la tienen, no participaron en el estudio por encontrarse de vacaciones. A los médicos generales que trabajan en el IMSS en el primer nivel de atención, a pesar de no tener la especialidad se les denomina médicos familiares, tengan o no la especialidad. El nombre es de acuerdo a la categoría marcada en el contrato colectivo de trabajo.

La antigüedad en el IMSS de los MF va de un rango de 26-8, con una media de 14.6 años. Sólo una de los MF participantes tiene consulta privada además de la institucional. Cuatro médicos pertenecen a asociaciones médicas locales. Todos los MF que colaboraron en el estudio antes de obtener una base en el IMSS fueron médicos eventuales (médicos de contratación temporal), este hecho, les dio la oportunidad de trabajar en las diferentes unidades de primer nivel de atención con las que cuenta el IMSS en la localidad, todos trabajaron en algún momento en la UMF No.25, unidad médica que se encuentra localizada en la colonia maestros de esta entidad. Por esta razón, todos los MF participantes en el estudio tuvieron contacto con el Dr. Fernández (ME), cuando trabajaba en la UMF No.25 como MF.

El ME participante de este estudio tiene dos especialidades, la primera de médico familiar especialidad que ejerció durante seis años en la UMF No.25, fue en esta unidad médica que conoció a los médicos familiares participantes en el estudio, de algunos de ellos es amigo personal, de otros, compañero de trabajo. El antecedente laboral de ME, haber trabajado como MF, fue un hecho

importante para la investigadora al momento de la selección del ME participante en el estudio, en este caso ME había vivido el contexto del primer nivel de atención, conocía a los MF participantes en el estudio, y tenía una gran disposición.

Con el objeto de ordenar los resultados, este ensayo se divide en dos partes, la primera, corresponde a la perspectiva del MF como asesorado y la manera como asume ese rol, y la segunda a la relación educativa entre MF y ME.

4.3.1 Perspectiva del MF como asesorado.

A continuación se presenta en la primera parte de este ensayo una descripción de la forma en que se percibe MF como asesorado, y que es producto de entrevistas. Las entrevistas se realizaron en los consultorios de los MF, en lugar y hora acordada por ellos mismos. Posterior a la entrevista, se realizó la transcripción completa, para después leer y releer con la intención de identificar las categorías que pudieran permitir su análisis.

En esta sección se identificaron las siguientes categorías:

- Motivo de asesoría
- Expectativa del MF
- Percepción del MF como asesorado
- Evaluación de la modalidad educativa de visita de profesores

4.3.1.1 Motivo de la asesoría

En esta primera categoría el MF describe los motivos por los cuales solicitó una asesoría a ME.

De acuerdo con Grijalbo (1986, 1270) *un motivo es: causa, razón, fundamento, finalidad*, Larrousse (1989, 703) *lo define como la causa que mueve a hacer una cosa.*

Para este estudio el motivo de la solicitud de asesoría fue: *la causa o razón por la cual el médico familiar solicitó la presencia del médico especialista en su consultorio.*

Los motivos que los MF manifestaron fueron los siguientes:

Julia: *¿Cuál es el motivo por la cuál solicitas una asesoría por el especialista?*

María Luz: *Pues, es como una, pues para la valoración o para, cómo interconsulta, a veces cree uno que amerita que lo vea, y que aclare o me corrobore lo que estoy pensando en algún diagnóstico o me diga que, de que se trata, es como una interconsulta (JMA- 26-05-00-117).*

María Luisa: *La primera razón es, cuando tienes duda del diagnóstico, la segunda es cuando tu tratamiento no funciona, y cuando es duda, duda del diagnóstico, cuando ves que la radiografía no ves lo que la paciente te refiere, buscas apoyo (JMA-29-05-00, 3-117).*

Manuel: *Cuando tenemos alguna duda en el diagnóstico, o en el mismo tratamiento, necesitamos que nos ayude, que nos apoye en ese aspecto, pues para tener mayor información, y si se ocupa un manejo, tipo especialidad, pues que lo haga para verlo (JMA-06-06-00-3).*

Antonio: *Yo considero que el médico traumatólogo en este caso, por ser especialista en este tipo de patología puede ayudar al médico familiar para llegar a un diagnóstico más exacto y un tratamiento más adecuado, sin necesidad de que el paciente sea enviado a la clínica ocho, con más tiempo, en otras palabras, para que el paciente sea tratado más rápidamente, me refiero a los casos en que sea valorado por el traumatólogo, porque en algunos casos, pues uno puede resolver los problemas aquí (JMA-07-06-00-3).*

Griselda: *¿La razón?, a veces es, para llegar al diagnóstico del paciente, o ver el tratamiento, o para, nada más, como para confirmar si lo que estamos, los procedimientos que estamos empleando son los adecuados, y aprovechar la visita del especialista (JMA-07-06-00-bis-3).*

De la categoría de motivos de asesoría, se identificaron las siguientes subcategorías:

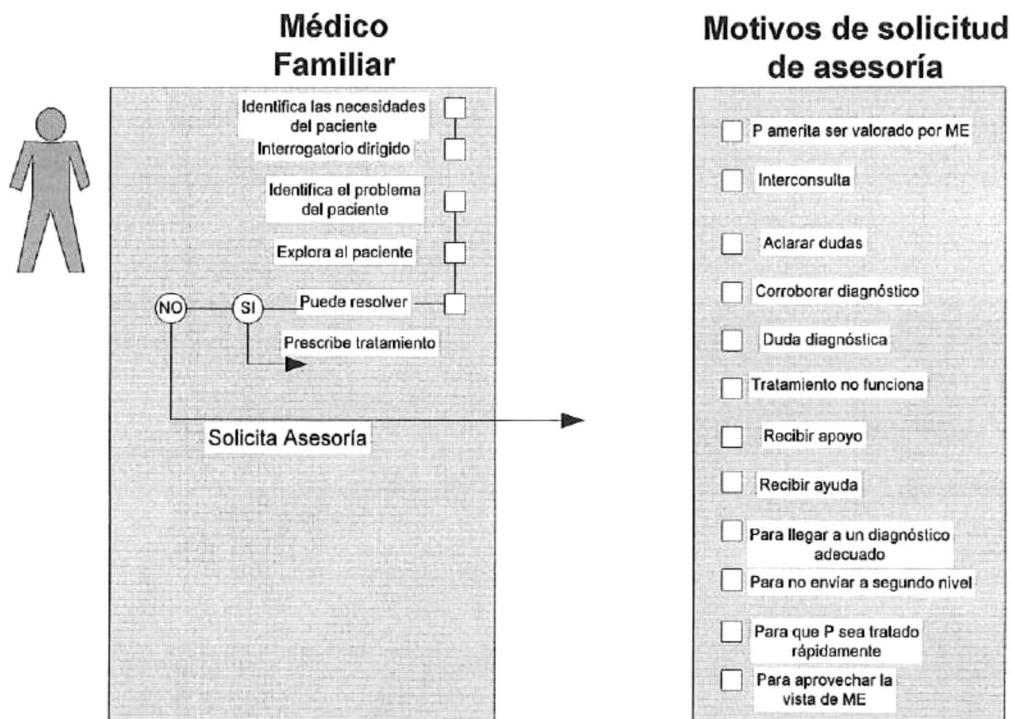


Fig.10. Motivos que tiene MF para solicitar asesoría a ME

En la figura anterior se muestran los diferentes motivos de solicitud de asesoría expresados por los médicos familiares. Se pueden apreciar motivos del médico y motivos del paciente.

Para el estudio de los motivos se tomará como punto de triangulación a la sociología fenomenológica de Shutz (Ritzer, 1990), puesto que lo que interesa es identificar el significado del motivo que tiene MF para solicitar una asesoría.

4.3.1.1.1 Motivos del médico

El MF solicita una asesoría cuando *considera que el paciente requiere ser valorado por el especialista*, tiene dudas sobre el problema que enfrenta. El

proceso que ha llevado a cabo el MF es un proceso de autocrítica, de autovaloración de su capacidad de resolución del caso clínico, no está seguro y por eso solicita ayuda, apoyo al ME. Los motivos del MF para solicitar una asesoría, están dirigidos a darle seguridad a sí mismo, en vista de no poder resolver el problema él solo. Esta buscando su propio beneficio, sea este de aprendizaje o de resolución del problema.

De acuerdo con Shutz (Ritzer, 1990), los motivos son las razones que explican las acciones de los actores del proceso. Para este caso particular los motivos de MF, son motivos “*porque*”, ya que ofrecen una visión retrospectiva de los factores pasados que son la causa de la razón que tiene MF para solicitar una asesoría a ME.

En este sentido MF al realizar su autocrítica, autoevaluación de su capacidad resolutoria del caso que tiene enfrente. El sentido de la búsqueda es el beneficio que puede obtener para su propio aprendizaje, o bien el beneficio para la resolución del problema de P que en este momento juzga no poder resolver.

4.3.1.1.2 Motivos del paciente

De los motivos que hemos clasificado como del paciente, se encuentran: *para que lo vean más rápido, para no enviarlo a segundo nivel*. En este apartado el MF enmascara su propia inseguridad para la resolución del caso, y lo maneja de manera que se entienda que busca el beneficio del paciente. En

este caso también el MF busca su propio beneficio. Esta afirmación se contesta con el análisis de la siguiente categoría.

En este sentido y de acuerdo con Shutz (Ritzer, 1990), MF está enmascarando sus motivos “*porque*”, de esta manera busca una justificación para la solicitud de asesoría de ME, identificándolos como la búsqueda de un beneficio para el paciente.

4.3.1.2 Expectativa del MF

Antes de conocer las expectativas manifestadas por los MF participantes en el estudio se dan a conocer las definiciones que surgen de este concepto.

Grijalbo (1086, 774), *expectativa: esperanza de conseguir algo si se presenta la oportunidad para ello; y para Larrousse (1989, 451) que permite esperar.*

Para este estudio la definición de expectativa del MF es: *La oportunidad que tiene el MF de obtener la respuesta al problema que se les presenta en el consultorio y obtener un beneficio.*

Para conocer el sentido de esta categoría tenemos los siguientes fragmentos de entrevista:

Julia: *Como médicos familiares, ¿que esperamos, del especialista cuando viene a darnos una asesoría?*

María Luz: *Bueno, pues que trate de resolvernos el problema, que nos diga qué es lo que vamos a hacer, que es lo que está indicado en este caso, ya sea que se mande allá si es quirúrgico, si no es pues aquí lo manejamos (JMA- 26-05-00-120).*

María Luisa: *Pues sobre todo ampliar mis conocimientos, y aclarar mis dudas, mejorar la exploración de los, de mis pacientes y, mejorar de todo sentido la atención médica de esa especialidad (JMA-29-05-00-121).*

Manuel: *Exactamente eso, que nos apoye en esos casos, en casos que nosotros a veces no podemos resolver, que nos apoye tanto con sus conocimientos como, la manera de explorar la manera de tratarlos, a ver en el manejo, ya sea urgente o no urgente, y de esa manera nos retroalimentamos también, muchas veces nosotros así como médicos de consulta externa nos perdemos o estamos mucho tiempo sin el manejo de un especialista con el paciente y nos olvidamos de algunos tipos de manejos, o de exploración, que lo volvemos a recordar o nos enseñan un método nuevo para la exploración, para llegar a un mejor diagnóstico y tratamiento (JMA-06-06-00-121).*

Antonio: *Esperamos que el paciente sea mejor manejado sin necesidad de que sea, de que el paciente, pierda más tiempo en ser enviado a la clínica ocho, porque las citas se ponen a veces hasta dentro de una semana o diez días, entonces el paciente se puede tratar más rápidamente estando el traumatólogo aquí en la unidad (JMA-07-06-00-121).*

Griselda: *Aumentar la capacitación, este, resolver la problemática de los pacientes, tener más habilidades a la hora de la exploración, o de la entrevista con el paciente, pues resolverle en sí todas las necesidades del paciente, sin necesidad de pasarlos a segundo nivel (JMA-07-06-00-bis-121).*

Las expectativas manifestadas por los MF se pueden agrupar y reducir a las siguientes categorías: expectativas de conflicto y expectativas de aprendizaje.

Las expectativas de conflicto se presentaron cuando el MF no tenía una solución al problema presentado por el paciente, el MF quiere resolver el problema y no puede solo, por lo que se apoya en el ME. Quiere que le digan qué hacer con el paciente, quiere que el paciente sea mejor tratado, tal vez porque piensa que él solo no lo puede tratar efectivamente, busca el beneficio para el paciente, antes que el suyo, o en su caso su beneficio es que ME, se haga cargo del problema.

