



Vol. 15 No. 3

Septiembre de 2012

LAS RELACIONES SOCIALES DE LOS ALUMNOS EN CLÍNICA INTEGRAL: ANÁLISIS DESDE LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES¹

Leticia Osornio Castillo², Rafael Sánchez de Tagle Herrera³, Luis Heshiki Nakandakari⁴, Sabas Valadéz Nava⁵ y Edilberto Domínguez Álvarez⁶

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

La formación del médico que requiere de propuestas formativas que consideren el conjunto de habilidades, destrezas y actitudes que el médico debe poseer para realizar su práctica profesional. El presente trabajo tiene como propósito contribuir al estudio del perfil psicoeducativo del estudiante de la carrera de medicina a partir de recuperar las representaciones sociales que poseen los alumnos y que consideramos son responsables de las decisiones, formas de abordar la tarea educativa y sobre todo de las relaciones que se construyen dentro de la medicina. La información se obtuvo por medio de interrogar a los alumnos sobre su experiencia con los docentes, los pacientes, el personal del hospital y sus pares; en el entendido que la

¹ Este trabajo fue realizado con el apoyo financiero de la UNAM, Facultad de estudios superiores Iztacala, mediante el PAPCA 2009-2010, Número de proyecto 55 y el apoyo de Proyectos PAPIME 2010-2011 Clave 200609.

² Profesor Asociado C, T.C., carrera de Médico Cirujano, FES Iztacala-UNAM. Correo electrónico: letyosornio2005@yahoo.com.mx

³ Profesor Titular. B. T. C Clínica integral. Correo electrónico: rsanchezdet@yahoo.com.mx

⁴ Profesor Titular A Clínica Integral. Correo electrónico: luisheshiki@aol.com

⁵ Profesor Asociado C, T.C., carrera de Médico Cirujano, Correo electrónico: sabas51sabas51hypnosis@hotmail.com.

⁶ Profesor de Asignatura del Módulo de Endócrino. Correo electrónico. edoming@campus.iztacala.unam.mx

relación que establece con ellos influye en su forma de pensar y se convierte en guías de acción que facilitan u obstruyen su proceso educativo; también se retoma la función que tiene como estudiante y la forma como es evaluado. Es una investigación de tipo cualitativo y transversal; la muestra fue intencional, participaron 30 estudiantes de medicina que ya cursaron el tercer año de la carrera de la carrera de medicina, en la FESI. Los datos se analizaron de manera cualitativa; se discuten las implicaciones de los resultados y se hacen propuestas.

Palabras clave: Representaciones sociales, estudiantes universitarios, clínica integral.

SOCIAL RELATIONS OF STUDENTS IN COMPREHENSIVE CLINIC: ANALYSIS FROM THE THEORY OF SOCIAL REPRESENTATIONS

ABSTRACT

The medical training required to consider the proposals set of abilities, skills and attitudes that the physician must have for your practice. The present work aims to contribute to the study of psycho-educational profile of medical students to recover from the social representations held by students and we believe are responsible for decisions, ways to address the educational task and especially the relationships constructed within medicine. The information was obtained by questioning the students about their experiences with teachers, patients, hospital staff and their peers, with the understanding that the relationship established with them influences their thinking and become action guidelines that facilitate or obstruct the educational process also takes the role it plays as a student and how it is evaluated. It is a qualitative research and transverse, the sample was intentional, involving 30 medical students already in her third year of medical studies in the FESI - UNAM. Data were analyzed qualitatively, we discuss the implications of the findings and proposals are made.

Key words: Social representations, students, comprehensive clinic.

INTRODUCCIÓN

La formación del alumno de la carrera de medicina, se encuentra marcada de manera especial por las relaciones sociales que construye en función del lugar que, como alumno, adquiere en su paso por la formación clínica. En este trabajo

recuperamos esas relaciones a partir de interrogar al alumno sobre su experiencia con los docentes, con sus pares, con el equipo de salud y con los pacientes, en el entendido que la relación que establece con ellos influye en su forma de pensar y se convierte en guías de acción que facilitan u obstruyen su proceso educativo. También se retoma la función que tiene como estudiante y la forma como es evaluado.

Existen estudios para conocer e interpretar los resultados de los programas de la carrera de medicina (Noriega y cols. 2007); algunos describen los procesos metodológicos (Lifshitz, 1990; 1993), otros describen los detalles cotidianos del acontecer en la práctica clínica (Hernández, 2001; Buraschi, Duro, Buraschi, Marano y Vautier, 2005) y muy pocos se orientan a la búsqueda de significados que los actores del proceso educativo interponen con sus expectativas, visiones y sentimientos que subyacen en la formación médica (Larios, Trejo y Cortez, 1998; Ruvalcaba, Ortigoza, Rodríguez y Paredes, 2001).

Coincidimos con Villasmil (2004) en que es fundamental estudiar las interacciones que se dan entre alumnos y docentes, en especial las formas de comunicación presentes en las ideas compartidas. En esta interacción se identifican necesidades y problemas comunes y, a la vez pueden emergir valores para la mejora profesional del docente que atienda a las necesidades específicas del alumno. En esta relación pedagógica, Weintraub (2005) refiere que surge una red de vínculos interpersonales, éticos, científicos e incluso morales orientados a ciertos fines y con cierta permanencia para asesorar el desarrollo del alumno en un apropiado ejercicio profesional; aquí, se establecen diálogos basados en la confianza, donde se aprende a ser, convivir, reflexionar lo que la ciencia aporta en un intercambio de ideas y se construye gran cantidad de simbolizaciones sociales, es decir, hay una interrelación de sentidos y resignificaciones e interpretaciones a través del trabajo reflexivo y crítico.

