

11298

2
201

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**VINCULACION ENTRE TEORIA Y PRACTICA EN EL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA MEDICA IMPARTIDO EN EL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN EDUCACION MEDICA

PRESENTA

José Luis Jiménez Ramírez

ASESOR DE TESIS

Leonardo Viniegra Velázquez

Ciudad Universitaria, México, D.F.

Julio, 1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

11248

2
20

INDICE

1. INTRODUCCION

ANTECEDENTE

1.1	Sobre el Concepto de la Especialización	1
1.2	Sobre el Concepto de la Especialización en Medicina	2
1.3	Las Especializaciones Médicas en México	2
1.4	Algunos Estudios Realizados sobre la Formación de los Especialistas	5

2. MARCO TEORICO

2.1	Las Corrientes de Pensamiento y de Acción en la Educación de los Médicos	6
2.2	La Orientación Participativa de la Educación Médica	13

3. EL PROBLEMA

3.1	La Orientación Pasivo-Receptiva en la Formación de los Especialistas	14
3.2	El Curso de Especialización en Pediatría Médica Impartido en el Centro Médico Nacional del IMSS	15
3.3	Dinámica de las Actividades Académico-Asistenciales	19

4. OBJETIVOS

21

5. PLANTEAMIENTO DE LAS HIPOTESIS

21

6. TIPO DE ESTUDIO

21

7. DEFINICION DE VARIABLES

21

8. DEFINICION DE INDICADORES

22

9. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION	22
10. METODOLOGIA	
10.1 Elaboración de los Instrumentos de Medición	24
10.2 Validación Conceptual y de Contenido del Instrumento de Medición por Criterio de Expertos	25
10.3 Validación Diferenciadora	25
10.4 Criterios de Inclusión y Exclusión de los Sujetos de Estudio	28
10.5 Marco Muestral	28
10.6 Muestreo	28
10.7 Tamaño de la Muestra	29
10.8 Aplicación del Instrumento	29
10.9 Procedimiento de Captación de la Información	29
10.10 Análisis Estadístico de la Información	29
11. RESULTADOS	29
12. DISCUSION	40
13. REFERENCIAS	44
14. ANEXOS	49

Agradecimientos.

Por su apoyo en la realización de este proyecto agradezco muy cumplidamente la colaboración de:

- Dr. Leonardo Viniestra Velázquez
- Dr. Hugo Aréchiga Urtuzúastegui
- Dr. Bernardo Pintos Aguilar
- Dra. Ma Eugenia Fernández Alonso
- Dra. Georgina López Fuentes
- Dra. Elisa Palacios Suárez
- Dr. Raúl Contreras Artime
- Dr. Eduardo Quintero Aguirre
- Dr. Carlos Edmundo García Padilla
- Dr. Jorge Anselmo Valdivia López
- Dr. Efraín Díaz Jouanen
- Dr. Sergio Ponce de León Rosales
- Dr. Héctor Guiscafré Gallardo
- Dr. Arturo Viniestra Osorio
- Médicos Residentes del Curso de Especialización en Medicina Interna del Instituto Nacional de la Nutrición, Generaciones 1990-1991
- Médicos Residentes del Curso de Especialización en Medicina Interna del Hospital General de México, Generaciones 1990 , 1991 y 1992
- Médicos Residentes del Curso de Especialización en Pediatría Médica del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Generaciones 1991,1992 y 1993.
- Dr. Jesús Reynaga Obregón.
- Mtra. Laura Elena Rojo Chávez
- Ing. Martín Galván
- Ing. Antonio Ramos Ugalde
- Sra. Laura Fierro Rodríguez

1.INTRODUCCION

El presente trabajo pretende describir y analizar las maneras habituales en que los médicos del curso de especialización en pediatría médica impartido en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desarrollan y estructuran sus experiencias de aprendizaje a fin de formarse como especialistas.

Actualmente la formación de los médicos especialistas esta a cargo tanto de las universidades (las cuales aportan los planes de estudio, los profesores y algunos mecanismos de evaluación del desempeño de ambos), como de las instituciones de atención a la salud (las que aportan la infraestructura asistencial a la que se incorporan los alumnos para obtener su entrenamiento clínico, así como alguna ayuda económica -becas- para los denominados "residentes").

Hoy día, la Facultad de Medicina de la UNAM a través de su División de Estudios de Posgrado e Investigación imparte 44 cursos de especialización en diversas sedes hospitalarias tanto del Distrito federal como de la provincia. No obstante, dado el carácter de las relaciones académico-administrativas que existen entre esta Facultad y las diversas instituciones de salud se ha favorecido una desvinculación de intereses y esfuerzos que se traducen en un desconocimiento por parte de la institución educativa, de los procesos de formación de los médicos dentro de las instituciones de salud. De acuerdo con lo señalado y con el objeto de alcanzar un mayor conocimiento de los procesos de formación de los especialistas se tendría que partir inicialmente de un análisis de las condiciones y necesidades relacionadas con su educación y, en particular, aquellas que puedan lograrse mediante un proceso concreto de enseñanza-aprendizaje.

ANTECEDENTES:

1.1 Sobre el Concepto de la Especialización.

Una de las características distintivas del mundo contemporáneo es la especialización en todos los ámbitos del trabajo. Las sociedades modernas se han diversificado enormemente, las necesidades de la producción, del comercio, de la ciencia y de la tecnología han determinado la especialización progresiva del trabajo social, incluida la práctica de la medicina. La medicina es, antes que nada, una práctica social y constituye para los que la ejercen una profesión (1).