Cuando MF manifestó expectativas de aprendizaje, buscó en primer lugar la oportunidad de ampliar sus conocimientos, adquirir habilidades de exploración

traumatológica y, como consecuencia, otorgar una mejor atención a su paciente. En ambos casos, MF tiene una expectativa particular al solicitar la asesoría de ME, espera obtener un beneficio de la visita de ME a su consultorio, y lo obtiene. Tanto las expectativas de aprendizaje como de conflicto permiten a MF obtener las pautas para resolver su problema, motivo de la asesoría. En este sentido MF ha recibido una asesoría que cumple con sus expectativas.

Cuando se analizó la estructura del proceso de reflexión en la acción durante la asesoría que otorga ME a MF se observó que en el encuadre del problema MF presenta el caso que le preocupa resolver, al realizar este proceso MF esta tomando un rol de asesorado. En el siguiente apartado se describe la percepción de MF como asesorado.

4.3.1.3 Percepción de MF como asesorado

Es frecuente que entre los médicos se comenten casos problema, la mayoría de las veces se hace para conocer la opinión del colega y así de ésta manera tratar de identificar si las alternativas de solución son aplicables al caso que les ocupa. En una situación como esta, ninguno de los participantes en este diálogo se asumen como asesor o asesorado, es una relación entre pares, no hay diferencias entre ellos. La situación cambia cuando uno tiene una especialidad de segundo nivel y el otro es un médico de primer nivel, como es en este estudio de caso. Para conocer cómo se percibieron los MF cuando fueron asesorados por ME realizó el siguiente análisis.

Percepción: según Grijalbo (1986, 1428) *idea, conocimiento, sensación interna*, y Larrouse (1989, 787) *sensación interior, impresión material hecha en nuestros sentidos por alguna cosa exterior*.

Para nuestro estudio la percepción del MF como asesorado se define como: *Sensación que se genera en MF de sí mismo, cuando recibe una asesoría por ME*.

A continuación se presentan unas fracciones de entrevista que muestran la percepción de MF como asesorado.

Julia: *Tú cómo te ves, ¿cómo te sientes cuando estas haciendo el papel de asesorado, que él te está asesorando?*

María Luz: *Un silencio. ¿Cómo me siento? Se ríe. Y me pregunta ¿en qué sentido?*

María Luz: *Qué me va a calificar, o que me va a ver que estoy haciendo... (JMA- 26-05-00-123).*

Julia: *Hace rato tú me decías que durante las asesorías tú lo ves a él con mucho respeto, o sea le das su jerarquía y lo ves cómo un maestro, ¿tú cómo te sientes en tu papel de asesorado?*

María Luisa: *Bien, perfectamente bien, creo que, como te decía hace rato, creo que tenemos una grandísima ventaja, el que venga el maestro aquí a la consulta y estemos viendo casos, que muchas veces cuando íbamos allá, pues no los veíamos, era o más especializado..*

Julia: *¿a dónde?*

María Luisa: *Allá en la clínica ocho, yo creo que aquí, la consulta diaria, fue lo mejor que estuviera él aquí, yo me siento muy bien, creo que se han logrado las metas que nos pusimos, tanto tú como coordinadora y jefa del departamento de enseñanza, y cómo nosotros, se ha logrado lo que nos habías prometido (JMA-29-05-00-6-123).*

Manuel: *Pues me percibo cómo un médico que necesita de mayor información o del apoyo del especialista, pues para mejorar mi trato con el paciente, así nada más (JMA-06-06-00-123).*

Antonio: *Pues a veces uno se siente un poco como alumno, pues, como cuando estaba en la escuela y los maestros les decían...*

Julia: *¿por qué, como alumno?*

Antonio: *Pues a veces hay cosas, que uno tiene, alguna exploración que se te olvida hacer por decir algo, y que es importante en ése momento, o no las haces por, equis detalle, entonces el traumatólogo te lo recuerda y dices, ay la, me faltó hacer esto, no, y ya, este, cómo que te sientes un poco mal...*

Julia: *¿Te hacen sentir mal?*

Antonio: *No, no, no es que me haga sentir mal, pero uno se siente, o sea, sin que él te haga sentir mal, en este caso, si una de las cosas que yo le he comentado a los compañeros, es que el doctor siempre ha estado en la mejor disposición, nunca te hace sentir mal..*

Julia: *¿Pero tú te sientes mal?*

Antonio: *Pero uno por ejemplo cuando hace, cuando le faltó hacer algo, algún detalle que el doctor lo hace, aunque no lo manifiestes, yo me siento un poquito, a mí mismo me digo debí de haber hecho este movimiento, está exploración, darle vuelta aquí, así ¿no?, pero nunca se lo manifesté, yo menos no se lo manifiesto a él (JMA-07-06-00-6-124).*

Griselda: *Como estudiante.*

Julia: *¿Por qué?*

Griselda: *Porque me siento, como que alguien me está dirigiendo, aunque no está dirigido totalmente, a la hora de que tengo que explicarle lo que encontré, lo que vi, y todo esto, y la manera que nos explican, o sea, nos lo hacen como cuando estábamos estudiando, que nos decían, esto por esto, por esto, por esto, entonces se siente uno como si estuviera otra vez de estudiante, y a parte que, como que te motiva para que leas, sobre lo que viste o lo que tuviste duda.*

Julia: *Y me puedes describir tu experiencia como asesorado, ¿cómo te has sentido?*

Griselda: *Pues bien, este, no, me siento a gusto, no me molesta, me siento, no sé, me siento bien, que estoy aprendiendo, que estoy, como una superación diaria, a la hora que nos están asesorando, que estamos aprendiendo (JMA-07-06-00-bis-124).*

Las percepciones de MF en estos fragmentos de entrevista, muestran distintos matices: saberse calificado, cuando MF describe esta percepción, en sus palabras se advierte cierta incomodidad -su risa nerviosa y el titubeo en la respuesta lo muestran-; asimismo manifiesta que ME va a evaluarla como médico (incluso descalificarla), no se siente segura, está incómoda. Algunos MF se perciben como *alumnos*, frente a la figura de ME; este sentido muestra la

jerarquía entre ellos, MF se mira como un médico necesitado de *apoyo* para mejorar, necesita ser guiado. En uno de los MF se aprecia una propensión a la autoevaluación y como resultado de este proceso le preocupa *percatarse de sus deficiencias*, aprovechando la presencia de ME para aprender.

Esta serie de percepciones en MF como asesorado, no permiten una relación con ME de pares, desde el momento que ME entra al consultorio hay una diferencia en el trato entre ellos, hay jerarquías, ME sabe resolver el problema, mientras MF toma una actitud pasiva en la resolución del caso. De acuerdo con este punto, en el siguiente apartado se describirá la evaluación que hace MF sobre la modalidad educativa, y la presencia de ME en la UMF.

4.3.1.4 Evaluación de MF sobre la modalidad educativa de visita de profesores

Al calificar se confiere un valor; en este caso se refiere al significado que los actores del proceso le conceden a una acción. En el presente ensayo, MF describe una evaluación de la modalidad educativa de visita de profesores. Evaluar, según Grijalbo (1986, 769) es “apreciar, calcular el valor de algo”, y para Larrouse significa (1989, 446) “valorar, fijar valor a una cosa”. Para este estudio la evaluación de la modalidad educativa de visita de profesores se define como: *El sentido que el MF le da a la modalidad educativa de visita de profesores.*

A continuación se presentan los datos que describen este concepto, para obtener esta información, se les preguntó a los MF, que establecieran la

diferencia entre adiestramiento en servicio en área de hospital y visita de profesores.

María Luisa: *Bien, perfectamente bien, creo que, como te decía hace rato, creo que tenemos una grandísima ventaja, el que venga el maestro aquí a la consulta y estemos viendo diferentes casos, que muchas veces cuando íbamos allá, pues no los veíamos, era o más especializado..*

Julia: *¿a dónde?*

María Luisa: *Allá en la clínica ocho, yo creo que aquí, la consulta diaria, fue lo mejor que estuviera él aquí, yo me siento muy bien, creo que se ha logrado las metas que nos pusimos, tanto tú como coordinadora y jefa del departamento de enseñanza, y cómo nosotros, se ha logrado lo que nos habías prometido (JMA-29-05-00-126).*

Manuel: *Pues es un complemento, no se puede juntar todo, aquí en la consulta externa es lo que más manejamos nosotros, lo que más nos va a servir a nosotros.*

Julia: *¿Te refieres a la visita de profesores?*

Manuel: *Sí la asesoría del profesor aquí con nosotros, ya a nivel de hospital, pues ahí vas a ver muchas cosas que aquí en la consulta realmente no vamos a manejar, es bueno aprenderlo también, pero muchas veces no lo vamos a utilizar aquí, pues para mí en lo personal es más práctico más útil lo que tenemos aquí como asesor, pero también hace falta estar en el hospital para ver otras cosas. Cómo un complemento sería (JMA-06-06-00-126).*

Antonio: *Pues, mira, yo pienso que, el adiestramiento en servicio en el hospital es muy bueno, es muy bueno, porque aprendes muchas cosas, pero la visita, o la estancia de un médico especialista también en la unidad, yo pienso que también es muy bueno, aprendes mucho también, pero yo he aprendido más ahora que está, que han venido aquí el doctor..*

Julia: *¿Por qué crees has aprendido más?*

Antonio: *Pues porque allá generalmente nada más estás en la consulta, estas en la pura consulta y pues no sé, quizás porque me hayan tocado médicos que, pues que, no les interesa mucho, porque lo único que va a hacer uno es estar haciendo recetas y papeletas, y pues eso lo hace uno aquí, ¿verdad? Quizás porque me han tocado médicos que ya están cansados, que ya están grandes, y pues ya no les gusta mucho enseñar, al menos ésa es mi experiencia.*

Julia: *¿Y sientes que esto de aquí te ha dejado más?*

Antonio: *Al menos en mí, en mi opinión sí, pues, por lo que me ha tocado, pues, no sé si alguna otra haya aprendido más allá, pero a mí, sí (JMA-07-06-00-126).*

Griselda: *Que aprendo más en el de visitas de profesores, porque el monográfico, lo que viene en el libro igualito nos lo van diciendo, y no hay casi oportunidad de estar en contacto con algún paciente, y en, lo mismo que*

podemos aprender con un libro lo aprendemos en un monográfico, es poquito lo que nos aporta.

Julia: *¿Y en la visita de profesores?*

Griselda: *Tenemos más oportunidad de, de, aparte de que nos obligan a estudiar, la exploración y toda la, la forma en que lo vemos es diferente, como que nos enseña un poquito más, porque aparte de que nos vamos a poner a estudiar nos van a reforzar la exploración o los signos que podemos encontrar.*

Julia: *¿Por qué dices que te obligan a estudiar?*

Griselda: *Por que si no sé de algo, pues tengo que ponerme a leer..*

Julia: *¿Tú te obligas?*

Griselda: *Sí, yo me obligo (JMA-07-06-00-bis-8-127).*

En la modalidad educativa de adiestramiento en servicio, MF acude de visita al hospital a una especialidad en particular, ya sea pediatría, medicina interna, ginecología etc. En este caso MF tiene un tutor que es un ME. En esta modalidad educativa el procedimiento de aprendizaje consiste que el MF se integra a las actividades cotidianas de ME como son: visita hospitalaria y consulta de especialidades. Existe diferencia entre las dos modalidades educativas, la visita de profesores es en el contexto del médico familiar y el adiestramiento en servicio es en el contexto del ME.

Ante esta pregunta específica, MF evalúa estas dos modalidades educativas, su percepción es que en el adiestramiento en servicio en hospital el manejo de los pacientes es más especializado, son casos que usualmente MF no ve en la consulta de primer nivel, el trato de ME en hospital es más despersonalizado ya que ME hace su trabajo y MF lo acompaña, en ocasiones a ME no le interesa el aprendizaje de MF.

En el caso de Griselda, ella es una MF que no ha tenido adiestramientos en servicio en hospital, compara la visita de profesores con un curso

monográfico, aquí lo más importante que dice es que en esta modalidad educativa no hay contacto con pacientes, sólo es teoría en aula.

A continuación se presenta una figura que muestra la evaluación de la modalidad educativa por parte del médico familiar.

