



Artículo original

Actitudes docentes de médicos de Urgencias de un hospital de 2º nivel

2º lugar, premio de investigación en medicina de urgencia «Dr. Peter Safar»

Jorge Loría Castellanos,*,*** Angélica Soria Huerta,*,**** Guadalupe Márquez Ávila,***
Rafael Alejandro Chavarría Islas,*,**** Juan Manuel Rocha Luna ,*,**** Víctor Hugo Cazales Espinosa*,***

RESUMEN

Objetivo: Determinar las actitudes docentes predominantes de los médicos de un Servicio de Urgencias de 2º nivel. **Métodos:** Estudio observacional autorizado por el Comité de Investigación que incluyó a los médicos del Servicio de Urgencias. Se les aplicó un instrumento diseñado ex profeso constituido por 64 ítems construidos en duplas excluyentes sobre una base de escala tipo Likert. El instrumento fue validado en 2 rondas de expertos en investigación educativa. La prueba de Kuder-Richardson resultó de 0.92. Se analizaron variables como formación docente, número de empleos, etc. Se empleó estadística descriptiva así como chi cuadrada y OR. **Resultados:** Participaron el 65.79 de los médicos del Servicio de Urgencias. La edad media fue de 43.66, predominando los del género masculino (70%), personal de base (98%) y de especialidad urgencias (56%); sólo 9 médicos tenían formación docente previa. El análisis de los estilos, de acuerdo a especialidad, mostró asociación entre el estilo inconsistente para la especialidad de Medicina Interna (OR 2.01) y los estilos autoritario (OR 3.24) e inconsistente (OR 2.89) para la de Urgencias. La formación docente se asoció a los estilos democráticos (OR 3.15), en tanto que más de 2 empleos se asociaron con el estilo autoritario (OR 4.19). El resto de las variables no mostraron asociación. **Conclusiones:** Es necesario favorecer la formación docente dentro de los médicos del Servicio de Urgencias, a fin de generar actitudes que favorezcan un mejor proceso educativo de los diferentes alumnos.

Palabras clave: Educación, médicos, profesores, actitud docente.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevailing attitudes of teachers with the doctors who carry out their educational process of the Emergency Department physicians. **Methods:** Observational study approved by the Committee of Inquiry. It included

* Especialista en Urgencias.

** Profesor Titular de la Especialidad de Urgencias.

*** Profesor adjunto de la Especialidad de Urgencias.

Hospital General Regional 25, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia:

ME Dr. Jorge Loría Castellanos

Servicio de Urgencias. Hospital General Regional 25, Calzada Ignacio Zaragoza 1840, Col. Juan Escutia, Delegación Iztapalapa, D.F.

E-mail: jlriac@hotmail.com

Recibido para publicación: 02 de enero de 2010

Aceptado: 9 de abril de 2010

76 doctors from the Emergency Department. They used an instrument consisting of 64 items constructed in pairs on an exclusive basis of Likert scale of 6 points. The instrument was validated through 2 rounds of experts in educational research by consensus 4 of 4. The Kuder-Richardson was 0.92. We used descriptive statistics and nonparametric (Kruskal-Wallis and U of Mann-Whitney). **Results:** Involved the 65.79 from the Emergency Department doctors with a mean age of 43.66, mostly male (70%), core staff (98%) and of special urgency (56%) were only 9 doctors training pre-service teacher. In conducting the analysis of the styles according to specialty, we found that showed statistical significance were inconsistent style for the specialty of internal medicine (OR 2.01), authoritarian style (OR 3.24) and inconsistent (OR 2.89) for the Emergency and inconsistent style (1.12). Teacher training was associated with the democratic style (OR 3.15), while more than 2 jobs is associated with the authoritarian style (OR 4.19). The variables of age, gender, shift work, contract category, seniority is not related to any particular teaching style. **Conclusions:** We need to encourage teacher training and reduce the burden of care within the emergency medical service to generate teaching attitudes fostering a better educational process for residents.

Key words: Education, doctors, teachers, teaching attitude.