Esta investigación involucra a los actores de una situación clínico-educativa que intenta conocer la realidad empírica, en donde necesariamente se retoman sus formas de vida, pensamientos, ideas, creencias y prácticas englobadas dentro de la subjetividad del alumno. Se respetaron los datos proporcionados acerca de

sus vivencias reales del contexto clínico, es por ello que partimos de la teoría de las representaciones sociales para comprender e interpretar sus discursos.

El término representación social (RS) fue propuesto por Serge Moscovici (1961) como una ampliación y ruptura de la noción de representación colectiva elaborada por Durkheim. A diferencias de la representación colectiva que es producto de un proceso cultural de larga duración y, prácticamente inmutable, la RS es propia de la modernidad los conceptos compartidos socialmente, conforman sistemas de pensamientos grupales, no estáticos ni tienen una permanencia asegurada, por lo que tienden a mutar constantemente.

Esta teoría se erige como un paradigma de explicación que recupera al sujeto social, es decir, aquel que es poseedor de varias identidades sociales, como el agente que crea y recrea su propia realidad social a través de la comunicación con otros sujetos y de la construcción grupal de ideologías en un mundo en constante cambio, cuyos integrantes son seres pensantes que interactúan todo el tiempo (González, 2006:61).

Por otro lado, Jodelet (1984) amplía el término de las RS, mencionando que constituye la designación de fenómenos múltiples que se observan y estudian a varios niveles de complejidad, individuales y colectivos, psicológicos y sociales. Entonces, la RS se presenta de forma muy variada, compleja, con imágenes que condensan un conjunto de significados; sistema de referencia que nos permiten interpretar lo que sucede, e incluso dar sentido a lo inesperado. Esto clarifica los fenómenos, las circunstancias y las actitudes de los individuos con quienes se interactúa.

De acuerdo con Abric (2004), las RS cubren una función grupal determinada por la práctica social de cada grupo –para nuestro caso la relación médico paciente, la relación docente alumno-. Dentro de las funciones que señala este autor son: a) conocimiento: facilita a los miembros del grupo la comprensión y la explicación de la realidad; b) identidad: preserva una identidad social en base a normas y valores que tienen una determinada función histórica; c) orientación: determina comportamientos y prácticas sociales del grupo y, d) justificación: permite validar las posturas y conductas del grupo.

En la formación de las representaciones sociales subyace una actitud de aceptación para continuar las costumbres, normas y valores sociales dentro de un determinado contexto como en el campo de la medicina (paciente, médico y alumno).

La RS se construye, comparte y difunde en los espacios en los que se comunican las personas, éstos pueden ser los servicios de hospitales, los salones de clase, las reuniones familiares, los cafés, etcétera. Para fines de este estudio, es importante reconocer a los alumnos como los sujetos sociales dentro de sus grupos dan sentido a los objetos de la representación de la clínica integral.

Covarrubias y Martínez (2007), señalan que es necesario prestar atención a las representaciones que tienen los alumnos sobre el aprendizaje durante su formación profesional, como uno de los referentes implicados en el interjuego de relaciones y construcciones subjetivas que se expresan en la práctica de un currículo.

MÉTODO

El diseño para esta investigación es cualitativo, descriptivo y transversal de acuerdo a Best (cit en Cohen y Manión, 2002:101). E interpretativo del discurso de la representación que posee el alumno (Moscovici: 1961, Abric. 2001).

Objetivo: Describir la representación social que tienen los estudiantes de clínica integral, con respecto a las relaciones alumno-docente, alumno-pacientes, alumno personal del hospital y alumno- alumno, su función como estudiantes, la evaluación a la que están sujetos.

La muestra fue no probabilística de sujetos tipo, cuyo objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización, (Hernández, Sampieri, 2005: 328). Participaron 30 estudiantes de la carrera médico cirujano de la generación 2007, con cual se ha seguimiento desde que ingresaron a la universidad; mismo que ya cursaron clínica integral V y VI; 18 fueron de sexo femenino y 12 de masculino, con una edad promedio de 20 años.

Escenario: Las entrevistas se realizaron en un aula de los Hospitales del sector salud que apoyan como campo clínico en la formación de los estudiantes de la carrera de medicina de la FES Iztacala.

Instrumento. Guía de entrevista alumnos. Se diseñó un instrumento específico mismo que constó de su función como estudiante, su inserción en la práctica clínica, sus habilidades y destrezas adquiridas, la forma en que éstas son evaluadas; Se elaboraron ocho cerradas y 20 abiertas en las que se explora calidad de la enseñanza, del aprendizaje, participación activa y domino de procedimientos y habilidades clínicas que los alumnos. Las preguntas se distribuyeron de la siguiente manera: Se contemplaron seis variables: Relación con docentes (4), Relación entre los alumnos (3), Relación con el personal del hospital (3), Relación pacientes (5); así como Función del estudiante (5) y Evaluación del aprendizaje (8).

Procedimiento. Se contactó a los estudiantes de clínica integral para solicitar su participación, previo consentimiento informado de que las entrevistas serían audiografiadas, se realizaron de manera individual.

RESULTADOS Y SU ANÁLISIS

En cada variable se clasifican las respuestas en distintas categoría y se hace una interpretación con ejemplos textuales de algunos alumnos.