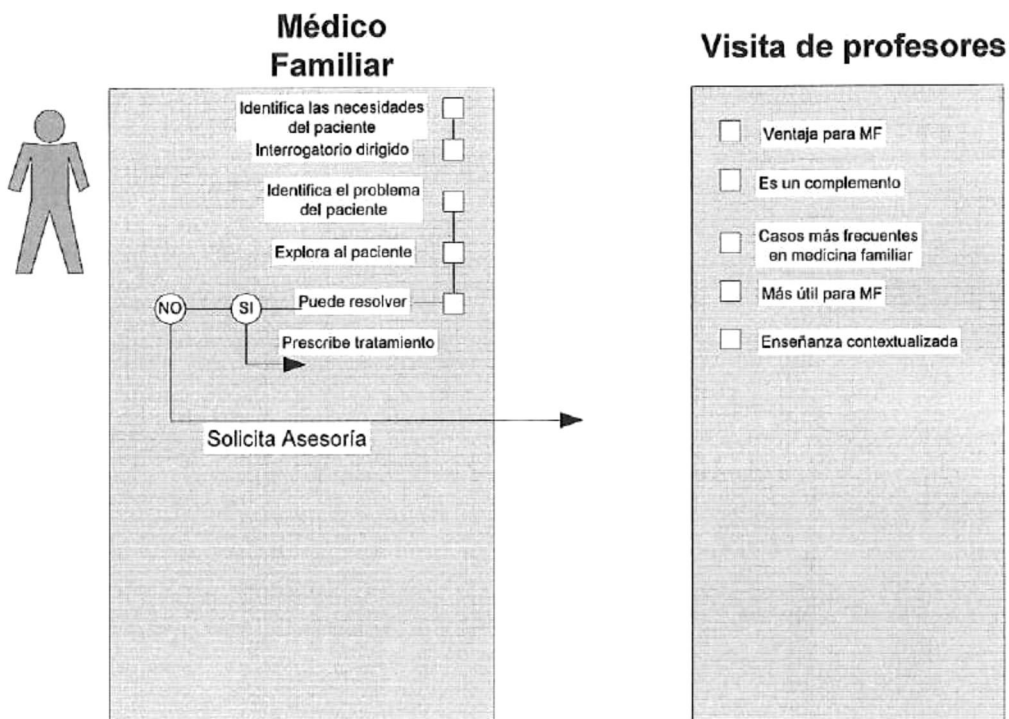


Fig.11. Evaluación de MF sobre la modalidad educativa de visita de profesores

La apreciación de MF sobre la visita de profesores, resulta mejor que otras modalidades educativas, ya que ve al mismo tiempo con ME lo más frecuente en la consulta de primer nivel, lo que a MF le será más importante, tiene además la oportunidad de ver y explorar conjuntamente con ME a sus propios pacientes. En el caso de las modalidades educativas que se realizan en hospital, MF cree que la educación esta descontextualizada. En el caso de la

visita de profesores, MF cree que el proceso educativo es mejor, ya que la educación es en su propio contexto.

En el contexto del consultorio MF se da la interacción educativa con ME, para conocer como se realiza esta relación se describe la segunda parte de este ensayo.

4.3.2 Relación educativa entre MF y ME

Durante la realización de la modalidad educativa de visita de profesores, la presencia de ME en la UMF fue un hecho descrito a partir de este segmento del presente ensayo. A partir del análisis de los datos se distinguieron las siguientes categorías:

- Relación de MF y ME, durante la asesoría
- Percepción de MF de los especialistas de segundo nivel
- Percepción de ME sobre la relación con MF

4.3.2.1 Relación de MF y ME, durante la asesoría

El hecho que ME haya tenido la formación de médico familiar, fue importante para la investigadora en el sentido que se establecería una mejor relación entre ME y los MFs, además de que existía el vínculo de la formación, ME era conocido por todos los MF y amigo de alguno de ellos. En este ensayo se describe la relación que se estableció entre ME y MF durante la interacción educativa.

Una relación se define, de acuerdo con Grijalbo (1986, 1573) *conexión, trato o amistad de una persona con otra*, y Larrousse (1989, 885)

correspondencia entre dos personas o cosas, que se consideran a un mismo tiempo.

Para este estudio, la relación entre MF y ME se define como: *El trato que se estableció entre ME y MF durante el proceso de asesoría, en la modalidad educativa de visita de profesores a la UMF No.32.*

Julia: *¿Cómo te llevas con el médico especialista durante la asesoría? ¿Cuál es tu relación con él?*

María Luz: *Es buena, en este caso con el Dr. Fernández, pues es conocido de mucho tiempo, hay una buena amistad, no sé, hay confianza (JMA-Entrev. 26-05-00-5).*

María Luisa: *La relación es de respeto, si hay amistad y conocimiento previo, pero delante del paciente él es mi maestro y yo soy la alumna, siempre hay jerarquías, siempre se le tiene que presentar y respetar como tal, cómo maestro y como especialista.*

Julia: *¿Tú lo ves como maestro?*

María Luisa: *Si como no, claro que sí (JMA-Entrev-29-05-00-5).*

Manuel: *Muy bien, nunca hemos tenido ningún problema, hay mucha confianza, mucha plática, muy abiertos, no ponen ninguna traba, están disponibles casi todo el tiempo, no he tenido ningún problema, creo que nos llevamos bien (JMA-Entrev.-06-06-00-4).*

Griselda: *Mi relación fue cordial (JMA-Entrev.-07-06-00-4.)*

Se puede decir que se estableció una relación donde predominaba la confianza, había en algunos casos una relación de amistad previa a su estancia en la UMF. ME siempre tuvo una buena disposición para acudir al consultorio de MF cuando se le solicitaba, y predominantemente hubo una relación de respeto al maestro, otra vez surge la relación jerárquica.

Para confirmar estos supuestos, se realizó la misma pregunta a ME.

Julia: Durante la asesoría, ¿cómo te llevas con los médicos familiares?

Dr. Fernández: Yo puedo utilizar la palabra excelentemente bien, porque para empezar a la mayoría ya los conozco de mucho tiempo atrás, hay algunos que recién acabo de conocer, pero yo siento que se les ha dado confianza, precisamente por esa antigüedad que tenemos de, ése tiempo que tenemos de conocernos, yo pienso que se les ha brindado confianza al médico familiar, se les ha hecho ver que los especialistas no somos superiores a ellos, conocemos más de nuestra especialidad, pero hay veces que yo me quedo asombrado de cómo manejan una diabetes, una crisis hipertensiva en urgencias sobre todo, yo no sabría hacer eso, y ellos agarran la confianza y nos vemos como iguales, y la verdad es que me he llevado excelentemente bien con ellos (JMA 24-05-00-23).

Tanto de MF como de ME la percepción de la relación entre ambos es coincidente, se puede decir que el ambiente predominante en la UMF durante la estancia de ME fue de un favorable para la educación y el aprendizaje por las partes involucradas.

Sin embargo la percepción de MF hacia los médicos especialistas en general es distinta, como puede verse en el siguiente apartado.

4.3.2.2 Percepción de MF, de los especialistas de segundo nivel

No todas las relaciones entre médicos especialistas y médicos familiares son de la manera como que se presentó en la UMF. En párrafos anteriores se preguntaba a un MF acerca de sus experiencias en hospital durante actividades de adiestramientos en servicio, uno de ellos refería que la relación era diferente, no había ese ambiente propicio de confianza, amistad, esta percepción originó la siguiente pregunta a ME, sobre las relaciones entre MEs de hospital y MFs.

Julia: ¿Cómo es usualmente, la relación entre ME y MF?

Dr. Fernández: No, no, en términos reales, es un distanciamiento abismal entre un médico familiar y un especialista...

Julia: ¿A qué crees que se deba?

Dr. Fernández: Primer lugar, a la falta de confianza entre un médico familiar y un especialista, hay un cierto recelo de uno para el otro, por los dos lados, el médico familiar siempre está renegando que el especialista no le hace caso, no lee las notas de envío, siempre nos quejamos, y yo he estado de los dos lados, de médico familiar y de especialista, cuando estamos de médicos familiares deseamos que el paciente que nosotros mandamos para allá, lo vean con toda la intención, con todo el interés y con las ganas de ayudar, ése es nuestro deseo inicial y que le resuelvan su problema, cuando el paciente nos llega allá y estando nosotros del otro lado como ortopedistas, como especialistas, generalmente, y voy a hablar en términos generales, nos quejamos de que lo mandan mal, se tardaron mucho en mandarlo, lo mandaron muy pronto, por qué lo mandan urgente, nunca contestamos, o la mayoría, estoy hablando general, hay médicos excelentes que son muy apegados a todo lo que es orden, organizados, cooperadores, en fin, pero el término es en general, nunca les contestamos no mandamos una contrarreferencia para decirle cuál sería la evolución de este paciente a futuro, cuando volverlo a mandar, llega un paciente con una lumbalgia y lo primero que hacemos es decirle que esta muy gordo, que baje de peso, que para qué me lo mandan, entonces, siempre hay un recelo, del ortopedista al médico familiar y del médico familiar al especialista, pues digamos, yo hablo de mi especialidad, entonces, siento que este curso que se hizo, una de sus intenciones, al menos mías, era hacer que el médico familiar tuviera la confianza, para mandarlo, trabajé los criterios de envío, trabajar con el sentido común que debe existir, y con la intención de ayudarlo, desde él, al paciente, no darle falsas expectativas, no mandarlo antes, no mandarlo después, mandarlo en el tiempo y la forma ideales, o lo mejor posible, mandarlos con estudios ideales, mandarlo con radiografía ideales, mandarlo con un tratamiento previo, porque ésa era la intención también del curso, enseñarles a los médicos familiares, cómo poner una férula, si el paciente no mandarlo de urgencia con una fractura que estuviera incompleta, no desplazada, manejarlo con una férula y darle una cita a la consulta externa de primera vez, en cinco o seis días, pero tú, ya le hiciste, que el médico familiar ya le hiciera lo que el traumatólogo le hubiera hecho de urgencias, no darle el tratamiento definitivo, pero inducirlo a que manejara algunas cosas, refrescarle el conocimiento de clasificaciones de fracturas...

Julia: ¿Tú crees que todo eso, se logró?

Dr. Fernández: ...yo pienso que los objetivos que estoy comentando, se cumplieron en parte, yo pienso que, la confianza y la distancia, la confianza se mejoró un poco, y la distancia entre ver al médico familiar como algo menos, y al especialista como algo más, se equilibró un poco, yo pienso que todos somos iguales, todos hemos estudiado, unos más y otros menos, pero, yo pienso que si hubo una cierta conciencia más clara del médico familiar hacia lo que es el especialista, y al envío, al menos en cuanto al acercamiento entre los médicos familiares y los especialistas, en una relación como digamos de trabajadores de una misma empresa, algo así pues, yo pienso que el objetivo se cumplió, quizás no al 100% pero se cumplió (JMA-24-05-00-6-7 y 8).

Aquí ME describe desde su perspectiva como son usualmente las relaciones entre médicos familiares y médicos especialistas, habla de un

distanciamiento profundo, falta de confianza, recelo profesional. En el estudio de este caso la situación no fue de esa manera. El hecho de que ME se haya desempeñado como MF durante seis años, plantea la situación diferente a otras, conoce lo que es el primer nivel de atención y vivió, como otros MF el recelo profesional. Puede ser que por esta razón ME haya tenido tanto empeño en generar confianza en MF en el manejo de los pacientes de traumatología y ortopedia.

Para completar este análisis, se realizó la pregunta a los MF, sobre su percepción de los médicos especialistas.

Julia: *¿Ha cambiado tu percepción de los especialistas, ya casi al final de la rotación del Dr. Fernández?*

María Luisa: *No, realmente siempre he tenido buena relación con ellos, nunca me he sentido intimidada, siempre ha sido una relación de igual a igual, será por la práctica privada, será porque mi marido es especialista y llegan a la casa como mis amigos, será por los años que tengo pero, no siempre ha habido buena relación (JMA-29-05-00-8).*

Julia: *¿A partir de la estancia del traumatólogo, cambió tu percepción del especialista? O sea, de tu visión de ¿cómo son los especialistas?*

Antonio: *Sí en el caso del traumatólogo sí...*

Julia: *¿Era diferente, antes?*

Antonio: *... en lo que se refiere a otro tipo de especialidades, pues yo pienso que, es diferente..*

Julia: *¿Son diferentes? ¿Otros especialistas son diferentes?*

Antonio: *Yo pienso que sí, y en este caso no, pero yo pienso que otros sí.*

Julia: *¿cómo son los otros especialistas?*

Antonio: *Pues piensan que el médico familiar es, este, no sabe, o, este, o, o no, ¿cómo te diré? O no sabe, no sabe diferenciar entre la necesidad de mandar un paciente a segundo nivel, o que se quede en la consulta de medicina familiar, y eso no es cierto, si uno manda a un paciente a un segundo nivel, es porque definitivamente no se puede resolver el problema aquí, a uno no le gusta estar haciendo envíos, ni estar escribiendo a máquina, a mano, y si los manda, es porque hay necesidad de enviarlos, y generalmente ellos, me ha tocado ver, por ejemplo cuando he estado yo en algunos servicios allá en la ocho, que reciben*

un envío del médico familiar y lo agarran y lo avientan, y ¡está mal esto!, o así. Y no debe ser así, no debe ser así, ellos se creen los plus ultra, la divina garza, la mamá de tarzán. Claro que no todos, no, pero sí me ha tocado, inclusive me han tocado por ejemplo de, de gente que manda un envío y, este, lo avientan, y dicen ¡no, está mal! Y no saben, ni que, y ni que onda, y no está bien enviado, siendo que a veces son enviados por los mismos especialistas, una vez se equivocó, bueno..., pues así, cositas así (JMA-07-06-00-8 y 9).