ANTECEDENTES

Cuando se habla de los aciertos o deficiencias del proceso educativo, cualquiera que sea el enfoque teórico o nivel que se asuma, el profesor suele ser un mediador entre el alumno y el conocimiento, y de su forma de actuar dependerá, en mayor o menor medida, la forma en que se desarrolló dicho proceso.^{1,2}

De manera tradicional, y prácticamente en todos los niveles educativos, el método de enseñanza ha seguido una línea que se suele adecuar a la mentalidad consumista dominante y en donde los educadores parecen sólo responder de forma parcial e improvisadamente ante la realidad.³⁻⁸

De acuerdo a las corrientes actuales, la enseñanza debe ser el proceso que direccione el aprendizaje, donde el profesor es un facilitador que, junto con el alumno, hace posible el logro de la formación del nuevo profesional que se construye adquiriendo hábitos, actitudes, habilidades, destrezas y valores.⁹

Según Ausbel, para que esta enseñanza sea efectiva y logre un aprendizaje significativo se requiere de un proceso integrador, donde el docente, con una actitud afectiva aceptable, dirija el proceso, y el alumno sea el centro de interés. En este sentido, es al docente a quien le correspondería, en gran medida, establecer estrategias que contribuyan en la formación del perfil profesional que requieren las instituciones y la nación en general.¹⁰

Se ha descrito que frecuentemente los docentes suelen elegir, la mayoría de las ocasiones de forma irreflexiva, algunas de las innumerables posibilidades de abordar el proceso educativo, elección que está más en relación con los recursos, temas conocidos y los costos que por las posibles repercusiones que en los alumnos y la sociedad se puedan desarrollar; de forma tal que «hacen las cosas como las suelen hacer, como las saben hacer, como las han hecho siempre y como las pueden controlar», sin cuestionar la trascendencia real de sus acciones.

Todo lo anterior se traduce en la implementación, incluido el ámbito médico, de estrategias educativas que generan un pobre desarrollo de aptitudes cognitivas complejas.¹¹⁻²³

Pero ¿de qué forma se traducen las preferencias de los docentes dentro de su desempeño? Es aquí donde podemos hablar de los estilos docentes, los cuales se definen como las diferentes formas y actitudes que tienen los profesores de desempeñar su rol como docente, el cual se concreta y se observa a través de su conducta, es decir, de la forma de interactuar con sus estudiantes, de explicar, evaluar y ejercer la disciplina.^{24,25}

Los estilos docentes afectan tanto a las acciones instructivas (actividades, pautas comunicativas, etc.) como a aquellas otras relativas a la organización y la vida del aula (organización de los espacios, los materiales y los tiempos, reglas y normas de funcionamiento, etc.). El pensamiento pedagógico del profesorado marca el devenir de las actuaciones docentes, tanto en su dimensión más instruccional o de enseñanza, como en aquellas otras relativas a la gestión y la vida del aula (clima y ambiente de aprendizaje). Las creencias y las concepciones docentes varían en función del marco teórico que sobre la educación fundamenta la concepción de los componentes de la programación de aula/área y el tipo de relaciones que se dan entre ellos, incidiendo directa e indirectamente en la vida del aula: los papeles y la relación entre los sujetos del acto educativo, la intencionalidad educativa y la definición de los objetivos, el clima de aula y el ambiente de aprendizaje, la selección, priorización y organización de los contenidos, el sentido de la evaluación o la propuesta de actividades y su distribución temporal. Analizando los distintos elementos que caracterizan y definen los estilos de enseñanza y el pensamiento docente del profesorado, es fácil entrever la existencia de una fuerte relación entre ambos.

El pensamiento docente está, por tanto, en el origen y la génesis de los estilos de enseñanza.

Pero, a su vez, depende de las explicaciones y creencias, de los marcos teórico-prácticos que sobre la educación manejan los docentes cuando diseñan, intervienen o valoran sus prácticas educativas. Desde el paradigma mediacional centrado en el pensamiento del profesor habrá que hablar de estilos de enseñanza «cognitivamente orientados», que podemos encontrar englobados bajo el constructo teórico «perspectivas docentes; constructo que incluye pensamientos y acciones docentes en una misma categoría de estudio».^{26,27}

No es fácil categorizar estilos docentes sin entrar en disquisiciones terminológicas propiciadas por autores y tendencias investigadoras, así que sólo a manera de acercamiento describimos tres prototipos, considerados los más conocidos y usuales, aun a sabiendas de que es difícil encontrar estilos puros. Según la manera de concebir la tarea educativa, podríamos distinguir:

a) *Estilo técnico*. Integrado por aquellos profesores despreocupados del sentido y valor de su acción educativa; son simples transmisores de los contenidos que le vienen descritos en el *currículum* básico. No les importa la calidad de la enseñanza, pues piensan que no es asunto suyo, lo único realmente preocupante suele ser «cómo hacer lo que se les dice que hagan». Reproducen los estilos y modelos en que fueron instruidos; por ello, no entienden de reformas educativas ni es asunto preocupante; es más, consideran que éstas son inventos políticos, piensan que la enseñanza se resuelve en el aula. Su única función, e incluso obsesión, consiste en cumplir un determinado programa que le viene impuesto, pero en ningún momento se cuestiona qué es lo mejor o lo más adecuado para sus alumnos. Se resiste al cambio, ya que no suele creer en él y además supone un esfuerzo adicional por su parte para ponerse al día; siente miedo a lo desconocido, se siente incapaz de cambiar sus hábitos o simplemente no quiere hacerlo.