I. RELACIÓN CON LOS DOCENTES

Para este rubro se subdivide en cinco categorías específicas que dan idea de la interacción docente alumno:

a) Tipo de relación con los docentes. El 90% de los estudiantes entrevistados considera que tuvo una buena relación con sus profesores.: “*Buena, porque es buen trato con ellos, son accesibles y responden las preguntas, y se discuten los trabajos realizados*”, “*...fue buena, pues fueron muy amables, siempre que teníamos dudas nos contestaban, nos permitieron estar con ellos mucho tiempo en los consultorios*”, “*el profesor nos daba confianza*”. Otro 5% consideró que no fue

una buena relación: “*hay materias que de plano, tuve problemas precisamente porque no te enseñan, van se sientan y no te enseñan y aparte cuando al momento de que te evalúan te hacen ver como que no sabes nada*”, “...en [...], te *menosprecian y subestiman*”. El 5% restante no respondió a la pregunta.

b) Presencia de alguna dificultad con los docentes. Se agruparon en tres tipos las relación con el docente: 1) falta de supervisión: “...*nada más con gineco, porque ese doctor ni nos pelaba, primero puso de pretexto de que si no llegábamos a tiempo no nos daba clase y, cuando llegábamos a tiempo, tampoco nos daba clase*”; 2) falta de respeto: “*el cirujano plástico era muy grosero, burlón*”, “...*en urgencias pediátricas, no le gustaba estar al pendiente de nosotros, supongo que por sus ocupaciones, no le agradaba nuestra presencia*” y, 3) ausencia del docente: “*la doctora que nunca estuvo en nuestro servicio*”.

c) Discriminación en el trato a los alumnos. El 61.90% de los estudiantes afirma haber observado o haber sido discriminado por algún profesor. Ya sea por: 1) género: “*hay doctores mujeres que tratan mejor a hombres y hombres que tratan mejor a mujeres*”, “...*pues sí, como en todo, solo por ser una, hay muchos doctores que vienen del imperio, cuando nosotros llegamos sí había mucha así demanda más para el pene que para nosotras, pero ya después, hubo una junta en el hospital que nosotros tampoco merecíamos ese trato y cambiaron mucho las cosas, más que nada por eso, por ser mujer, y con ese doctor que era tirano, siempre decía que éramos bicefálicas*”, en otros casos “*si la chava en más bonita, la llaman más, le asignan mejor calificación*”; 2) ser estudiante: “...*en la [...] no vi ninguna discriminación, pero en la [...] había algunos residentes que sí lo hacían... por ejemplo eh... estamos con un paciente tanto los residentes como nosotros como estudiantes y por ejemplo nosotros intentamos explicarle el caso del paciente a un doctor y el residente luego se metía en la plática y no nos dejaba este... apoyar al doctor en cuanto a la información del paciente*”, “*por ser estudiantes, no nos toman tanta importancia, nos dicen ah!!! son estudiantes, a ver, ponte a hacer esto, vayan a ver que hay, quédate sentado*” y, 3) por su lugar de procedencia: “*se percibe un trato diferente por ser de Iztacala*”, “*a algunos del poli o de particulares, los tratan mejor*”.

d) Sugerencias para mejorar la relación entre docentes y alumnos: En esta categoría hacen sugerencias tanto para docentes del hospital como para los alumnos. A los primeros sugieren: “Tener mayor compromiso en el hospital, que los doctores... traten igual a todos los estudiantes, que los médicos sean pacientes y se dediquen a enseñar, que no deleguen la formación de los estudiantes a los internos y/o residentes”, que los doctores traten igual y que nosotros no prejuzguemos que nos van a tratar mal por ser mujeres. Lo fundamental es que los tutores, cuando los asignen sean tutores de verdad, quieran esa asignación, que de verdad quieran ser docentes, en verdad quieran enseñar, que en verdad quieran hacerse cargo de los alumnos porque si no quieren te van a tratar mal, no te van a enseñar y tú vas a estar a la deriva, entonces lo fundamental es eso asignen médicos que quieran tener alumnos. Que los doctores tengan más empatía con los alumnos, Que el doctor se preste para aclarar dudas.

En cuanto a los alumnos: llegar a tiempo, mayor compromiso y que planteen sus dudas.

II. RELACIÓN CON LOS PACIENTES

a) Descripción de la relación con el paciente. La mayoría de los estudiantes entrevistados, considera que su relación con los pacientes, se reduce a interrogarlos, explorarlos, hacerles historias clínicas, proponer un diagnóstico; ayudarlos, cuando requieren ir al laboratorio. Asimismo, afirman que la relación que se da es de respeto: “*es una relación que se debe manejar siempre quedando el respeto que se merece la otra persona y que esa persona te guarde el respeto que tú te mereces*”, “*brindarle al paciente esa confianza, un buen trato, nobleza, para que el paciente tenga confianza para poder decir, no lo emocional, sino para que te cuente qué es lo que tiene para ver los síntomas y llegar a un posible diagnóstico... amabilidad*”, “*...fue adecuada, me agració porque los pacientes ya se dirigen hacia ti como un doctor y no como un estudiante, había veces en las que tenían dudas de su patología y se les aclarábamos sus dudas*”.

b) Beneficios. Se agruparon cuatro subcategoría que los estudiantes mencionan tener como beneficio de su relación que con los pacientes: 1) Mayores conocimientos médicos: “*saber que las patologías no son iguales en todos los pacientes y que van a ser de forma diferente*”, 2) perder del miedo a interrogar pacientes: “*ser más abierto, se aprende a perder el miedo al paciente, se aprende a saber qué decirle*”, “*...pues aprender a interrogar y ver que con cada persona es diferente el trato*; 3) mayor empatía con el paciente: “*se facilita el trato con otras personas, aprender del carácter de cada uno, de sus necesidades y poder llegar a una conclusión diagnóstica*” y; 4) mejora en la forma de transmitir información en lenguaje entendible para el paciente: “*saber cómo hablarles, pues antes trataba de utilizar más términos médicos y ahora más a su entendimiento*”.