Griselda: *Ahora yo creo, más humanos (se ríe) Más humanos, sí como que ahora están a nuestro nivel (JMA-07-06-00-8).*

Existen coincidencias entre la percepción de ME y los MF entrevistados, en cuanto a la manera en que ven la relación entre médicos especialistas y médicos familiares, también aquí se habla del distanciamiento entre este grupo de médicos. Estos resultados no difieren mucho de los encontrados en un trabajo realizado por Marshall en 1998, en un estudio cualitativo sobre la interacción educativa entre médicos generales y especialistas. Marshall encontró la existencia de una barrera para la interacción efectiva basada en el deseo de protección de cada grupo médico, la cual inhibe una retroalimentación efectiva, el exceso de trabajo fue una barrera importante para la comunicación, los especialistas fueron criticados por los médicos generales por su poca disposición a la enseñanza, y los médicos generales fueron percibidos como médicos que no resuelven y en lugar de esto lo refieren a hospitales, resultados muy semejantes a los de este estudio de caso.

Tanto en los resultados de Marshall, como los de este trabajo de investigación se percibe que las relaciones entre médicos familiares o generales, y los especialistas no son muy cercanas.

4.4 Perspectiva del aprendizaje en la práctica médica.

La observación de que no es la enseñanza sino el aprendizaje lo que hace que los médicos cambien su práctica tiene como resultado ver a la educación como un proceso de instrucción que facilita el aprendizaje. Este paradigma está basado en investigaciones en cómo y por qué los médicos cambian su práctica médica y el rol que tiene el aprendizaje en este proceso (Fox, 1998).

La diferencia crítica inició en los noventa, cuando se aceptó que los programas de EMC fueran basados en el principio de que la enseñanza y la educación son los medios para facilitar el aprendizaje. De esta manera se dice que el propósito de la EMC es facilitar el cambio en la práctica médica, las actividades de EMC deben ser basadas en el proceso natural que los aprendices utilizan para aprender.

De acuerdo con Fox (1989), el médico utiliza tres diferentes recursos para aprender: recursos humanos: especialmente colegas, recursos materiales: en publicaciones periódicas u otras fuentes de información, y recursos formales como son los programas de educación médica continua. La selección del recurso está bajo el control del médico que desea aprender y lo que quiere aprender.

En este ensayo se presentan en una primera sección las perspectivas del aprendizaje en la práctica médica a partir del análisis de entrevistas realizadas a médicos familiares y médico especialista, y en un segundo apartado se

muestran algunas evidencias de aprendizaje en la práctica médica como resultado de la interacción educativa entre MF y ME.

4.4.1 Perspectivas del aprendizaje en la práctica médica

A continuación se describe el punto de vista de los médicos entrevistados sobre el aprendizaje en la práctica médica. De los datos obtenidos a través de entrevistas realizadas, la investigadora construyó las siguientes categorías:

- Concepto de aprendizaje de los MFs
- Ejemplos de aprendizaje de los MFs
- Acción que genera MF ante casos nuevos
- Aprendizaje en MF, desde la perspectiva de ME
- Aprendizaje de ME, en la UMF

Para analizar la percepción del aprendizaje en la práctica médica, en primer lugar se describirán las percepciones de médicos familiares y después la del médico especialista.

4.4.1.1 Aprendizaje en la práctica médica, perspectiva de médicos familiares

Para abordar este estudio en esta primera etapa se realizaron entrevistas a MFs, se preguntó sobre la percepción acerca del aprendizaje, en estas entrevistas no se preguntó directamente si el aprendizaje obtenido propició un cambio en su práctica médica, esto hace necesario el realizar una nueva serie de entrevistas para realizar las preguntas que sean necesarias y conocer su

perspectiva sobre el cambio, y la manera que ellos utilizan para cambiar su práctica.

María Luz: ...cómo te diré, pues es que, aprendemos a, pues a hacer las cosas, pues a atender al paciente, por ejemplo en este caso de trauma, aprendemos a resolver algunas cosas que están en nuestras manos (JMA- 26-05-00-6).

María Luisa: Ser mejor cada día. Tener más elementos para atender mejor a mis pacientes (JMA-29-05-00-7).

Manuel: Primero es un conocimiento nuevo, realizar manualmente también alguna cosa que no había realizado antes, aunque la sabía hacer teóricamente, en el último caso como los vendajes de Jones, que yo no los hacía que van a ser de mucha utilidad, los vendajes, la forma correcta de hacerlos, las férulas los yesos, todo conocimiento nuevo para mí es aprendizaje (JMA-06-06-00-8).

Antonio: Aprender, pues, aprender es, este, la manera o forma de incorporar un conocimiento, hacerlo parte de ti mismo (JMA-07-06-00-8).

Griselda: Aprendizaje que nos puede ofrecer la, los conocimientos que pueda transmitirnos el especialista ya sea basado en sus experiencias o en otras cosas (JMA-07-06-00-bis-3).

Los médicos entrevistados asocian el aprendizaje con: la resolución de problemas, ser mejores desde el punto de vista de eficiencia técnico médica, algo nuevo que quieren incorporar a su conocimiento médico. El médico en su práctica diaria se enfrenta a los problemas que su paciente presenta, de acuerdo con la percepción de los médicos familiares entrevistados el aprendizaje de la medicina ofrece herramientas para ser más eficientes, ser mejores médicos. Fox (1989), dice que los médicos aprenden por motivaciones personales, profesionales y sociales. Cuando esta motivación se presenta, se genera una fuerza interna en el sujeto que hace que analice la discrepancia existente entre lo que sabe y lo que debe saber, la magnitud de esta discrepancia es proporcional al esfuerzo que se requiere para aprender y cambiar la práctica médica. Este proceso interno en el sujeto no fue motivo de este estudio, aunque

sería interesante conocerlo. Lo que se puede decir es que las motivaciones de aprendizaje de quienes participaron en este estudio, y explícitas son de orden profesional únicamente, de acuerdo a la clasificación que propone Fox (1989).

Los MF que aprenden por motivos profesionales, quieren ser mejores en su calidad técnico médica, de esa manera tratan de resolver más eficientemente los problemas a los que se enfrentan cotidianamente. Para conocer algunos ejemplos de aprendizaje de los MF, se presenta el siguiente.

4.4.1.2 Ejemplos de aprendizaje del MF

El médico aprende con una motivación profesional, quiere tener las herramientas que le permitan ser más eficiente en su práctica, a continuación se muestran algunos ejemplos de aprendizaje, manifestados por los médicos familiares participantes en el estudio.

María Luz: Pues, ¿qué he aprendido, en general?, Pues hemos aprendido a, explorar, a identificar algunas lesiones en las radiografías, pues a manejar algunos tratamientos como las infiltraciones, esto es muy importante (JMA- 26-05-00-6, JMA- 26-05-00-7).

María Luisa: Mira, sobre todo los tratamientos, las combinaciones de medicamentos, como son los anti-inflamatorios más los antineuríticos, la exploración de meniscos, la maniobra de Apple yo no me acordaba de ella; la exploración de cadera yo no sabía, cómo que te vas empolvando y cómo que no vas y revisas, por ejemplo eso, cómo explorar cadera, cómo explorar columna, y bien sencillito, no te toma nada de tiempo, yo creo que yo me tomaba más tiempo antes, que, párese aquí, es rápido, desde sentada levante la rodilla, si ya ve uno si realmente hay dolor desde la manera de cómo se van quitando la ropa, más observación, y es lo que ya sabías, pero no lo hacías adecuadamente, entonces, no te lleva mucho tiempo y te das más cuenta de lo que está pasando (JMA-29-05-00-7).

Manuel: Sí te dije, que el vendaje de Jones me gustó mucho por la utilidad que tiene, las inyecciones para articulaciones, yo no las hice en lo particular, pero si lo vi como es, las infiltraciones locales o intrarticulares van a ser de mucha utilidad, y a realizar una mejor exploración.

Julia: ¿Realizaste alguna infiltración?

Manuel: No me tocó.

Julia: Algún vendaje de Jones.

Manuel: Sí hice tres vendajes de Jones.

Julia: ¿Férulas?

Manuel: Férulas no las hice, pero las sé hacer (JMA-06-06-00-8 y 9).

Antonio: Sí, yo siento que he aprendido.

Julia: Me podrías dar algunos ejemplos, de algo que hayas aprendido.

Antonio: Sí, este, exploración más a profundidad, más, o sea, exploración más detallada de columna, de rodilla, que son patologías muy amplias, y, este, y sobre lo que es las diferentes técnicas de infiltración, verdad, esto es lo que más, y pues la aplicación de férulas, yesos esos ya los sabíamos, pero ahora, pues con la estancia aquí, del doctor, del traumatólogo pues se fijó, se fija más en los diferentes tipos de férulas, o la aplicación de yeso circulares (JMA-07-06-00-8).

Griselda: Por ejemplo, mi manera de abordar a los pacientes de traumatología cambió, los tratamientos de la lumbalgia se modificaron sobre la base de que a veces usábamos medicamentos sin tener la seguridad de que fueran realmente efectivos para eso, sino por experiencias de otras personas estábamos utilizando medicamentos así, aprendí técnicas o procedimientos que nunca había empleado, como las infiltraciones, la primera que hice, me temblaba la mano, me la tuvieron que empujar, porque no me animé, y ahora creo que lo haría con más seguridad en los pacientes, modifiqué la manera de aplicación de yesos, las exploraciones de rodillas, bueno le teníamos mucho, bueno le tenía mucho miedo y no utilizaba todas las maniobras, por ejemplo la de Apple nunca la hacíamos para meniscos, nada más hacíamos las básicas (JMA-07-06-00-bis-3 y 4).

Las descripciones de aprendizaje de los médicos entrevistados van desde las muy generales que no dicen nada, a las más específicas, con ejemplos. En el primer caso parece ser una respuesta condicionada por la presión ejercida por la investigadora y jefa de educación de la unidad médica, esto es probable, pero también cabe pensar que la MF no tuvo los elementos para dar ejemplos. En las otras entrevistas hay más particularidad en la descripción del aprendizaje, en el caso de María Luisa, da ejemplos de su aprendizaje, además ella hace una autoevaluación criticándose a sí misma cuando dice "(...) te vas empolvando, y

no vas y revisas”, ¿está ocurriendo en María Luisa, ese análisis de la discrepancia entre lo que debía saber, y lo que sabe? Otra conclusión importante en esta entrevista es el ahorro del tiempo, ya que al explorar a un paciente del cual se presume qué buscar, la exploración se realiza de una manera sistemática, se ahorra tiempo. Para los MF que trabajan en una institución como el IMSS, el tiempo que se dedica a los pacientes es importante, ya que se tienen sólo 6 horas para interrogar, explorar y tomar decisiones hasta de 24 o 26 pacientes. El otro caso es el de Griselda, ella habla de cambio en su manera para abordar a los pacientes de traumatología, ella también hace una autoevaluación y se critica a sí misma. María Luisa y Griselda, son más abiertas al expresar sus percepciones sobre su propio aprendizaje, en ellas hubo un aprendizaje en su práctica como producto de la interacción con el médico especialista. Hay una reflexión sobre el antes y el después, ellas consideran haber mejorado su manera de abordar este tipo de pacientes y así lo manifiestan.