b) *Un estilo práctico*. Son profesores que cuestionan todo y asumen su labor educativa con gran responsabilidad, pretendiendo mejorar. Les preocupa el por qué y el para qué de lo que hacen, quieren dar un sentido teleológico a sus tareas docentes. Suelen ser muy reflexivos en su labor. Les interesa, sobre todo, que sus alumnos «aprendan a aprender». Utiliza una metodología variada en el trabajo con sus alumnos; son, hasta cierto punto, flexibles al cambio. Suelen ser muy individualistas en su trabajo, lo que dificulta los

planteamientos y necesidades de la reforma en marcha. Es valorado como profesor innovador, centrado en los aspectos psicopedagógicos de la enseñanza, con gran aceptación entre sus alumnos, si bien despiertan reticencias y recelos entre sus compañeros.

c) *Estilo crítico*. Son profesores muy reflexivos que entienden el desarrollo del *currículum* desde una comunidad educativa participativa y democrática. Creen en la educación como medio de liberación y desarrollo humano. Ante la reforma educativa, la analizan a fondo estudiando las condiciones básicas para su puesta en marcha, así como sus consecuencias.

Les ocupa y preocupa la labor que desempeñan y saben entender la importancia que realmente tienen. Nos encontramos con unos profesionales que a nivel social son valorados como reformadores.²⁸

De los estilos anteriores se han derivado seis grandes grupos de actitudes docentes con que los profesores desempeñan su rol docente de forma predominante, a saber:²⁹

a) **Autoritaria:** En donde se comporta como un guardián celoso de la autoridad y la disciplina, aplicando reglamentos y castigando sin dar lugar a explicaciones. Da soluciones, indica conductas, señala lo que es y lo que debe ser. Tiende a desconfiar de las capacidades de sus alumnos y les impide su participación. Considera sus propias necesidades, ideas y valores antes que las de sus alumnos. Ejerce el control mediante la ironía, la humillación o ridiculizando a sus alumnos. Actúa como «jefe» distribuyendo trabajo y exigiendo obediencia.

b) **Democrática:** Permite y estimula la participación de sus alumnos en el ámbito de la planeación, ejecución y evaluación. Confía en sus alumnos para analizar y buscar solución a los problemas. Crea un clima de confianza para que las opiniones de todos sean valoradas en su justa medida. Aclara los malentendidos, suprime los obstáculos y contribuye al desarrollo de la discusión proponiendo problemas para discutir en lugar de soluciones. Le preocupa que sus alumnos se acepten y respeten mutuamente. Actúa como «facilitador» permitiendo el desarrollo de las características individuales de cada uno de sus alumnos.

c) **Sobreprotector:** Apela a argumentos de tipo sentimental para garantizar la adhesión de sus alumnos. Es amable y entretenido, promueve el diálogo y la discusión, pero él decide cuáles son las res-

puestas correctas. A menudo evita discordias, se resiente si sus alumnos le hacen observaciones o si se discuten sus decisiones. Considera a sus alumnos como seres inmaduros y faltos de recursos. Mantiene a sus alumnos en estado de hibernación, no les da oportunidad de decidir, de arriesgarse, de ser ellos mismos. Actúa como «protector», a la vez que hace valer su condición de experto.

- d) Inconsistente:** En ocasiones es rechazador, otras hipercrítico y en otras demasiado cariñoso. No hay una pauta de conducta que regule la totalidad de sus actos. Sus reacciones se basan más en sentimientos personales que en la realidad de los hechos. Su estado de ánimo prima sobre la actitud reflexiva acerca de lo que sus alumnos necesitan. Es poco constante en los hechos, no siempre cumple sus compromisos. Actúa como «improvisador», reacciona siempre en forma impulsiva.
- e) Autosuficiente:** Se relaciona con sus alumnos desde un pedestal, donde está, porque considera que lo sabe todo. Demuestra escaso interés por las ideas, inquietudes y preocupaciones de sus alumnos. Se siente dueño de la verdad, no admite que sus alumnos puedan reclamar o pedir explicaciones. Es incapaz de reconocer sus errores o equivocaciones delante de los alumnos. Hace notar su experiencia y conocimientos, trata a los demás en forma despectiva. Actúa como «experto», no acepta consejos ni sugerencias de nadie.
- f) Permisivo:** Procura intervenir lo menos posible, deja hacer a sus alumnos por su cuenta, no toma decisiones ni orienta. Con el pretexto de lograr algo bueno de sus alumnos, los deja hacer lo que ellos quieren. En ocasiones, opina que la mejor manera de conducir a sus alumnos, es no controlarlos en absoluto. Todo lo resuelve cómodamente sobre la base de votaciones, sin permitir a sus alumnos reflexionar las decisiones ni buscar consensos. Impide que sus alumnos consigan lo que él ha conseguido. Actúa como «bonachón», pretendiendo complacer y dar la razón a todos sin disgustarse con nadie.