c) Dificultades con pacientes. El 81% de los estudiantes consideraron no haber tenido ninguna dificultad en la interacción con sus pacientes, ya sea en el servicio del hospital o en el consultorio. El 19% restante, mencionaron haber tenido algún tipo de dificultad con los pacientes o sus familiares: “*una paciente se enojó porque una compañera le preguntaba mucho de lo mismo*”, “*unos familiares de un paciente se molestaron y quejaron con el médico y/o interno*”, “*un paciente no nos quiso dentro del consultorio, cuando lo estaban atendiendo*”, “*algunos pacientes son muy altaneros, pues no sé...si se levantaron con el pie izquierdo o si chocaron su coche van a ver a quién molestan, nada más.... no conflictos tan graves*” y, “*una vez una compañera no podía sacar una gasometría y entonces la señora se puso histérica y le empezó a decir cosas; yo estaba en la cama de al lado y le pedí que se calmara*”.

d) Orientación previa a la atención a pacientes. El 95% de los estudiantes entrevistados, considera que es importante tener una orientación antes de comenzar a atender a los pacientes en el hospital. Todas sus respuestas hacen referencia a que se les oriente en cuanto al trato hacia el paciente: 1) Primer acercamiento con el paciente: “*...muchas veces uno mismo o algunos compañeros cuando llegas a clínica, no sabes cómo hablarle al paciente, eres tímido, entonces la persona percibe esa timidez y al momento de que la estas tratando hasta ellos te dicen que no te pongas nervioso, yo creo que si sería*

adecuado que el médico te dijera o te ayudara, aunque no estés haciendo lo correcto"; 2) Actuar con respeto: "como tratar a los pacientes y respetarlos, ya que vas con los ojos cerrados"; 3) Ser empáticos: "...se nos debe hacer conscientes del estado en el cual se encuentra un paciente, o sea, la mayoría están alterados por obvias razones, vienen con dolor y a veces no tenemos tacto para preguntar" "podría ser si, muchas veces tal vez no sabemos cómo se sienten ellos o que tienen y hemos entrado mis compañeros o yo y preguntamos cosas que tal vez no son adecuadas y no tenemos tacto para preguntar" y; 4) Límites en el trato con el paciente: "que te digan cómo no exaltarte con el paciente, a veces para la consulta esperan dos horas y puede entrar un poco agresivo el paciente ...tienes que tener una serenidad y no ponerte así cuando tú también estés cansado".

e) Sugerencias a los profesores y/o autoridades del hospital: "tener una mayor organización, permitir a los alumnos pasar mayor tiempo con los docente, insistir en el buen trato al paciente, tratar al estudiante como parte de la institución, mientras dure su estancia ahí, supervisar el trabajo del alumno, predicar con el ejemplo, orientar sobre cómo tratar a los diferentes tipos de pacientes y proporcionarles algunos tips de cómo ser tolerantes con los pacientes difíciles.

f) En estas representaciones subyace lo que vivieron de su práctica, con lo que recomiendan a nuevos alumnos estar atentos para Sugerencias a los estudiantes que aún no han cursado clínica integral: "*respetar al paciente, dirigirse a él por su nombre, comprender su estado de ánimo, aclarar las dudas de los familiares del paciente, perderle el miedo al paciente, aprender a cómo abordarlo, tener más tacto al realizar el interrogatorio, mostrar seriedad, no ser despectivo, no etiquetar a los paciente -chismoso, gruñón-, tratar de darle confianza para elaborar bien la historia clínica*".

III. RELACIÓN CON EL PERSONAL DEL HOSPITAL

a) Formar parte del hospital. La mayoría de los estudiantes entrevistados, el 66.66% considera que sí se les toma en cuenta como parte del hospital: ".porque salvo excepciones, el personal de que estamos rodeados es muy respetuoso y también nos enseñan algunas cosas", "te respetan, te dan así tu lugar y tratan de

que hagas actividades que les ayudes a ser algo, como acomodar expedientes, a que estés interrogando al pacientes, muchas veces las enfermeras te dicen no doctora antes de que reciba al paciente póngase su cubre bocas, lávese las manos y así con cada paciente, entonces si te respetan y te ayudan".

El 33.33% de los alumnos mencionan que no son consideraron parte del personal del hospital, argumentan que: "...el 60% de las enfermeras no te tratan bien, seguramente debido a su complejo de inferioridad", "...algunos, en el primer hospital donde estuvimos en medicina interna, las enfermeras no nos tomaban en cuenta, éramos como un mueble más", "...a veces las enfermeras son muy groseras, en el quirófano te dice quítate, estorbas, ...vete a la puerta,... aquí no, a los internos no les hacen eso, no saben que estamos trabajando con ellas".

IV. RELACIÓN ALUMNO-ALUMNO

La representación social que tienen los alumnos con respecto a la relación entre ellos, se encuentra dividida, por un lado, hay quienes consideran que es buena "...pues me llevo bien con todos, no soy de problemas, aunque hay cosas que me molestan de algunos compañeros pero no son cosas que puedan afectar la relación entre compañeros" y, por otro lado, quienes consideran que no es así, porque "...hay una marcada división en el grupo, se dialoga, pero no se avanza, ni se llegan a acuerdos", "...existe individualismo y competencia".

Dentro de los aspectos que mencionaron que favorecen la relación entre los estudiantes tenemos: "compartir artículos", "compartir información, los que saben más", "cooperar", "tratar de integrarnos como grupo", "ser pacientes y tolerantes", "abrir el diálogo entre los que hay problemas", "decir las cosas de frente", "convivir más" y "hacer actividades fuera de la escuela juntos".

Lo que sugieren es "no ser tan callado", "no ser tan prejuiciosos", "pensar bien", "como resolver problemas y resolverlos críticamente", "convivir con los amigos, pero no olvidar a los demás integrantes del grupo, no ir más allá de lo que mi compañero permite" y, "no poner tantas barreras".