En María Luisa y Griselda, de acuerdo con Rogers (1975) hubo un aprendizaje significativo, experiencial. En este tipo de aprendizaje, el estudiante entiende el significado lo estudiado. Tanto para María Luisa como para Griselda la experiencia vivida durante la interacción con ME les brinda los elementos para descubrir el significado de una buena exploración física, de una buena combinación de medicamentos, la realización de procedimientos terapéuticos, asimismo del ahorro de tiempo cuando se sabe lo que se hace y porqué se hace.

Otros ejemplos que se pueden enunciar como evidencia de que el aprendizaje fue significativo de acuerdo a las precisiones que marca Rogers (1975), son: *el carácter de una implicación personal*, la disposición del MF para conocer que es lo que está pasando con su paciente, en esta decisión están presentes aspectos cognitivos como sensitivos del MF. El aprendizaje significativo es de *iniciativa propia*: en este estudio todos los médicos familiares evaluaron la necesidad que tenían para solicitar una asesoría; es *evaluado por el alumno*, un ejemplo de esta evaluación es cuando María Luisa dice no recordar la maniobra de Apple, no conocía las maniobras para explorar la cadera, “como que te vas empolvando y no vas y revisas”, y culmina diciendo “...es sencillito realizar estas maniobras, y además es rápido”. En este párrafo María Luisa está evaluando el aprendizaje obtenido a través de la experiencia de su interacción con ME.

De acuerdo con Rogers (1975), en el aprendizaje significativo se combinan lo lógico y lo intuitivo, el intelecto y las sensaciones, el concepto y la experiencia, la idea y el significado. Cuando aprendemos de esta manera somos completos, utilizamos tanto el hemisferio cerebral derecho como el izquierdo.

Se puede decir que la modalidad de visita de profesores fue una modalidad educativa experiencial y contextual para los médicos familiares participantes en el estudio. En esta sección del ensayo los MF entrevistados han manifestado su aprendizaje, ahora en el siguiente apartado se da a conocer la perspectiva del aprendizaje, desde el punto de vista del médico especialista.

4.4.1.3 Aprendizaje en MF, una perspectiva de ME

En este apartado, se busca encontrar coincidencias en cuanto al aprendizaje manifestado por MF y la percepción de ME. Para obtener esta información se le realiza la siguiente pregunta a ME.

Julia: Me podrías dar un ejemplo, de lo que crees que ellos han aprendido, y han aplicado a su práctica clínica.

Dr. Fernández: Sí mira, un ejemplo muy claro, sin decir nombres ni nada, un paciente con una contractura muscular, un síndrome doloroso lumbar post-esfuerzo, que se manifestaba clínicamente por una contractura muscular severa lumbar, músculos paravertebrales lumbares bilateral, no me acuerdo si fue del lado derecho o lo que sea, que alguna u otra forma nosotros ya habíamos visto en clase cómo manejarlo, y a mí me dio mucho gusto porque en una de esas vueltas fui a urgencias y miré unos pacientes hospitalizados y pregunté de qué eran, y uno era con un síndrome doloroso lumbar, observé las indicaciones y pregunté por qué estaba ahí, entonces me dijo, la enfermera: el médico familiar lo mandó para relajarlo un poquito y calmarle la molestia, porque venía muy sintomático, leí las indicaciones y me dio mucho gusto porque, cómo yo los manejo, que no quiere decir que sea la última palabra, pero, cómo yo tengo experiencia en manejar eso, así el médico familiar exactamente puso las indicaciones que yo le hubiera puesto, o le hubiera podido poner, entonces ese es un ejemplo, cómo manejar una lumbalgia en un cuadro agudo, también he visto pacientes que eventualmente me entero como los están manejando, qué les están haciendo en problemas que no son realmente agudos, en problemas crónicos, ha disminuido la pérdida de tiempo en cuanto ir al grano en qué exámenes pedir, no pedirle unos ahora y de repente llegar la semana siguiente y decirle, oye le hubieras pedido mejor esto, o sea se están disminuyendo las visitas de los pacientes, se está disminuyendo el utilizar recursos de laboratorio y de rayos x innecesarios, y podría darte algunos ejemplos he visto pacientes con unos esguinces de tobillo que les ponen un Jones porque viene muy edematizado, he visto que han decidido, por qué sí o por qué no poner una férula, y en su lugar poner o no un Jones, sí he visto muchas cosas. Antes los médicos familiares, me consta, tenían temor de manejar un esguince de tobillo con una incapacidad de tres semanas, ya sabemos cómo son las cosas, entre más incapacites más te vigilan, pero lo que yo les digo es que se tiene que justificar, no vamos a incapacitar un esguince de tobillo dos días, tres días, pero tampoco vamos a incapacitarlo ocho semanas, o sea, la cosa es manejarlos lo más ideal posible, con eso se va a mejorar mucho la atención médica (JMA 24-05-00-14, 15 y 16).

ME da ejemplos de aprendizaje de MF, en este aspecto, tanto ME como MF coinciden en que saben manejar de una manera diferente, el síndrome doloroso lumbar (SDL), MF sabe como combinar los medicamentos anti-inflamatorios y antineuróticos en el manejo agudo del SDL, en el manejo de

esguinces, MF sabe cuándo aplicar un vendaje de Jones y cuándo aplicar una férula. ME concuerda con MF en el significado de que ha habido aprendizaje significativo. Además en las palabras de ME se percibe orgullo y satisfacción cuando se percata del manejo que MF brinda a pacientes con SDL. Los ejemplos que ME da del aprendizaje de MF, muestran eficacia en el tratamiento y de eficiencia en cuanto a la optimización de recursos de la UMF, "...ya saben qué hacer" dice ME, han aprendido y han modificado su manera de manejar a los pacientes, han cambiado, hay mas seguridad en MF para tomar decisiones diagnósticas y de tratamiento para el paciente.

Durante la estancia de ME en la UMF, no sólo hay muestras de aprendizaje en los MF, también ME refiere haber aprendido. A continuación se presenta la respuesta de ME ante esta pregunta.

4.4.1.4 Aprendizaje de ME, durante su estancia en la UMF

El aprendizaje logrado durante la estancia de ME en la UMF, no sólo implica al médico familiar, ME también experimentó aprendizaje. A continuación la respuesta de ME.

Dr. Fernández: ¿Cómo que?, (aquí hay un silencio y una respiración profunda), he aprendido, quizás no en términos de medicina, pero he aprendido que hay cosas que le ayudan más al paciente que los conocimientos de un especialista, por ejemplo de la Dra. de la Sota que está aquí haciendo el curso este, ella le da mucha importancia a la relación con el paciente, a escuchar al paciente, hay médicos familiares, que yo me he dado cuenta, durante las asesorías, que hacen mucho énfasis a que el paciente tiene una mala dinámica familiar, que viene cada rato con una lumbalgia, y de repente nos vamos un poquito a antecedentes de este paciente, y nos damos cuenta de que es un paciente abandonado, maltratado, entonces, nosotros somos muy objetivos, y probablemente eso he aprendido aquí, que también, hay que ser objetivos, pero que también hay que ahondar un poquito más en las condiciones, en la esfera familiar del paciente, psicológica del paciente, y eso, aquí lo he aprendido, y eso me va a servir mucho para mi futuro, porque nosotros vemos muchos pacientes, pero también vemos muchos pacientes repetitivos que cada rato están ahí por lumbalgia, que cada rato están ahí por cefalea, aquí por ejemplo, y de repente pensamos que la cefalea es por la hipertensión, y no es un problema que trae de

fondo el paciente, ahondándole un poquito más problemas familiares o lo que sea, y eso me ha servido, eso he aprendido aquí, he aprendido que no tenemos que ser tan objetivos y buscarle alguna otra explicación a su problema, eso lo he aprendido aquí, también he aprendido, por ejemplo aquí hay un ambiente de trabajo muy suave, la mayoría de los médicos familiares se llevan bien con sus asistentes, las enfermeras bien con su médico familiar que está ahí en urgencias, hay veces que hay un poquito más de convivencia entre los médicos, aquí, que en dónde trabajamos nosotros.

ME se percibe a sí mismo como un médico especialista objetivo, práctico, que ve al paciente como un sujeto de estudio, como una rodilla inflamada, o un fémur roto. ME ha aprendido en la UMF la importancia de saber escuchar a los pacientes, comprender tanto su problema médico, como de conocer el ambiente en que se desenvuelve su paciente, tanto laboral como familiar, ha aprendido que este contexto influye en la evolución de sus pacientes. Ha aprendido a ver al paciente como un todo, como un ser humano. Ha aprendido que sin perder la objetividad técnica de su especialidad, puede acercarse más a sus pacientes y comprenderlos.

ME también ha comparado su ambiente laboral, con el ambiente que se vive en la UMF. Ha visto en la UMF hay mayor convivencia entre los que trabajan ahí, médicos familiares con asistentes médicas y con enfermeras. Dice, que en el hospital no es igual, la convivencia entre los médicos es diferente, así como con las enfermeras y las asistentes médicas.

Se han conocido las percepciones sobre el aprendizaje, tanto de ME como de MF, a continuación se presentan algunas evidencias sobre el aprendizaje de MF.

4.4.2 Evidencia de aprendizaje de MF

Con la finalidad de hacer evidente el aprendizaje que se presentó en los médicos familiares de la UMF No.32 durante la visita de profesores con la presencia de un médico especialista en traumatología, se presenta tres casos que a continuación se describen.

El procedimiento para la selección de los casos fue el siguiente: primero se identificó la patología más frecuente con diagnóstico relacionado con traumatología, el resultado fue: síndrome doloroso lumbar (SDL), esta patología se describe como primera causa de demanda de consulta en la UMF. El objetivo era encontrar similitudes entre los diagnósticos emitidos por MF en la hoja de registro posterior a la asesoría de ME, y el registro diagnóstico que consignaba ME, sobre el mismo paciente. Además se buscó identificar si en ocasiones posteriores que MF tenía un diagnóstico de SDL, solicitaba nuevamente una asesoría de ME, este objetivo pretende evidenciar si MF después de recibir una asesoría sobre SDL, ha aprendido a manejar el problema, es decir si el aprendizaje fue significativo Rogers (1975). Posteriormente se revisaron las hojas de registro diario de productividad en la consulta de medicina familiar, formato denominado 4-30-6 MF, así también se revisaron las hojas de registro de ME.

4.4.2.1 Caso No.1

María Luisa es médico familiar de la UMF No. 32 y su consultorio es el No.1, éste se encuentra ubicado en el extremo derecho de la sala de espera de

la consulta de Medicina Familiar, a continuación se muestra un esquema que muestra la distribución de la sala de espera de ésta unidad médica.