La formación médica ha sido considerada tradicionalmente ardua y exigente; desafortunadamente, dentro de ésta se ha documentado que las funciones docentes parecen diluirse en medio de otras muy diversas actividades gerenciales, asistenciales, administrativas o de investigación, quedando la academia, a lo más, como un mero elemento decorativo del hospital o del currículo del facultativo, bastante lejos de convertirse en una herramienta básica para el buen funcionamiento de los individuos (alumnos, profesores o pacientes), las unidades hospitalarias o la sociedad en pleno.³⁰⁻³²

res o pacientes), las unidades hospitalarias o la sociedad en pleno.³⁰⁻³²

Se ha descrito que el proceso educativo en los hospitales formadores de médicos especialistas se ha caracterizado por una gran pasividad, donde la memoria y la información son equivalentes a conocimiento y en donde se propicia un quehacer médico rutinario con un pobre proceso de reflexión y una marcada desvinculación entre la teoría y la práctica.³³⁻³⁶

Como diría Abreu: «La educación médica ha puesto el énfasis en estudiar la enseñanza en los ambientes formales y escolarizados. Empero, la vida profesional de los médicos está llena de acciones de aprendizaje informales entrelazadas con el ejercicio y la práctica cotidiana».³⁷

Los residentes consideran a sus médicos adscritos (profesores) como modelos profesionales de aprendizaje, y valoran su experiencia como un gran recurso para la solución de problemas; si logramos que esta relación y el propio proceso educativo se sustente bajo el desarrollo de una postura docente, estaremos en la posibilidad de reconceptualizar el proceso educativo a través de un abordaje crítico y reflexivo de la experiencia y los conceptos necesarios por los alumnos, superar las meras relaciones de poder-autoridad-sometimiento y generar espacios donde el compartir ideas y experiencias, así como la discusión de diferentes puntos de vista, no sean la excepción, sino parte integral de un proceso docente-educativo motivador, participativo, problemático, productivo, científico, creativo, comprometido con la realidad social y eminentemente investigativo e integrador.³⁸

Aunque, según los expertos, el tutor o docente debería constituirse como un facilitador que individualiza los conocimientos de los alumnos, sus aptitudes, cualidades, fallos y actitudes, para incentivarle, dirigirle y formarle un pensamiento crítico y reflexivo, la realidad dentro del ambiente hospitalario dista mucho de esto.³⁹

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene, entre sus funciones, la educativa, y en ella uno de los ámbitos específicos es la formación académica de los médicos residentes durante un curso de especialización. En este sentido, cada unidad sede receptora de médicos residentes es un centro escolar que debe aspirar a conocer a fondo cada uno de los elementos involucrados en el proceso enseñanza-aprendizaje, es decir: alumnos, profesores, recursos y programas. Sólo a partir de ese conocimiento se puede pensar en la mejora de los procesos, en este caso el educativo.⁴⁰

Dentro de la Especialidad de Urgencias y una vez determinado que las estrategias educativas par-

ticipativas y la mejora de los ambientes laborales pueden favorecer el desarrollo de capacidades cognitivas complejas,⁴¹⁻⁴³ nos parece crucial el determinar cuáles son los estilos-actitudes con los que los médicos del Servicio de Urgencias desarrollan su práctica docente en el día a día de las actividades académico-asistenciales para con los residentes; y si con éstas se está en la mejor posibilidad de favorecer o no el desarrollo de las habilidades reflexivas y críticas que esperamos de los médicos a los médicos especialistas a los que formamos, motivo para la realización de este estudio.

MÉTODOS

Estudio observacional aprobado por el Comité Local de Investigación en el que se invitó a participar a todos los médicos adscritos a un Servicio de Urgencias de 2º nivel. Después de informarles las características del estudio, a los que aceptaron participar se les aplicó de forma anónima un formato ex-profeso que indaga sobre sus actitudes hacia el proceso educativo.