V. FUNCIÓN DEL ESTUDIANTE

a) Explicación de las actividades a realizar. El 50% de los alumnos entrevistados mencionó que se les indicó las actividades a desarrollar en cada servicio; por ejemplo “en cada servicio te indican las actividades que se desarrollan, durante la semana, tal día... por ejemplo en el servicio te dicen diario, tienes que llegar a esta hora y de tal a tal hora vamos a pasar visita a ver a los pacientes, en el primer hospital, en el primer hospital [...] teníamos más libertad, nosotros podíamos presentar a los pacientes o decirle al médico de base, qué estudios pensábamos darle o si el tratamiento estaba bien o no, entonces nos indicaban a tales horas vamos a hacer el pase de visita o tales días vamos a pasar a procedimientos quirúrgicos nada más, tales días vamos a estar en consulta externa, cada médico va marcando las pautas de las actividades a desarrollar”. El otro 50%, refiere que no se les indica con claridad lo que deberían hacer: “no, explicaron lo que se tenía que hacer en los servicios, decían que hicieras procedimientos y se alejaban los médicos; el interno es el encargado del hospital y es quien te dice qué hacer o, te acusaba, porque según él, los alumnos no saben hacer nada”, “la doctora se presenta y nos dejó encargados con los residentes en el primer día de rotación y hasta el último día fue cuando nos despidió, pero en sí, nunca estuvimos con ella, nunca nos apoyó, nunca ayudó en esa rotación”.

b) Nivel de complejidad de las actividades a realizar. El 50% de los estudiantes, consideró que las actividades a realizar son las apropiadas para su nivel de complejidad de clínica integral I y II: “todas son apropiadas, muchas veces algunos aprendizajes no quedan bien pero se pregunta y se afirma”, “...las actividades que realizamos nos enseñan algo y por ello, son apropiadas”, “...a mí me parece que todas han sido apropiadas siempre y cuando tengan una revisión constante de tu coordinador o tu médica de base que te esté vigilando”.

Un 25% mencionó realizar actividades que no les corresponden, mismas que se pueden agrupar en: 1) mensajería: “ve por los refrescos o ve por el desayuno”; 2) elaboración de documentos: “pues... muchas ocasiones nos dejaban hacer notas y/o recetas, yo creo que eso no es para nosotros, porque más que nada nosotros no tenemos experiencia de cómo”... “llenar recetas de los médicos”,

“...muchas ocasiones nos dejaban hacer notas y yo creo que eso no es para nosotros, porque más que nada nosotros no tenemos experiencia de cómo llenarlas, eso sería cuestión de nosotros, las hacemos pero ellos las revisan y algunas veces llegaba el doctor y ya la firmaban y ya”.

Cabe señalar que un 15%, no supo que contestar y finalmente, el 10% restante, no respondió la pregunta.

c) Dificultades al realizar las actividades. El 40% de los entrevistados tuvo dificultades para las actividades; éstas pueden clasificarse en: 1) Al realizar algún procedimiento: “*nunca supe poner bien una sonda Foley*”, “*...en ginecología y obstetricia, al realizar el tacto vaginal no distingo aún las partes de la madre y del niño*”; “*cuando entré por primera vez a quirófano, no supe lavar bien mis manos*”; 2) llegar tarde: “*pues sí, el hecho de llegar tarde por la distancia y tráfico me pierdo de algunas cosas en el servicio y a los doctores no les gusta*”; y 3) atención inadecuada al paciente: “*...pues si tenía la teoría, en realidad, como que... si la tenía pero al momento, no supe hacer el procedimiento al paciente*”.

d) Funciones que consideran deben realizar los estudiantes de clínica integral.

Las principales funciones según sus opiniones son: estudiar, aprender, preguntar “*el por qué, para qué y cómo lo voy a hacer, estar siempre de manera dinámica en los servicios*”, “*estar consciente de dónde estás y de lo que puedes obtener en el lugar en el que estás. Interrogar y explorar al paciente*”, “*hacer historias clínicas, sacar muestras de sangre, hacer curaciones, aprender algunos procedimientos como sacar gasometrías, poner sondas foley, etcétera*”, “*estar siempre en contacto y disponibilidad con tu superior, un interno o residente, elaborar notas de evolución*”.

e) Sugerencias para mejorar sus funciones como estudiante de clínica integral. Aquí el alumno señala elementos de planeación, organización y control por parte de la institución y docentes para mejorar su aprendizaje: “*Contar con un programa y saber qué tiene qué hacer, que en las PC, sea obligatorio el realizar prácticas, vincular lo teórico con lo práctico, no delegar funciones del interno en los estudiantes, que el médico supervise los procedimientos que realicen, explicarle al*

estudiante lo que debe hacer cuando entre a quirófano, retroalimentas a los estudiantes, mayor apoyo de los coordinadores y de los doctores”.

Y para el estudiante: “Más estudio y más compromiso”.

VI. EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

Dentro de esta variable, se interpretaron ocho rubros con la idea de abarcar íntegramente el pensamiento del alumnado y lo que propone el plan de estudios para evaluar la clínica integral.

a) Respetar la forma de evaluación que se indicó inicialmente. El 76% de los estudiantes, consideró que los profesores de clínica integral I y II, se apegaron a la forma de evaluación que indicaron al principio del curso: “...si, en las dos clínicas se apegaron mucho a lo que había dicho a los porcentajes, en cuanto a las rotaciones, las asistencias, que tenemos que llegar a firmar la entrada y la salida para evaluar asistencia para las rotaciones, también nos dan una hojita de evaluación que tenemos que darle al personal, nos hacen exámenes continuamente en clases para evaluar nuestro rendimiento teórico y los exámenes departamentales, pero siempre se apegaron a lo que habían dicho”.