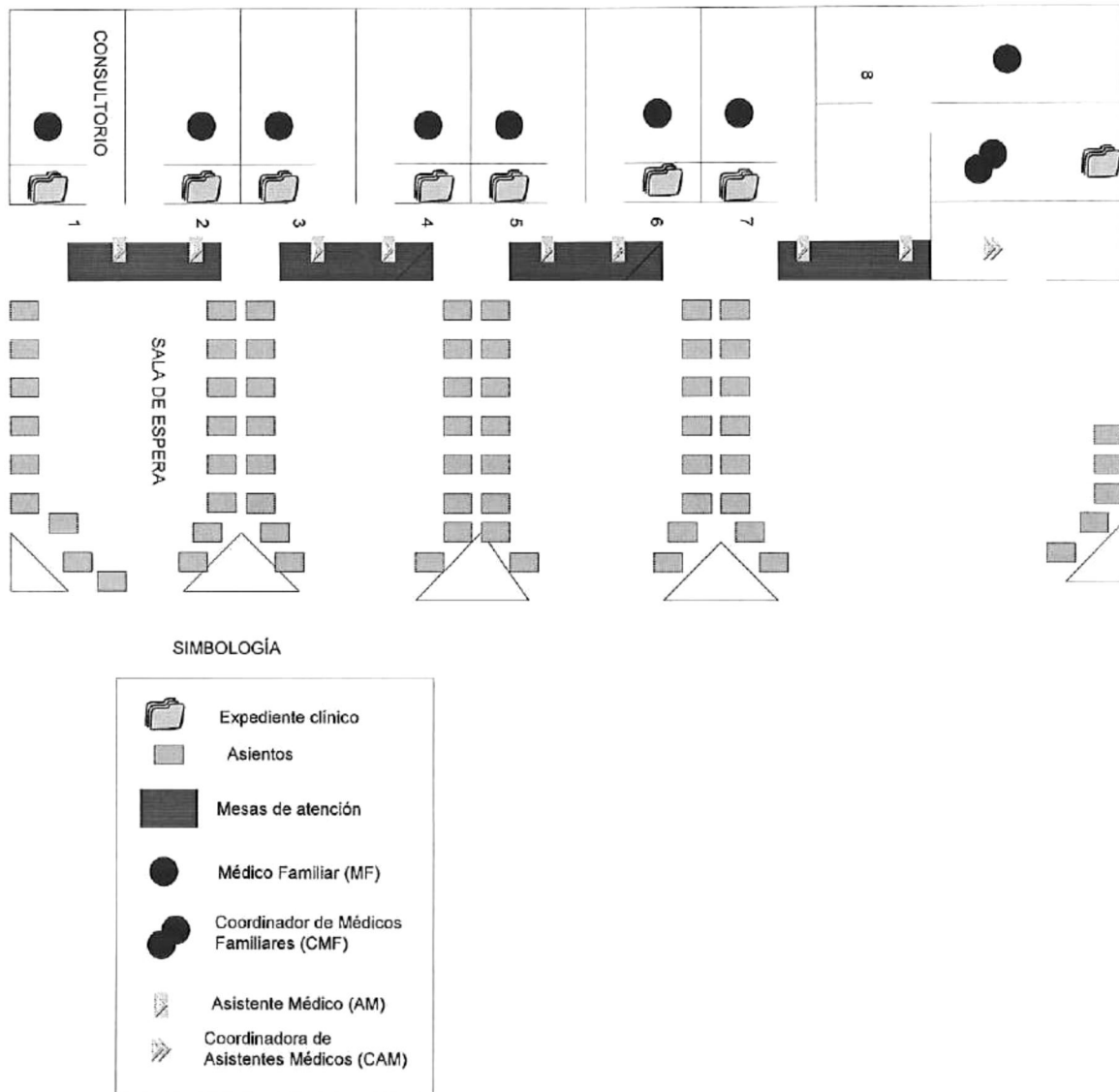


Fig.12. Sala de espera de la UMF No.32

Durante la estancia de ME en traumatología en la UMF No.32 que fue del 1ro de marzo al 31 de mayo del 2000, María Luisa otorgó un total de 178 consultas que tuvieron un diagnóstico relacionado con traumatología. Del total de consultas otorgadas bajo estos diagnósticos, María Luisa solicitó un número

total de 42 asesorías. Esto representa que el 24% de sus consultas concernientes a problemas traumatológicos requirieron de solicitud de asesoría técnica médica por el ME en traumatología.

Con la finalidad de hacer evidente la evolución que María Luisa tuvo durante este programa educativo, se muestra cómo mejoró en el registro de sus diagnósticos, y como consecuencia de su aprendizaje no solicita nuevas asesorías ante casos similares de patología dolorosa lumbar. A continuación se presenta la evolución de María Luisa en cuanto a los registros relacionados y casos similares con el diagnóstico de esta patología.

Durante el período de estudio María Luisa atendió a 21 pacientes que presentaban SDL, y sólo en el 14% de los casos ella solicitó asesoría de ME, para manejar este problema.

La evolución de María Luisa fue la siguiente: en cuanto al número y distribución de las asesorías solicitadas durante el primer mes de estancia del ME en la unidad, de los dieciséis pacientes que acudieron a su consulta con SDL, sólo en tres casos solicitó asesoría por ME, es decir el 18.75% de los casos. En el segundo mes María Luisa sale de vacaciones, por lo que sólo recibió un paciente con este diagnóstico, y no solicitó asesoría para valorarlo. Cuando reanuda su trabajo, ella recibe a cuatro pacientes con este mismo diagnóstico y no solicita más asesorías.

En cuanto a su evolución en la precisión de los registros diagnósticos, se puede ver que posterior a la segunda asesoría, existe similitud de diagnósticos entre el emitido por ella y el del ME.

4.4.2.2 Caso No.2

Griselda es médico familiar de la misma unidad médica, su consultorio es el No.7, y se encuentra ubicado en el extremo izquierdo de la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar.

Griselda en el mismo período, otorgó un total de 249 consultas con diagnóstico de patología traumatológica, el número total de asesorías solicitadas fueron 68. Es decir, el 27.30% de las consultas requirieron solicitud de asesoría.

Del total de consultas con diagnóstico de patología traumatológica, 54 (22%) corresponden a diagnósticos relacionados con SDL. Griselda solicitó 19 asesorías, esto representa que el 35% sus pacientes con SDL requirieron la revisión conjunta con el ME.

La evolución de Griselda al igual que la de María Luisa, en cuanto al número y distribución de las asesorías solicitadas, se puede ver que en el primer mes Griselda solicita asesorías para valorar el 50% de los pacientes que acuden a su consultorio, esta proporción disminuye ya que en el segundo mes sólo solicita asesorías para el 33% de los casos, en el último mes son valorados en conjunto con ME, sólo el 26% de sus pacientes con diagnóstico de SDL. La tendencia a la disminución de solicitud de asesorías, se puede interpretar como que Griselda ha aplicado las recomendaciones que le ha dado el ME en los casos subsecuentes, por lo tanto ella no requiere solicitar nuevas asesorías cuando se le presentan casos similares.

Con relación a la precisión en el registro de los diagnósticos tanto de Griselda como los de ME, se puede ver como después del primer mes de asesorías, existe similitud en los diagnósticos.

4.4.2.3 Caso 3

Manuel, su consultorio es el número cinco, éste se encuentra en el medio de la sala de espera de la consulta externa.

Manuel otorgó un total de 217 consultas con el diagnóstico de patología traumatológica, y el total de asesorías solicitadas fueron de 30 (13%). Como en los casos anteriores a continuación se presenta una glosa del número de solicitudes de asesoría realizadas por Manuel, en cuanto a SDL.

En el caso de Manuel, acudieron a su consulta 29 pacientes con patología dolorosa lumbar y solicitó 5 asesorías, esto representa el 17%. A diferencia de los casos anteriores, Manuel estuvo de vacaciones el primer mes de estancia en la UMF del ME.

En el primer mes Manuel sólo tuvo dos pacientes con esta patología y solicitó una asesoría el 50% de los casos, en el segundo mes fueron nueve pacientes los que acudieron a la consulta de Manuel, y sólo solicitó una asesoría correspondiendo al 5%, para el tercer mes, dieciocho pacientes presentaron este problema en el consultorio de Manuel, y solicitó 3 asesorías correspondiendo al 16%. En el caso de Manuel su comportamiento en cuanto a la distribución de las asesorías es diferente a María Luisa y Griselda.

En el caso de Manuel la precisión diagnóstica, comparada con la del ME, se ve desde la segunda asesoría.

Con este estudio no se puede decir que María Luisa fue la MF que más rápido aprendió a manejar el SDL. Cada caso de SDL es distinto, tanto en magnitud de la lesión como en severidad, intervienen variables como la edad del paciente, el mecanismo en el que se produjo la lesión etc. Se puede decir que en todos los casos de los MF estudiados, cuando se presentó un caso similar al asesorado por ME, no requirieron de una nueva solicitud de asesoría, es decir aplicaron lo ya aprendido

CAPÍTULO 5



CONCLUSIONES

Las actividades de EMC en la vida del profesional de la medicina tienen un rol muy importante, tanto para su actualización, como para su certificación como profesional competente. El mantenerse actualizado es una responsabilidad del médico, así como el buscar los recursos didácticos que satisfagan sus intereses profesionales.

Para los profesionales de la medicina que trabajan en instituciones públicas de salud, éstas tienen la responsabilidad de mantener actualizado a su personal de salud con la finalidad de brindar un servicio médico adecuado. Para este fin, las instituciones brindan a su personal de salud diferentes modalidades educativas. La modalidad educativa de visita de profesores es nueva en nuestro contexto institucional, hasta la fecha no se tienen experiencias documentadas que permitan evaluar su eficiencia en cuanto al aprendizaje del personal de salud. Este documento puede ser el inicio de una evaluación, que permita al IMSS identificar los beneficios que se puede brindar al paciente al utilizar esta modalidad educativa.

El objetivo de este trabajo ha sido: conocer la estructura del proceso de reflexión en la acción en el marco de educación médica continua en una unidad de medicina familiar y explicar el significado del aprendizaje en la práctica médica. Se llevo a cabo la investigación en referencia a un nuevo modelo educativo: la visita de profesores, que parte del modelo tradicional en el hecho de que se basa en la práctica clínica cotidiana con la participación activa tanto del asesor como del asesorado.

No se tenía información de cómo es el proceso de toma de decisiones en la práctica médica, ahora, a partir de este trabajo se tiene una estructura, se conocen las relaciones entre los actores durante una actividad educativa interactiva, se identificaron

sus roles, motivaciones y aprendizaje de cada participante durante el proceso del acto educativo.

Para este trabajo la estructura de reflexión en la acción durante un proceso educativo denominado visita de profesores se caracterizó en cuatro momentos: solicitud de asesoría, proceso de participación activa del MF, ya que él decide cuando solicitarla; encuadre del problema por el MF, proceso activo del MF ya que presenta el caso clínico que le preocupa a ME; reencuadre del problema por ME, proceso activo de ME que requiere reinterrogar y reexplorar al paciente y toma de decisiones.

La caracterización de la estructura del proceso de reflexión en la acción de acuerdo con Schön (1983) se inicia con la solicitud de asesoría. Este acto voluntario, reflexivo que tuvo el MF cuando se encontraba en su consultorio y concluyó con la decisión de la solicitud de asesoría, es un acto de libertad en el aprendizaje (Rogers, 1975), MF quiere saber que esta sucediendo con su paciente (quiere aprender), sabe que en este momento él no puede resolver este problema (autoevaluación), acude en busca de apoyo y ayuda. En este estudio se pudieron identificar los motivos que propician en MF la solicitud de asesoría, muchos de ellos fueron de índole profesional, como resultado de su propia autoevaluación, ya MF concluye no poder resolver el problema, por lo tanto aprovecha la oportunidad de que ME esta en la UMF solicitándole acuda en su ayuda.

Cuando ME llega al consultorio de MF, inicia el segundo momento de reflexión en la acción de este trabajo. MF presenta el caso problema a ME, en la mayoría de los casos ME se percata, que MF tiene un problema en la definición del problema, MF no

ha presentado el caso problema de acuerdo a los parámetros que ME tiene, por lo tanto, ME decide que requiere una participación activa de su parte y decide reencuadrar el problema. Cuando ME reencuadra el problema lo realiza de tal manera que P no interprete que su intervención es debido a que su MF no sabe cómo solucionarlo, ME es discreto en este punto. Esta actitud de ME favoreció la buena relación con todos los MF, ya que todos los MF entrevistados manifestaron la buena disposición de ME durante la asesoría.

Las relaciones entre MF y ME durante el acto educativo de asesoría, en general se caracterizó por una relación jerárquica unidireccional, en donde el conocimiento se transfirió del ME al MF. Este resultado no difiere de lo reportado en la literatura, Marshall (1998), donde el autor encuentra que la relación tradicional entre médicos de primer nivel de atención y los médicos especialistas es jerárquica, y que el aprendizaje es en un solo camino: de especialistas a médicos familiares. Cabe mencionar que los médicos participantes en el estudio no tienen la especialidad en medicina familiar. Este hecho es importante, como médicos generales tienen la interpretación del especialista como un maestro, cómo alguien que sabe más que ellos. Esta situación queda manifestada en este trabajo.

Se considera posible aumentar las vías de aprendizaje entre ME y MF, un MF con especialidad puede enseñar a un ME sobre la atención integral de su paciente, a investigar las implicaciones familiares sobre el padecimiento actual. Como resultado de este estudio, ME describe su aprendizaje durante su estancia en la UMF, dice que ha aprendido la importancia de ver al paciente y su contexto familiar. El reconocimiento de

esta nueva vía de enseñanza de MF a ME, en este estudio es a partir de una reflexión de ME. Este punto requiere mayor investigación, se necesita conocer si MF considera importante y necesario enseñar a ME sobre el estudio holístico del paciente. En el estudio realizado por Marshall (1998), él formuló esta pregunta a los médicos generales, concluyendo que los médicos generales pueden enseñar a sus colegas especialistas acerca de los beneficios de un acercamiento holístico, y acerca de herramientas de comunicación con el paciente.

A partir de este estudio se presenta un documento que muestra del mundo de la vida del médico. De acuerdo con Mead (Blumer, 1982), cuando el MF decide solicitar una asesoría, reflexiona consigo mismo sobre la necesidad de ayuda y apoyo para solucionar el problema de su paciente, este hecho de acuerdo con el autor, fue un proceso en el cual el MF construyó una categoría, le otorgó un significado y le dio un valor. El significado para el médico fue cubrir una necesidad propia en busca de beneficio profesional, personal y de su paciente y por lo tanto solicita una asesoría.