Las variables a analizar fueron: edad, género, turno laboral, categoría contractual, especialidad, formación docente, antigüedad, número de empleos y actitud docente. La actitud docente fue considerada como las formas que tienen los profesores de desempeñar su rol docente, que se concreta y se observa a través de su conducta diaria a lo largo de cada una de las fases del proceso educativo y se evalúa a través de los indicadores: autoritaria, democrático, sobreprotector, inconsistente, autosuficiente y permisivo.

El instrumento en su versión final quedó en 64 ítems construidos en duplas excluyentes sobre una base de escala tipo Likert de seis puntos, que va entre muy de acuerdo y muy en desacuerdo. Fue validado a través de dos rondas de expertos en investigación educativa ajenos al estudio y por consenso 4 de 4. Se aplicó una prueba piloto a un grupo de médicos adscritos a un Servicio de Urgencias de otra Unidad de Segundo Nivel de Atención a fin de establecer la consistencia del instrumento de acuerdo a la prueba de Kuder-Richardson, la cual resultó de 0.92.

Se empleó estadística descriptiva mediante valores absolutos y porcentajes. Para la estadística inferencial se utilizó el test de la chi cuadrada. Se calcularon los valores de la odds ratio junto con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se aceptaron como estadísticamente significativas aquellas diferencias para las que el valor de la *p* era inferior a 0.05 y el IC 95% excluía el valor 1.

RESULTADOS

Aceptaron participar en este estudio un total de 50 (65.79%) de los 75 médicos del Servicio de Urgencias; la razón que expusieron el resto para no ser incluidos fue no interesarse en cuestiones educativas «Sí». La edad fluctuó entre los 28-60 años (\bar{x} : 43.66). El 70% fueron del género masculino y los turnos laborales vespertino y nocturno (32%) fueron los más frecuentes. El 98% eran personal de base. Dentro de las especialidades, la más frecuente fue la de Urgencias (56%), seguida de la de Pediatría (16%) (Figura 1). Sólo nue-

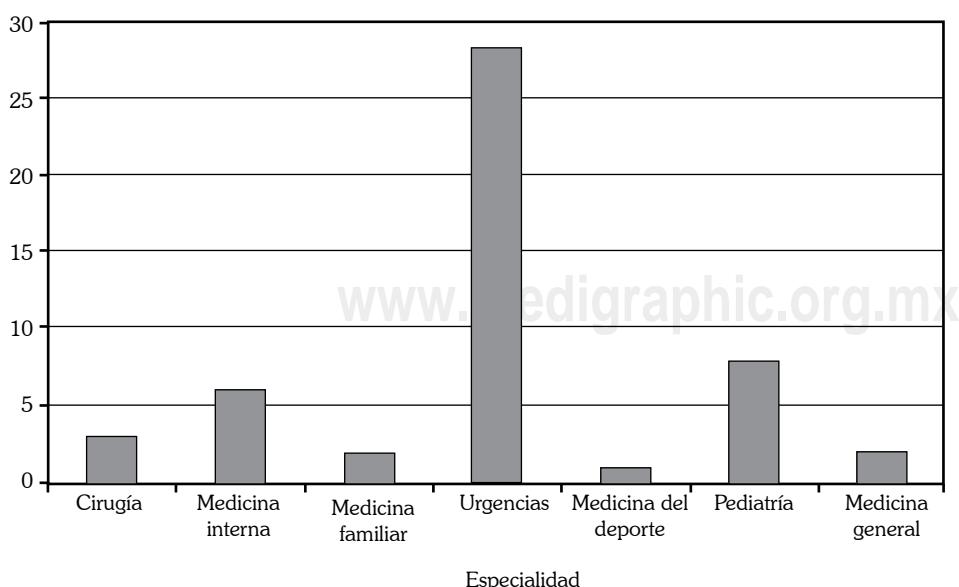


Figura 1. Distribución por especialidad de los 50 médicos evaluados sobre estilos docentes.

ve de los médicos (18%) refirieron tener formación docente previa. La antigüedad promedio fue de 14.36 años (rango 3-27). El 70% de los encuestados comentaron tener más de un empleo.

Hablando específicamente de las actitudes docentes, encontramos que la predominante fue la inconsistente (56%), seguida de la autoritaria (24%) (*Cuadro I*).

Al realizar el análisis de los estilos de acuerdo a especialidad, encontramos que los que mostraron significancia estadística fueron: Actitud inconsistente para la especialidad de Medicina Interna (OR 2.01, IC 1.15-3-17), actitud autoritarios (OR 3.24, IC (1.34-4-55) e inconsistente (OR 2.89, IC 1.45-3.33) para la de Urgencias y la actitud inconsistente para la de pediatría (1.12, IC 0.89-1.66) (*Cuadros II y III*).