El otro 23.80% restante, opina lo contrario, porque: “...no en los servicios, aquí intervienen varios docentes, cada quien evalúa como quiere a pesar de la hoja”, “...en la [...], hay varios docentes que te evalúan sin equidad, sin explicar”, “...en la [...] un doctor nos dijo, los voy a calificar con porcentajes y, al final no supimos más que de los resultados de los exámenes”, “Otro doctor tardó en entregar las calificaciones al coordinador y ya no supimos cómo nos calificó”, “...algunos cambiaron a su consideración algunos porcentajes o quizá evaluaron diferente a algunos alumnos”.

b) Utilización de los mismos criterios para evaluar en las distintas rotaciones. Los estudiantes consideraron que se les evalúa igual, un 52.38%, en su mayoría de los servicios, argumentando que los profesores se apegaron a el formado de evaluación, “...porque ya la hojita de evaluación esta estandarizada, por ejemplo lo que se debe y no hacer; observar, preguntar y si acaso ayudar,... uno no tienen mucho trato con pacientes, entonces no se evalúa bien el trato con pacientes”,

“...hay un formato, que ellos deben de llenar y el formato es para todos; sí cuenta, mucho a consideración de cada doctor, por ejemplo, en la relación médico-pacientes merezco 10, no 9, bueno te pongo 8 porque aquí vi al paciente, así todos llevaban el mismo formato”.

El 47.62% restante, considera que no, porque: “...no llevan registros, algunos, te califican con resúmenes, otros con preguntas, el médico interno te dice de lejos te mereces como un ocho, pocos dicen lo que tu hacías, déjame acordar de lo que hiciste, otros, porque les gustaba la compañera”, “...cada uno tiene una forma de evaluarte, cada quien tenía su metodología; algunos te pedían desarrollar historias clínicas, otros te pedía hacer exploraciones, otros te pedían ser puntual, revisar pacientes, muchas otras cosas”, “...cada doctor tiene su manera de evaluar, la manera de calificar unos te hacen un examen, otros que hagas una exploración de una patología y cuando se la entregas te hacen una pregunta y otras simplemente conforme te observan en tus rotación te califican cada quien tienen su manera de califica”, “...algunos doctores si evaluaron tu relación médico-pacientes, alumno-alumno, alumno-profesor, tu desempeño, como abordas al paciente como lo diagnósticas, como lo tratarías, pero hay unos profesores que se enfocan en la relación que tienes con ellos y nada más, la relación con el paciente, pero no observan las demás características, si exploras bien y si lo haces bien”.

c) La calificación refleja los conocimientos adquiridos. La mayoría de los estudiantes entrevistados, 61.90%, considera que la calificación que le asignaron sus profesores, no refleja sus conocimientos adquiridos, debido a: 1) el formato que se utiliza es inadecuado: “...la hoja de evaluación pide que te evalúen procedimientos y en el nivel que estamos no se evalúan éstos”, “... la hoja no corresponde a todo, no explora”, 2) falta de retroalimentación: “...no hay diálogo entre profesores y alumnos, te hacen examen o preguntas sin relación al tema”; 3) No se evalúa la parte práctica: “...sinceramente no, pues en algunos servicios califican el saber hacer la historia, la exploración e interrogatorio y, siento que nos deben calificar con lo que hacemos en el servicio”; 4) Evaluación subjetiva: “...hay quien lo califica en forma arbitraria, dan muchos nueves y dieces”, “hay profesores

que ponen nueve y diez y francamente no creo saber tantas cosas”, “no, por un lado, un examen no es el reflejo de lo que tu realmente sabes, hay personas que tengan mejores promedios, pero no tienen la misma cantidad de habilidades clínicas”.

El 28.58% de los estudiantes entrevistados, mencionaron que la calificación que les fue asignada refleja sus conocimientos adquiridos: “...si porque las acciones y los esfuerzos realizados fueron reconocidos”. Finalmente, el 9.52%, menciona que en algunos casos si y en otros no, “...mmm...pues si en la mayoría de los casos, pero hay doctores que solo te firmaban la papeleta y no ponían calificación, tú te calificas”.

d) La calificación asignada refleja las habilidades adquiridas. Se observa una aparente contradicción de lo que previamente enunciaron en la categoría anterior, con lo que apareció en está. El 52.38% de los estudiantes mencionó que su calificación refleja las habilidades adquiridas, “*si, porque casi en todo servicio, nos valoran una habilidad o destreza para hacer la historia clínica y como exploramos*”, “*...en la mayoría de las rotación los doctores, si observan como realizábamos los procedimientos que nos pedían*”, “*...pues sí, porque, si no fuera así si me pusieran no se... yo lo veo así, en la carta de evaluación que nos daban te ponían actitud o destreza 8 ó 9 entonces es como... un patrón para decir que tan hábil eres al momento de... estar enfrente de un paciente*”.

El otro 47.62% considera que no, porque “*...más que nada la calificación se va hacia los exámenes y pues, como que la parte más teórica, tal vez donde podría ser un poco más variada, sería en la rotación por los servicios*”, “*... porque no hay objetivos a alcanzar y cada quien evalúa como quiere, a pesar de la hojita, unos dicen una cosa y otros, otra*”. “*te evalúan al tanteómetro, es decir, le preguntan al interno, la profesora te miraba y decía cuánto mereces, te decía tú mereces ocho, la mayoría evaluaba de manera muy subjetiva*”, “*ellos firmaban nuestras papeletas y nosotros mismos nos calificábamos*”, “*...La evaluación que te hacen como tal, no refleja muchas veces tus habilidades hay una hoja de evaluación que te dan al final de cada rotación, viene por ejemplo conocimientos médico-quirúrgicos, y otros servicios que no se hicieron, pero tienen diez, esa*

evaluación no refleja diez, pero igual ponen parámetros como un punto que ellos tienen que valorar, si esto lo apegamos al promedio, entonces la mayoría no va a estudiar”.

e) Aspectos que se sugiere evalúen en clínica integral. “*Tener claro que se quiere evaluar, poner un examen práctico, tomar en cuenta en cada servicio el desempeño del alumno, ser objetivo al momento de evaluar”.*

f) Aspectos que no deben incluirse en la evaluación de clínica integral. “*Relación alumno-alumno y relación alumnos-profesores”.*

g) Porcentaje en que se cubrieron los contenidos.