Durante la asesoría tanto MF como ME establecen una interacción social, en este proceso ambos construyen un dominio tanto de la clínica como de lenguaje. A partir del proceso educativo construyen un metalenguaje donde las dimensiones verbales y no verbales están estrechamente conectadas. Las indicaciones que ME hace a MF, fueron claras en la medida en que MF pudo conectarlas e interpretar el significado de los movimientos que realizó ME, durante la exploración del paciente.

El mundo de la vida de los médicos, es el mundo donde ellos desarrollan una socialización que implica un mundo intersubjetivo, ahí la comunicación y la acción

social se traducen, lo mismo que su trabajo cotidiano, en una institución pública de salud, donde diariamente emprenden una cadena de acciones encaminadas a mejorar el estado de bienestar de sus pacientes.

Entre de las aportaciones a la educación médica resultantes del presente estudio se encuentran: la importancia de la educación contextualizada. De acuerdo con Lifshitz se hace necesario utilizar modalidades educativas que propicien la participación activa del educando, ya que los modelos tradicionales no han reportado utilidad en cuanto al cambio en la práctica médica (Lifshitz, 1996). De acuerdo con la opinión de los participantes de este estudio, esta modalidad educativa *“es con nuestros propios pacientes”*. En los modelos tradicionales como es el adiestramiento en servicio, en donde MF acude al hospital para recibir capacitación, éste se integra a las actividades de su tutor, un médico especialista, pasa visita hospitalaria y acude con él a la consulta de especialidad; *“los casos no son parecidos a los que vemos en la consulta de MF, es otro enfoque, es manejo hospitalario, no es lo mismo”*. En el caso de los cursos monográficos, estas actividades educativas son en aula, *“es pura teoría, en la visita de profesores, es más práctico”*. En este estudio la actividad educativa estaba dirigida a MF, el acto educativo se realizó en su contexto. Este punto es importante tanto para la investigadora como para los MF participantes del trabajo de investigación. Ya que de acuerdo con los MF, en esta modalidad educativa, los casos problema son sus pacientes, revisa en conjunto con ME los casos que MF recibe con mayor frecuencia. Sobre esta conclusión también hay semejanza con lo encontrado con Marshall (1998), donde los médicos generales (MG) participantes en el estudio tienen una visión clara sobre los contenidos y el tipo de enseñanza que quieren recibir de su colegas

especialistas. Los MG de acuerdo con lo reportado en esta revisión, quieren una enseñanza que esté directamente relacionada con su práctica clínica.

Otra aportación es la selección del profesor visitante, en este trabajo el profesor visitante tenía la particularidad de haber sido MF, antes de ME en traumatología. Este hecho le dio una ventaja sobre otros especialistas, el conocer el contexto de la medicina familiar.

Es importante en el momento de decidir al profesor visitante, tener en cuenta que generalmente el ME no conoce lo que se hace en una unidad de primer nivel, lo que hace un MF. En este caso particular ME, tenía como primera especialidad la Medicina Familiar, este hecho no impidió que el aprendiera o recordara lo que es valorar al paciente en todo su contexto, ya que de acuerdo con su propia percepción *“es importante conocer lo que todo lo que hay alrededor del paciente su casa, su trabajo”*. El hecho de haber realizado otra especialidad como es traumatología y ortopedia, puede ser que haya olvidado lo que es ver al paciente de manera integral, holística. Se hace necesario para los siguientes programas, que el ME conozca lo que en primer nivel de atención se hace, cuáles son las actividades del MF, por lo que debe haber un curso de inducción al primer nivel de atención. Otro punto en que requiere atención, es que para ME sea claro que su motivación de estancia en la UMF es asesorar a MF. Un ME identificado con su rol durante su estancia en primer nivel de atención, pondrá más atención a su interacción educativa con MF. Así MF puede tener un mayor beneficio en su propio aprendizaje.

El aprendizaje de MF, donde ubique los beneficios de manera inmediata y logre tomar decisiones médicas adecuadas cada vez que se le presenten casos similares, es la razón de ser de las actividades de EMC. A partir de este estudio se ha identificado que MF reflexiona sobre su acción, se pueden señalar los siguientes aspectos que se describieron en este trabajo, obtenidos de su propia voz.

Autoevaluación.

Autocrítica.

Reflexión sobre lo que se conocía antes y después de la interacción educativa.

Descubrir el significado de una buena exploración física, de una buena combinación de medicamentos, la realización de procedimientos terapéuticos, asimismo del ahorro de tiempo cuando se sabe lo que se hace y porqué se hace.

Este hecho es importante para la investigadora, se conoce un poco más sobre el quehacer de la medicina familiar. También como coordinadora clínica de educación asume la responsabilidad de la difusión de estos resultados, para justificar la permanencia de un especialista en unidades de primer nivel.

En relación al método utilizado en este trabajo, puedo decir que el acercamiento al objeto de estudio a través del método interpretativo, permitió explorar situaciones, percepciones e identificar el sentido de muchas de las acciones que realizamos los médicos todos los días, este estudio no hubiera podido realizarse a través de otro método.

Como resultado de este trabajo surgen inquietudes sobre qué continuar investigando a partir de este estudio exploratorio, a continuación se presentan algunas líneas de investigación que de acuerdo a la percepción de la investigadora es necesario trabajar.

- **Fenomenología de la clínica.** Durante el acto médico existe un sinnúmero de interpretaciones, tanto del médico como del paciente, son dos contextos distintos, el médico con frecuencia utiliza con frecuencia y a veces de manera no conciente, lenguaje técnico médico para expresar el problema de su paciente, en muchas ocasiones el paciente no pregunta sobre lo que se le indica, y su médico cree que todo está claro. Este hecho tiene implicaciones en el cumplimiento de las indicaciones que deberá seguir el paciente, yo recuerdo que en más de una ocasión la respuesta de mi paciente fue: "es que yo lo entendí de esta manera", "yo creí que usted se refería a esto". Si partimos del hecho que cada persona interpreta de acuerdo a sus referentes históricos, los del médico y los de su paciente son distintos. En el acto médico las interpretaciones deben conducir a una acción conjunta, por este motivo creo sería importante conocer, cómo se establece el proceso de comunicación e interacción entre estos dos actores.
- **Eficacia de la modalidad educativa de visita de profesores.** Esta modalidad educativa novedosa, que de acuerdo a los resultados de este estudio es de utilidad para los MF y ME, requiere de estudios a más profundidad, se hace necesario conocer desde otras perspectivas metodológicas sus resultados. Creo que a las Instituciones de salud, en este caso al IMSS le interesa conocer: el beneficio en salud, de la inversión que realiza al llevar a un especialista a una unidad de primer

nivel; número de casos que pueden resolverse en primer nivel sin requerir ser referidos a un segundo; conocer a fondo si MF utiliza y por cuanto tiempo, el aprendizaje obtenido a través de las asesorías otorgadas por ME, en casos subsecuentes.

- **¿Cómo se da el proceso de cambio en la práctica médica?** Se hace necesario conocer el proceso interno del médico que lo motiva a cambiar su práctica médica y conocer en que momento decide cambiar.
- **Enseñanza del MF al ME, sobre una atención holística sobre su paciente.** Como se ha visto como resultado de este trabajo, ME ha percibido la importancia de valorar integralmente a su paciente, ¿Es posible que ME utilice la visión holística que tiene un MF, en su práctica hospitalaria? ¿Y como repercute este cambio, en su práctica médica?
- **Perspectiva del paciente, cuando es valorado por su MF y por un ME.** A partir de este estudio se conocen las perspectivas de MF y ME sobre la modalidad de visita de profesores, pero no se conoce la percepción del paciente que en un momento determinado es evaluado por dos médicos, que piensa, que siente, como percibe que su médico tratante (MF), requiera de asesorías de un especialista para resolver su problema, este hecho hace más confiable a MF, o no.

Agradezco a los médicos familiares y al médico especialista que participaron en este estudio, por su disposición, y apoyo. Durante el estudio no se presentó ningún conflicto de interés entre los participantes.



REFERENCIAS

- Abreu, L.M. (1993). *Fundamentos del diagnóstico*. México: Méndez.
- Alonso, L. (1995). Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Delgado J. y J. Gutiérrez (coord.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (225-240). Madrid: Síntesis.
- American Anthropological Association. (1998) Code of Ethics.
- Bazdresch, P.M. (1999). La metodología cualitativa y el análisis de la práctica educativa. En: Mejía, A. *Tras las vetas de la investigación cualitativa. Perspectivas y acercamientos desde la práctica*. (pp.177-191). México: ITESO.
- Bernard, R. (1994). *Research Methods in Cultural Anthropology*. London: Sage.
- Bertely, M. (1986). Etnografía y educación. *Likátsin*, 3, 79-92.
- Bertely, M. (1994). *Teoría y práctica etnográfica en educación*. Documento multicopiado.
- Bertely, M. (2000). *Conociendo nuestras escuelas*. México: Paidós.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. (Traducción de Álvaro Pazos). Madrid: Taurus Humanidades.
- Blumer, H. (1982). *Interaccionismo simbólico*. Barcelona: Hora.
- Coffey, A. y P. Atkinson. (1996). *Making Sense of Qualitative Data*. California: Sage.
- Collins, R. y M. Hammond. (1991). Self Directed Learning: Critical Practice. In: D. Davis. *The Physician as Learner* (pp: 45-63). Chicago: AMA.
- Crandall, D. (1985). External Support for School Improvement: Constructs from International School Improvement Project. In D. Hopkins, *Improving the Quality of Schooling* (pp: 105-114). London: Palmer Press.
- Crandall, S. (1990). The Role of Continuing Medical Education in Changing and Learning. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 10, 339-348.
- Davis, D., y M. Thomson. (1992). Evidence for the Effectiveness of CME: a Review of 50 Randomized Controlled Trials. *Journal of American Medical Association*, 268, 1111-1117.

- Davis, D., y R. Fox. (1994). *The Physician as Learner*. Chicago: AMA.
- Diccionario de la Ciencias de la Educación (1983). México: Santillana.
- Erickson, F. (1986). Métodos cualitativos de investigación sobre enseñanza. En: M. Wittrock, *La investigación de la enseñanza II* (pp.195-232). Barcelona: Paidós.
- Fox, R., P. Mazmanian, y R. Putnam. (1989). *Change and Learning in the Lives of the Physicians*. New York: Praeger.
- Fox, R. (1990). New Horizons for Research in Continuing Medical Education. *Academic Medicine*, 9, 550-555.
- Fox, R., y D. Davis. (1994). The Case for Research on Continuing Medical Education. En: D. Davis, *The Physician as Learner* (pp.15-24). Chicago: AMA.
- Fox, R., y N. Bennet. (1998). Continuing Medical Education: Learning and Change Implications for Continuing Medical Education. *British Medical Journal*, 2, 466-468.
- Galindo, L.J. (1998a). Etnografía. El oficio de la mirada y el sentido. En: L.J. Galindo, *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* (pp. 347-383). México: Pearson-Addison y Wesley Longman.
- Gannon, M. (1990). The Continuing Medical Education. In D. Davis, *The Physician as Learner*. (pp.45-63). Chicago: AMA.
- García, C. F., A. Martínez, F. Rojas. (2001) Coordination Technology (enactment) for Organizational Processes in Internet. III Encuentro Internacional de Ciencias de la Computación. En: Flores, B. (2002). *Diseño y desarrollo de una Herramienta de Soporte para el Estudio de Procesos Organizacionales*. Tesis de maestría. México: CICESE.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Geertsma, R. (1982). How Physicians View the Process of Change in their Practice Behavior. En D. Davis, *The Physician as Learner* (pp. 35-45). Chicago: AMA.