La formación docente se asoció a la actitud democrática (OR 3.15, IC 2.14-3.97), en tanto que más de

2 empleos se asociaron con la actitud autoritaria (OR 4.19, IC 3.12-5.11).

Las variables de edad, género, turno laboral, categoría contractual, antigüedad, no se relacionaron con alguna actitud docente en particular.

DISCUSIÓN

A través de la historia moderna, la esperanza de progreso de los pueblos, depositada en la educación, se ha fundamentado de forma notoria en la labor del profesor. Independientemente del papel que asignemos a la educación en nuestra idea de progreso, el profesor aparece como un personaje al que se le confían responsabilidades de enorme trascendencia.¹

Independientemente del paradigma que se viva en un momento histórico social determinado, diversas teorías han intentado explicar cómo aprendemos, así como el papel que dentro de cada una de ellas debe desarrollar el profesor; en lo general, podríamos decir que si los profesores interpretan el aprendizaje como información, desarrollan la enseñanza como transmisión de la misma y enfocan su docencia con base a estrategias centradas en el dominio y control, que si no exclusivos, sí predominantemente por parte del profesor. Por el contrario, los que reflexionan sobre el aprendizaje como el desarrollo y cambio en las ideas y acciones de los estudiantes conciben la enseñanza como la ayuda a los estudiantes para generar estas transformaciones y enfocan su docencia con base en estrategias centradas en el estudiante y en donde el

Cuadro I.

Estilos docentes encontrados en los 50 médicos del Servicio de Urgencias evaluados.

Estilo	n	%
Autoritario	12	24
Democrático	3	6
Sobreprotector	3	6
Inconsistente	28	56
Autosuficiente	2	4
Permisivo	2	4

Cuadro II.

Asociación entre las especialidades y las actitudes docentes, en los 50 médicos evaluados del Servicio de Urgencias.

Actitud	Cirugía (n = 3)	Medicina interna (n = 6)	Urgencias (n = 28)	Medicina familiar (n = 2)	Medicina general (n = 2)	Pediatria (n = 8)	Medicina del deporte (n = 1)
Autoritaria			(n = 12) 3.24 (1.34-4-55)			(n = 1)	
Democrática			(n = 2)				
Sobreprotectora			(n = 3)				
Inconsistente	(n = 1) OR = 1.21 (0.78-1.19)	(n = 5) 2.01 (1.15-3.17)	(n = 11) 2.89 (1.45-3.33)	(n = 2) 1.13 (0.77-1.79)	(n = 2) 1.88 (0.91-2.11)	(n = 5) 1.12 (0.89-1.66)	(n = 1)
Autosuficiente	(n = 1) OR = 0.90	(n = 1)				(n = 1)	
Permisiva	(n = 1)					(n = 1)	

Cuadro III.

Variable	Actitud asociada	OR (IC 95%)
Formación docente	Democrática	
Más de 2 empleos	Autoritario	

poder y la responsabilidad se comparten entre los interesados.^{3,6}

Dentro de este ámbito médico y en especial dentro de las especialidades o residencias, ha llamado también la atención el papel de los profesores (llámese como tal a todo médico adscrito a un sistema asistencial con el que los alumnos de una residencia tienen contacto a lo largo de su formación profesional) papel que se ve magnificado al considerar que más allá de las actividades en aula, son las acciones y actitudes que éste realiza y desempeña de forma continua y por mayor lapso de tiempo en los campos clínicos, en donde su interacción con los médicos en formación puede trascender los aspectos memorísticos, ya que se relacionan no sólo una amplia gama de conocimientos, sino principalmente aptitudes clínicas, perfiles biopsicosociales, principios éticos y morales y diferentes concepciones ante el proceso educativo y la práctica profesional real.^{1,35,36}

Siguiendo esta línea, resulta normal haber encontrado en este estudio que las actitudes inconsistentes y autoritarias fueran las más frecuentes. Con estas actitudes, en donde o no hay una pauta de conducta que regule la totalidad del proceso educativo al actuar de forma «improvisada», o en donde se intenta aplicar a «rajatabla» la disciplina imponiendo castigos y sanciones a fin de imponer y controlar de esta manera su propia concepción de la especialidad. Ambas situaciones son poco deseables dentro de un proceso educativo, pero por desgracia, se ha documentado, son de presencia común en nuestro medio.³⁰⁻³²

Otro punto a considerar es la sobrecarga de trabajo, en la que se ven involucrados los profesores, quienes al tener que desarrollar actividades asistenciales en varias instituciones, corren el riesgo del llamado «desgaste profesional», con la consecuente apatía y desinterés por otro tipo de actividades, docencia e investigación incluidas.²⁸

Resulta interesante que la formación docente se relacione con una actitud más democrática, esto pudiera explicarse por la reconceptualización y mayor importancia que tras este tipo de formación suele darse a todas y cada una de las fases del proceso educativo.