De los contenidos que se evaluaron, un 90% de los alumnos entrevistados, considera que se cubrió de un 90 a un 100%: “*Dentro de las excepciones, está la [...], en donde menciona que sólo se cubrió un 40% y, en otros casos especiales, debido a la contingencia de la influenza solamente se cubrió el 80% del programa”.*

h) Cumplimiento de los objetivos del programa. El 80% de los alumnos, mencionó que se cumplieron los objetivos del programa.

DISCUSIÓN

Esta investigación encontró una serie de representaciones sociales interrelacionadas entre sí que dan visión sobre lo que piensan y actúan los alumnos en un campo clínico específico. Estas representaciones de acuerdo a Moscovci (1961) para entenderlas integralmente, se les debe de analizar desde sus tres dimensiones: sus conocimientos, las actitudes y su campo de representación.

La representación social de los estudiantes de clínica integral I y II, sobre su relación con los docentes en general es buena, con sus contadas excepciones, algunos casos de prepotencia. No obstante el porcentaje tal alto, que dice haber llevado una buena relación con los docentes, los estudiantes refieren tres distintos tipos de dificultades con ellos: la falta de supervisión durante su estancia en los servicios hospitalarios, falta de respeto y ausencia; así como algunos casos de discriminación.

Similar situación en torno a sus vínculos con los pacientes, por el predominio de una relación de respeto y escasos problemas originados por la situación emocional del paciente y/o sus familiares. En el caso de la relación con el personal del hospital, algunas de las pocas dificultades que se han suscitado han sido con enfermeras. Con respecto a la relación entre pares, la representación social se encuentra dividida por un lado es positiva, pero por otro, existe un predominio de desintegración y competencia.

Por otra parte, sobre las funciones que ellos consideran deben realizar, la representación social del grupo entrevistado, se encuentran divididas, por un lado, se considera que efectivamente, se les aclara lo que deben realizar, que son apropiadas para su nivel y, que han presentado pocas dificultades al momento de cumplir con ellas. El otro grupo, considera lo contrario. Sin embargo, cabe destacar, que además de los distintos procedimientos que deben realizar, ellos contemplen que deben estar siempre en contacto y disponibilidad con su superior ya sea un interno o un residente.

La forma de evaluación, desde su representación social, se apeg a lo indicado al inicio del curso, pero no refleja los conocimientos adquiridos, contrario a esto, sí reflejan las habilidades adquiridas. Por otra parte, existen posiciones encontradas sobre la utilización de los mismos criterios para evaluar en las distintas rotaciones. Por lo que podemos concluir que ellos mismos no tienen muy claro los elementos contemplados en el proceso o, que existen diversas formas de evaluación dependiendo del campo hospitalario y/o servicio por el que les toque rotar.

Y siguiendo a Abric (2004) se retoma la representación social de sí mismo y del contexto que nos permite identificar que el alumno considera a la práctica clínica como eje central para su formación y podríamos considerarlo que al vincular teoría con práctica, se obtiene un aprendizaje significativo.

En cuanto a la representación social de las relaciones con los otros encontramos que la relación con el docente a decir de nuestra población, se ancla en su mayoría en vínculos afectivos positivos; sin embargo, en algunos aspectos interpersonales, refieren dificultades con sus profesores.

Las relaciones entre los alumnos por un lado se centran en el apoyo recíproco y por el otro, mencionan competencia, esta ambivalencia se puede explicar en función de la exigencia que la carrera demanda y que repercute en la elección de sedes hospitalarias para internado y servicio social, así como la subsecuente posibilidad de continuar con la formación a nivel profesional.

La representación social que tienen los estudiantes con respecto al *personal del hospital* se articula en torno a relaciones de respeto de manera bidireccional.

Las interacciones sociales que experimentan, para la mayoría son de tipo afectivo positivo, aunque existen para algunos relaciones interpersonales derivadas del ejercicio de poder (académico-administrativas). Aspecto ya mencionado por López (1996), a este respecto, encontramos frases elaboradas por los estudiantes, que aluden al abuso de poder, a través de asignarles tareas y/o actividades que no corresponden a funciones propias de su nivel académico; así como algunos casos de acoso sexual, maltrato verbal, etcétera Si bien es cierto que no es algo que se presenta en todas las sedes hospitalarias, es un punto sobre el que se debe reflexionar y actuar al respecto.

Por otro lado, aparece en el discurso del alumno, la falta de uniformidad de los campos clínicos en el sector salud, interacción de lo asistencial con la docencia, dificultades al interior del equipo de trabajo que conforman los estudiantes y problemas de comunicación con el equipo de salud del hospital y personal administrativo.

Coincidimos con Aguilar y Viniegra (cit. en Fresán, 2000), han planteado que existen docentes aún dominantes (menospreciando al alumnado) máxime cuando tiene un estatus o ya sea de tipo administrativo o disciplinario y, creemos que esto debe cambiar estando de acuerdo con los autores que el profesor debe fomentar el aprendizaje mediante la construcción, el entendimiento, la interpretación y la selección de la información, para generar, discriminar, criticar y proponer con un significado personal y de trascendencia social de lo que se aplica en la clínica médica.