- Glaser, G., y A. Strauss. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glaser, B. y A. Strauss. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Goetz y Le Compte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Barcelona: Morata.
- González, J. (1998). *Educación, tecnología y cultura: una propuesta de investigación exploratoria*. Época II: Universidad de Colima.
- Grijalbo. (1986). *Diccionario enciclopédico*. España: Grijalbo.
- Gutiérrez, J., y J. Delgado. (1995). Teoría de la observación. En: J. Delgado, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. (pp.141-173). Madrid: Síntesis.
- Haynes, R. (1984). A Critical Appraisal of the Efficacy of Continuing Medical Education. *Journal of American Medical Association*, 251, 61-64.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1996a). *Manual de procedimientos para la capacitación continua en el trabajo del personal para la atención a la salud*. México: IMSS.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1996b). *Manual de organización de las unidades de medicina familiar*. México: IMSS.
- Knowles, M. S.(1990). Using Learning Contracts: Approaches to Individualizing and Structuring Learning. In: D. Davis, *The Physician as Learner* (pp:47-65). Chicago: AMA.
- Larousse. (1989). *Larousse ilustrado*. México: Larousse.
- LeCompte, M. (1995). Un matrimonio conveniente: Diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programas. *Relieve*. 1,1.1138-94. Obtenido de World Wide Web: <http://www.uv.es/RELIEVE/v1/RELIEVEv1n0.htm>
- Levinson, B. (1991). Para una etnografía de los estudiantes universitarios. *Universidad Futura*, 2, 56-67.
- Ley General de Salud. (1992). México: Porrúa.
- Lifshitz, A. (1996). Educación y salud. *Revista Médica del IMSS* 4,7-9.

- Lifshitz, A. (1997a). *Educación Médica. Enseñanza y aprendizaje de la clínica*. México: Auroch.
- Lifshitz, A. (1997b). Capacitación del Personal. Conferencia presentada en la Reunión Nacional de Educación Médica, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ixtapan de la Sal, México.
- Lifshitz, A. (1999). Arte y ciencia de la clínica. *Revista Médica del IMSS*, 1, 1-4.
- Lockyer, J., y P. Mazmanian. (1994). The Adoption of Innovation. En: D. Davis, *The Physician as Learner* (pp.34-45). Chicago: AMA.
- Malinowski, B. (1972). *Los argonautas del pacífico occidental*. Barcelona: Península.
- Mardones, J.M., H. Ursua. (1996). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales*. México:Fontamara.
- Marshall, M. (1998). Qualitative Study of Educational Interaction Between General Practitioners and Specialist. *British Medical Journal*, 316, 442 – 445.
- Maxwell, J.A. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. *Harvard Educational Review*, 62, 279-297.
- Merriam, S.B. (1988). *Case Study Research in Education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Palmer, R., y Louis, T. (1985). A Randomized Controlled Trial of Quality Assurance in 16 Ambulatory Care Practices. *Medical Care*, 23, 751-770.
- Quáas, F. C. (1998). Paradigmas cuantitativos y cualitativos en la evaluación y seguimiento del profesional universitario: un planteamiento teórico. *Enfoques Educativos*, 1,15-19.
- Ritzer, G. (1990). *Teoría sociológica clásica*. México: McGraw-Hill.
- Rockwell, E. y Mercado. (1987). *Puntuación y simbología en registros ampliados*. (mecanograma).
- Rogers, C.R. (1983). Freedom to Learn. In: D. Davis, *The Physician as Learner*. (45-63). Chicago: AMA.
- Rodríguez, R. M. (1996). *El asesoramiento en educación*. Málaga: Aljibe.

- Santamaría, C. y José Miguel M. (1994). Historias de vida e historia oral. En: *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. (J.M. Delgado y Juan Gutiérrez, coords.). Madrid: Síntesis.
- Santamaría, G.S. (1997). Educación Médica Continua, En: A. Lifshitz, *Enseñanza y aprendizaje de la Clínica*. (pp.32-35). México: Auroch.
- Schön, D.A. (1983). *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. España: Paidós.
- Schutz, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Strauss, A. y J. Corbin. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. California: Sage.
- Taylor, S.J. y R. Bogdan (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.
- Treviño, N. (1995). La participación de la Academia Nacional de Medicina en la Educación Médica Continua. *Gaceta Médica de México*, 1, 14-16.
- Tsourvakas, G. (1997). Multi-Visual Qualitative Method. Observing Social Groups In Mass Media. *The Qualitative Report*. 3,3.
- Warnake, R. B. y M. Fennel. (1982). Field Theory in Social Science. In D. Davis, *The Physician as Learner*. (pp: 45-63). Chicago: AMA.
- Wentz, D., y A. Harrison. (1994). Forces for Change in the CME Environment. En D. Davis, *The Physician as Learner*. (pp.1-14). Chicago: AMA.
- Woods, P. (1986). *La escuela por dentro*. Barcelona: Paidós.
- Woods, P. (1998). *Investigar el arte de la enseñanza*. Barcelona: Paidós.



ANEXOS

Anexo 1

JMA-02-03-00-1

Negociación de acceso:**Lugar:** Consultorio Médico, UMF No. 32**Fecha:** 2 de marzo del 2000**Hora:** 9:30 hrs**Duración:** 6 minutos**Participantes:** María Luisa y Julia**Descripción de la negociación:**

Se realizó la negociación en el consultorio de María Luisa, esperé a que saliera el paciente que se encontraba adentro, me asomé a la puerta y le pregunté si tenía 5 minutos porque quería comentarle algo. Me dijo que pasara. Tome asiento en el lugar del paciente. Le agradecí su disposición, y fui al grano. Comenté que en este momento me encontraba realizando el trabajo de campo de mi proyecto de maestría, y que acudía a ella porque para su desarrollo iba a requerir de su colaboración. Le dije que mi trabajo de tesis consistía en hacer una descripción del proceso de visita de profesores, aprovechando que en este momento se estaba realizando esta intervención educativa en la unidad. Me interrumpió para preguntarme ¿en qué estas haciendo tu maestría?, en educación, le contesté. Asintió con la cabeza. Esto me permitió continuar y explicarle las condiciones del trabajo: le dije que si ella estaba de acuerdo, iba a realizar observaciones durante el proceso de asesoría que ella tuviera con el médico especialista. Me volvió a interrumpir para preguntar, si las observaciones "como tú las llamas", se realizarían sólo con el traumatólogo, le conteste que no, que serían tanto con el trauma como con el gineco. Después de esto, le dije que probablemente después de las observaciones, fuera necesario hacer una o más entrevistas, con la finalidad de aclarar algunos puntos que no me hubieran quedado claro durante la observación de la asesoría, y que para poder realizar la entrevista requería del apoyo de una grabadora. Aclaré que tanto para las observaciones como para las entrevistas, se iba a guardar el anonimato, y que la información que ella me proporcionara sería confidencial y para fines únicamente académicos. Que era muy importante para la realización del proyecto, que se sintiera con la libertad de hacerme todos los comentarios que requiriera pertinentes, en relación a mi presencia durante las asesorías y que no me viera con jefe de educación, sino como una estudiante a la que esta apoyando, para que realice un trabajo de la escuela.

Creo que esto último le gustó, porque sonrió y de inmediato me dijo que le daría mucho gusto ayudarme en mi trabajo de la escuela, que esto de las entrevistas como que uno no esta acostumbrada, pero me gusta la idea, dijo. Le dije que sobre la marcha del proyecto, la mantendría al tanto. Dijo que sí, que contara con ella. Le di las gracias, y salí de su consultorio.

Me sentí un poco nerviosa, fue la primera negociación.

Anexo 2

Guión de entrevista a Médico Familiar:

Quiero pedirte que me veas como una alumna de escuela, la cuál te pide que le apoyes, para poner en práctica una técnica, que en este caso es de entrevista.

Antecedentes Profesionales:

1. ¿En que facultad de medicina estudiaste?
2. ¿De que generación eres?
3. ¿Tienes alguna especialidad?
4. ¿Pertenece alguna Asociación Médica?
 - a) ¿Desde hace cuanto tiempo?
 - b) ¿Ocupas algún puesto en la mesa directiva?
5. ¿Tienes consulta privada?
6. ¿Desde hace cuanto tiempo?

Antecedentes Laborales:

7. ¿Qué antigüedad tienes en el IMSS?
8. ¿En que turnos has trabajado?
9. ¿En que clínicas has trabajado?

Preguntas relacionadas con Visita de Profesores:

10. ¿Cómo le haces para solicitar la presencia del especialista en tu consultorio, para una asesoría?
11. ¿Cuál es la razón por la que los médicos familiares, solicitan una asesoría al médico especialista?
12. ¿Qué esperan los médicos familiares de una asesoría, del especialista?
13. ¿Qué es lo que más te preocupa, durante la asesoría?

14. ¿Cómo te llevas con el médico especialista, durante la asesoría?
15. ¿Cuál es la actitud del médico especialista durante la asesoría?
16. Relátame con tus palabras, cómo se da el proceso de la asesoría.
17. ¿Cómo te ves, cuando tomas el papel de asesorado?
18. ¿Puedes describir tu experiencia como asesorado?
19. ¿Qué es lo que crees que debes hacer en el momento de la asesoría?
20. ¿Tú exploraste al paciente junto con el especialista?
21. Si contesta que sí, preguntar porque, igual si contesta que no.
22. ¿Crees tú que a través de las asesorías otorgadas, se está propiciando un cambio en la práctica médica, de los médicos familiares?
23. ¿Qué entiendes por cambio en la práctica médica?
24. Me puedes dar un ejemplo de algún cambio que hayas notado en los médicos familiares.
25. Ha cambiado tu percepción de los médicos especialistas, ya casi al final de su rotación por esta unidad?
26. ¿Has aprendido algo, del especialista?
27. ¿Qué considera usted que aprendió, deme 3 casos puntuales que haya aprendido a resolver, diagnóstico, tratamiento.
28. En que momento te dabas cuenta que el trauma ya había terminado la asesoría?
29. De los casos que revisaste con el trauma, existió alguno que fuera nuevo para ti?
30. Esto generó alguna respuesta de tu parte, acción?
31. Por favor pon en una balanza tu experiencia entre un curso monográfico o un adiestramiento en servicio, y esta modalidad?
32. Por favor explícame sí es que hay alguna diferencia.
33. De ser necesario otra entrevista, para complementar tus comentarios, ¿estarías de acuerdo en apoyarme?

Anexo 3

Guión de entrevista a Médico Especialista:

Quiero pedirte que me veas como una alumna de escuela, la cuál te pide que le apoyes, para poner en práctica una técnica, que en este caso es de entrevista.

Antecedentes Profesionales:

1. ¿En que facultad de medicina estudiaste?
2. ¿De que generación eres?
3. ¿Tienes alguna especialidad?
4. ¿Pertenece alguna Asociación Médica?
 - a) ¿Desde hace cuanto tiempo?
 - b) ¿Ocupas algún puesto en la mesa directiva?
5. ¿Tienes consulta privada?
6. ¿Desde hace cuanto tiempo?

Antecedentes Laborales:

7. ¿Qué antigüedad tienes en el IMSS?
8. ¿En que turnos has trabajado?
9. ¿En que clínicas has trabajado?
10. ¿En que clínica esta ubicada tu base?

Preguntas relacionadas con Visita de Profesores:

11. ¿Cómo te relacionaste con la modalidad educativa de visita de profesores?
12. ¿Qué experiencia has tenido con esta modalidad?
13. ¿Por qué decidiste, participar en el programa?

14. ¿Cómo es el procedimiento de solicitud de asesorías, por los médicos familiares?
15. ¿Cuál es la razón por la que los médicos familiares, solicitan una asesoría al médico especialista?
16. ¿Qué crees tú, que esperan los médicos familiares de una asesoría?
17. ¿Qué haces, cuando asistes a dar una asesoría?
18. ¿Por qué lo haces?
19. ¿Qué es lo que más te preocupa, durante la asesoría?
20. ¿Cómo te llevas con el médico familiar, durante la asesoría?
21. ¿Cuál es la actitud del médico familiar durante la asesoría?
22. Relátame con tus palabras, cómo se da el proceso de la asesoría.
23. Cuando das una asesoría, ¿qué esperas del médico familiar?
24. ¿Cómo te ves, cuando asumes el papel de profesor?
25. ¿Puedes describir tu experiencia como profesor?
26. ¿Cómo te sentiste?
27. ¿Crees tú que a través de las asesorías otorgadas, se está propiciando un cambio en la práctica médica, de los médicos familiares?
28. ¿Qué entiendes por cambio en la práctica médica?
29. Me puedes dar un ejemplo de algún cambio que hayas notado en los médicos familiares.
30. Desde tu punto de vista, ¿cómo percibes a los médicos familiares, cuando toman el papel de asesorados?
31. Ha cambiado tu percepción de los médicos familiares, ya casi al final de tu rotación por esta unidad?
32. ¿Has aprendido algo, en la unidad de medicina familiar?
33. Me puedes dar un ejemplo de lo que hayas aprendido en la unidad?
34. Hay quienes piensan que los médicos familiares no cambian, y que todos los procesos educativos son inútiles, ¿tú que piensas? ¿tú que les dirías a ellos?

35. De ser necesario otra entrevista, para complementar tus comentarios, ¿estarías de acuerdo en apoyarme?