Para responder a las necesidades reales a las que en materia de salud se enfrenta nuestro país, es cru-

cial formar médicos capaces de enfrentarse y resolver diferentes tipos de problemáticas; en este sentido, se requiere que los diferentes médicos que se ven involucrados en su proceso educativo estén no sólo comprometidos con el mismo, sino que se desarrollen bajo un pensamiento crítico y reflexivo con el que se entienda el desarrollo del *currículum* desde una comunidad educativa participativa y democrática, favoreciendo el desarrollo humano, todo bajo un clima de confianza y respeto mutuo.

He ahí el reto.

CONCLUSIONES

- 1) Las actitudes docentes que desarrollan los profesores de la especialidad de urgencias no favorecen un proceso educativo, reflexivo y participativo.
- 2) Es necesario favorecer la formación docente y disminuir la carga asistencial dentro de los médicos del Servicio de Urgencias, a fin de generar actitudes docentes que favorezcan un mejor proceso educativo de los residentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar E, Viniegra L. El concepto de postura. Más allá de la medición de actitudes. En: Viniegra L, editor. *La investigación en la educación: papel de la teoría y de la observación*. 2^a ed. México: IMSS; 2000.
2. Abbagnano N, Visalberghi A. *Historia de la pedagogía*. México; 1964.
3. Hernández-Rojas G. *Paradigmas en psicología de la educación*. México: Paidos; 1998.
4. Varela-Ruiz M. Aportaciones del cognoscitivismo a la enseñanza de la medicina. *Gac Méd Méx* 2004; 140 (3): 307-308.
5. Moreno JE. Ideologías educativas y enfoque cognitivo del desarrollo moral. *Psicología y Psicopedagogía*. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. Año III N° 3 Marzo 2002.
6. Montes-García S. *Clásicos de la pedagogía*. México: UNAM; 2003.
7. Viniegra-Velázquez L. Una nueva estrategia para la educación médica de posgrado. Parte II. *Rev Inv Clin* 1990; 42 (3): 240-244.
8. Murueta MA. *Otras miradas en educación*. México: AMAPSI. 2003.
9. Díaz-Barriga F, Hernández-Rojas G. Estrategias docentes para el aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. 2^a ed. McGraw-Hill; 2006.
10. Ausubel DP. *Educational psychology: A cognitive view*, Holt, Rinehart and Winston, Nueva York, 1968.
11. Viniegra-Velázquez L. Las enfermedades crónicas y la educación. *Rev Med IMSS* 2006; 44 (1): 47-59.
12. Nolla Cao N. Instrumento para la evaluación y certificación del diseño curricular. *Educ Med Sup* 2004; 18 (3).
13. Aguilar E, Viniegra L. El concepto de postura. Más allá de la medición de actitudes. En: Viniegra L, editor. *La investigación en la educación: papel de la teoría y de la observación*. IMSS, 2^a edición, México, 2000: 201-226.