Con respecto a la evaluación del aprendizaje, los estudiantes refieren que se les califica mediante exámenes memorísticos y escasamente aparecen algunos

elementos de la práctica clínica, por lo que en la ponderación de la evaluación se continúa privilegiando a la teoría y la memorización más que al aprendizaje clínico, al inicio, durante y al final del proceso. Se sugiere que los docentes realicen una evaluación integral objetiva, en lo cual coincidimos con Larios (1977), ya que se requiere aumentar el trabajo supervisado, registrar el desempeño del alumno e incrementar la incorporación responsable del profesor.

Loredo, E. J. Romero, L. R. Icaza, P. I. (2008) mencionan que un buen docente debe poseer el dominio disciplinario y pedagógico, y propiciar el vínculo entre éstos y la aplicación de contenidos, en nuestro caso la práctica clínica; éstos son elementos de una buena docencia, que sirven como referentes observables y susceptibles de ser valoradas por los alumnos, los coordinadores de plantilla, de campo clínico y por el mismo docente.

Como se ha mostrado a lo largo de este trabajo recuperar las representaciones sociales que tienen los alumnos sobre su formación en diversos ámbitos, evidencia la contribución que desde la psicología se puede realizar al esclarecimiento de la difícil tarea de la transmisión del saber médico, y esperamos proporcione información útil para el mejoramiento de la enseñanza y la investigación en este rubro.

Es de suma importancia la continuidad de trabajos de ésta índole, se hace necesario para conocer más de esa práctica clínica cotidiana y establecer los puentes entre lo teórico científico y la práctica real; de lo contrario, esta práctica puede quedar reducida al dominio teórico de la clínica en el proceso de formación y relegada a un quehacer de procedimientos técnicos, con tareas y comportamientos teóricos fragmentados, carente del significado social que tiene la profesión médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J.C. (2001). Metodología de recolección de representaciones sociales: En Abric-J.C. (coord.), **Prácticas sociales y representaciones**, México: Coyoacán.
- Abric, J.C. (Coord.) (2004). **Prácticas sociales y representaciones**. México: Coyoacán.
- Banch, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. **Papers on Social Representations. Textes sur les représentations sociales**, 9, 3.1-3.15.
- Buraschi, J., Duro E., Buraschi, M., Marano, L. y Vautier, M. (2005). Percepción de los alumnos de quinto año de medicina sobre algunas de sus competencias clínicas. **Archivos Argentinos de Pediatría**, 105 (5), 444-449.
- Carvajal, H. (2002). Evaluar las habilidades y destrezas clínicas en la educación médica: una necesidad. **Revista Médica de Chile**, 130 (4): 463-464.
- Cortijo, R. (1988). La aplicación de los métodos de enseñanza. **Educación (La Habana)** 18 (71), 108-113.
- Durante, I. y Amancio, O. (2006). Técnicas de educación en destrezas clínicas. **Revista Médica Facultad de Medicina. UNAM**, 49 (2): pp. 1-6.
- Fresán, M. (2000). Una propuesta para la evaluación docente en el nivel de posgrado. En J. Loredo Enríquez (Coord.), **Evaluación de la práctica docente en educación superior**, (pp.37-62). México: Porrúa.
- González, M. (2000). El Discurso Médico a finales de milenio. Representaciones Sociales. Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias Sociales de la U.C.V. Caracas.
- González, M. A. (2001). La teoría de las representaciones sociales. En M.A. González y J. Mendoza (coor.), **Significados colectivos: procesos y reflexiones teóricas**. México, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Estado de México-CIACSO.
- Hernández, F. (2001). Vida cotidiana y representaciones sociales en torno a la formación académica de los estudiantes normalistas, Tesis de Maestría, UNAM.
- Jodelet, D. (1984) La representación social: fenómenos concepto y teoría. En S. Moscovici (compilador), **Psicología Social II**. Barcelona: Paidós.

- Larios, H., Trejo, J. y Cortes, M. (1998). Evaluación de la competencia clínica. *Revista Médica IMSS*, 36 (1), 77-82.
- Lifshitz, A. (1993). Perfil del médico en el área clínica. *Revista Facultad Medicina UNAM*, 36 (2): 82- 84.
- Lobato, F., Castillo, P. y Arbisu, B. (2005). Las representaciones de la tutoría universitaria en profesores y estudiantes: estudio de un caso. *Internacional Journal of Psychology and Therapy*, 5 (2), 148-68.
- Loredo, J., Romero, R. e Inda, P. (2008). Comprensión de la práctica y la evaluación docente en el posgrado a partir de la percepción de los profesores. *Revista Electrónica de Investigación Educativa, Especial Consultado*, el 22 de septiembre de 2012.
<http://redie.uabc.mx/NumEsp1/contenido-loredoromeroinda.html>
- Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Argentina: Huemul.
- Noriega, T., Orosa, J., Puerta, M., Goncaives, J., Díaz, M. y Pérez-Ojeda, J. (2003). La competencia clínica como eje integrador de los estudios de pre y post grado en ciencias de la salud .*Revista de la Facultad de Medicina (Caracas)*, 26 (1):17-21.
- Plan de Estudios, Carrera Médico Cirujano, FES Iztacala (1984). (2^a. Reimpresión)
- Ruvalcaba, V., Ortigoza, J., Rodríguez, S. y Paredes, R. (2001). La Opinión de los alumnos como indicador de la eficiencia de la enseñanza clínica. *Revista. Facultad de Medicina UNAM*, 44 (3), 104-108.
- Villasmil, P. (2004). Las interacciones comunicativas entre profesores y alumnos en el marco de la enseñanza. *Educación y Futuro. Revista de Investigación aplicada y experiencias educativas*, (11), 59-64