14. Viniegra L, Aguilar E, González R. Instrumentos de observación del desarrollo de una postura. En: Viniegra L, Aguilar E, editores. *Hacia otra concepción del currículo. Un camino alternativo para la formación de investigadores*. IMSS, México, 1999: 175-192.
15. Jiménez RJL, Viniegra VL. Teoría y práctica en la especialización médica. *Rev Inv Clin* 1996; 48 (3): 179-184.
16. Núñez-Wong M, Espinosa-Alarcón PA. Desarrollo de postura ante la educación en profesores de personal de salud. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (4): 289-298.
17. Pérez-Rodríguez BA, Viniegra-Velázquez. La formación de profesores de medicina, comparación de dos estrategias educativas en el aprendizaje de la lectura crítica de la información. *Rev Inv Clin* 2003; 55 (3): 282-288.
18. Vázquez-Martínez D, Márquez-Serrano M, Viniegra-Velázquez L. Encuesta de profesionalismo de los profesores de medicina en México. *Rev Inv Clin* 1998; 50: 73-77.
19. Insfrán-Sánchez M, Viniegra-Velázquez L. La formación de profesores en el área de la salud. Papel de la discusión en pequeños grupos para el desarrollo de la aptitud para la lectura crítica. *Rev Inv Clin* 2004; 56 (4): 466-476.
20. Viniegra-Velázquez L. Una nueva estrategia para la educación médica de posgrado. Parte II. *Rev Inv Clin* 1990; 42 (3): 240-244.
21. Alarcón P, Viniegra-Velázquez L. Efecto de una estrategia educativa sobre la lectura crítica de estudiantes de medicina. *Rev Inv Clin* 1994; 46: 447-56.
22. Sabido SC, Viniegra VL, Espinosa AP. Evaluación de una estrategia educativa para desarrollar la lectura crítica en médicos de primer nivel de atención. *Rev Med IMSS* 1997; 35 (1): 49-53.
23. Loría-Castellanos J, Rivera-Ibarra DB. Postura ante la educación en médicos adscritos a un Servicio de Urgencias *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44: S142-S147.
24. Díaz-Aguado MJ. Estilos de enseñanza, en Beltrán, J. *Psicología Educativa*. Madrid: UNED, 1985.
25. Doménech F, Traver JA, Moliner O, Sales A. Análisis de las variables mediadoras entre las concepciones educativas del profesor de secundaria y su conducta docente. *Revista de Educación* 2006; 340: 473-492.
26. Montero ML. Los estilos de enseñanza y las dimensiones de la acción didáctica, en COLL, C. en: Palacios J, Marchesi A. *Desarrollo psicológico y educación, II. Psicología de la educación*. Madrid: Alianza Editorial, 1991.
27. Tabachnick B, Zeichner K. The impact of the student teaching experience on the development of teacher perspectives, en Tabachnick B, Zeichner K. *The Development of Teacher Perspectives: Final Report*. Wisconsin: Wisconsin Center for Education Research, 1985.
28. Palomino. Algunos estilos docentes y curriculares. Tomado de http://www.emagister.com/frame.cfm?page=user_matricula&id_user=39743010409200726525049705654695&id_curso=59989060040368546970554949574554&id_centro=61174090033066666748506549694552&url_frame=http://perso.wanadoo.es/angel.saez/pagina_nueva_128.htm
29. Salgado E. Juego Actitudes del Docente <http://www.iidh.ed.cr/documentos/HerrPed/pedagogicaspecializado/juegoactitudes.pdf>
30. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ* 2002; 325: 707-10.
31. Abreu-Hernández LF, Infante-Castañeda CB. La educación médica frente a los retos de la sociedad del conocimiento. *Gac Méd Mex* 2004; 140 (4): 381-390.
32. Díaz-Novas J, Guerrero A. Algunas consideraciones sobre la formación del especialista en la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1994; 9 (4): 336-44.
33. Vázquez-Martínez CA, Insfrán Sánchez M, Cobos-Aguilar H. Papel de la experiencia docente en estrategias educativas promotoras de la participación. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (1): 23-29.
34. Arnaiz TC, Rodríguez PS, Mercado MR. Evaluación de las estrategias en la formación de especialistas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med IMSS* 1994; 32 (2): 187-190.
35. García-Moreno J. La docencia como parte del desempeño del médico familiar. *Rev Med IMSS* 2001; 39 (5): 369-371.
36. Viniegra-Velázquez L. La investigación en la educación. 2^a edición. México: Unidad de Investigación Educativa. IMSS; 2000.
37. Abreu-Hernández LF, Infante-Castañeda CB. La educación médica frente a los retos de la sociedad del conocimiento. *Gac Méd Mex* 2004; 140 (4): 381-390.
38. Aguilar-Mejía E, Viniegra-Velásquez L. *Atando teoría y práctica en la labor docente*. México: Paidos Educador; 2003.
39. Viniegra-Velázquez L. La perspectiva epistemológica. En: *Hacia otra concepción del currículo*. México: IMSS; 1999.
40. Aguilar-Mejía E. ¿Qué es la Carrera Docente Institucional? *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (4): 337-346.
41. Loría-Castellanos J, Rivera-Ibarra DB. Aptitudes clínicas de residentes de urgencias médico-quirúrgicas. Comparación de dos estrategias educativas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44: S69-S76.
42. Loría-Castellanos J, Rivera-Ibarra DB. Postura ante la educación en médicos con funciones docentes, alcances de dos diferentes estrategias educativas. *Gac Med Mex* 2009; 145 (1): 37-40.
43. Chavarría R, Rivera D. Entorno laboral y aptitudes clínicas en residentes de urgencias médico quirúrgicas. *Rev. Med. IMSS* 2004; 42 (5): 373-80.