Desde los tiempos más remotos el quehacer médico se ha venido diversificando y ampliando. Las prácticas médicas que se han desarrollado en diversas culturas muestran una diferenciación y una particularización evidente. Desde las prácticas a base de intervenciones manuales (cirugía, ortopedia), las oraciones y consejos (psicoterapia), la atención del parto (obstetricia) hasta los diversos preparados con ciertos efectos farmacológicos (medicina interna). En Egipto, por ejemplo, la práctica médica ya se había dividido para dedicarse a tratar órganos específicos. En nuestro país el desarrollo de la especialización médica se ha incrementado considerablemente, extendiéndose a mayores sectores de la población, coexistiendo con otras prácticas (2).

1.2 Sobre el Concepto de la Especialización en Medicina

Hoy día, sin embargo la noción de la especialización médica traza sus orígenes en la división del trabajo que resulta de las transformaciones que sufrieron las sociedades occidentales después de la revolución industrial, (3), que en el caso de la medicina y aunado a los conocimientos que se tenían sobre la salud y la enfermedad permitieron un ámbito de acción cada vez mas variado y específico. No obstante, el sentido que hoy se le da a la especialización en México, se relaciona con las recomendaciones del Informe Flexner (4) el cual apareció en los Estados Unidos en 1910.

En este informe ya se plantea una división del conocimiento médico en conocimiento básico y conocimiento clínico. Así, se entiende por conocimiento básico el relacionado con las ciencias físicas y químicas que dieron aportes a la biología y a la medicina; en esta clasificación se encuentra la fisiología, la farmacología, la bioquímica, etcétera. A su vez el conocimiento clínico incluye lo relativo a los métodos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

En este sentido, la especialización médica se constituyó como una etapa de estudios del profesional médico para profundizar en el conocimiento de la salud y la enfermedad en un área o aspecto concreto de la medicina con el fin de adquirir las destrezas inherentes en la atención de los problemas específicos de asistencia, docencia, investigación y administración.

Adicionalmente, en nuestro país se hace una distinción entre lo que se denomina una "residencia" médica y un curso universitario de especialización. Esta última distinción obedece al contexto en que surgen las especializaciones (en su sentido actual) y a la evolución que éstas han tenido. Por un lado, la residencia corresponde al entrenamiento que los médicos recibían y siguen recibiendo en las instituciones de salud de acuerdo a los criterios que establece la propia institución de salud.

Se denomina curso de especialización al plan de estudios que es avalado por una institución educativa y de salud y que se ubica en el nivel de los estudios de posgrado (5).

1.3 Las Especializaciones Médicas en México

En nuestro país, la mayoría de las especializaciones comenzaron a desarrollarse en el Hospital General de México, que fue construido en 1905 (6).

Desde su inicio se consideró la división entre medicina y cirugía, entre enfermos contagiosos y no contagiosos; hubo salas para niños y se apartó a los pacientes con enfermedades venéreas. Los acontecimientos político-sociales que ocurrieron entre 1910 a 1920 no contribuyeron precisamente al desarrollo de las especializaciones en este Hospital. No fué sino hasta la década de los años veinte cuando se inauguran los departamentos, (o pabellones) de urología, gastroenterología, cardiología, medicina interna, alergia, psiquiatría, oftalmología, otorrinolaringología y dermatología.

Por aquellos años la inmensa mayoría de las figuras médicas de la Escuela de Medicina, los directores de los institutos y las autoridades en salud pública se habían formado en diversas escuelas médicas de Francia. Más tarde, en los años treinta algunos médicos comenzaban a formarse como especialistas en diversas universidades de los Estados Unidos.

Los alumnos que se formaban en el Hospital General y en otros hospitales tenían y siguen teniendo obligaciones asistenciales que constituyen la parte medular de su entrenamiento bajo la supervisión de otros residentes y médicos adscritos. Además se debía cumplir un programa académico en el cual se revisaban los puntos básicos de la especialización.

Hasta 1942 la preparación de los especialistas era básicamente tutorial. El médico general se acercaba a un profesor de prestigio reconocido y aprendía la especialización trabajando a su lado, al cabo de dos, tres o más años el aprendiz se emancipaba del profesor cuando había adquirido la información, las destrezas y muchas de las actitudes de su maestro.

Algunos grupos de médicos, la mayoría miembros del Hospital General de México, habían alcanzado cierta etapa de organización en unidades de enseñanza e Investigación clínica, contando con un número considerable y permanente de asociados, adjuntos y médicos externos, a la manera de las clínicas de los hospitales de París, (7). En 1942 se comienzan a organizar los servicios de médicos residentes e Internos. Inicialmente, se organizó un Internado general rotatorio, con duración de un año y durante el cual se rotaba por los servicios de medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría. Al finalizar este año se consideraba que el médico estaba en condiciones de iniciar su formación como especialista en las instituciones de salud que comienzan a fundarse a partir de 1943. La primera de estas instituciones fue el Hospital Infantil de México, fundado en 1943, al que siguió el Instituto Nacional de Cardiología en 1944 y en 1946 el Instituto Nacional de la Nutrición, (8).

A fines de 1946 se establece la Dirección General de Profesiones y el decreto que reglamenta el ejercicio médico y sus especializaciones.

En cuanto a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el reconocimiento que se decidió otorgar a los estudios realizados en las instituciones de salud inicia en 1946, al crearse la Escuela de Graduados y la División de Medicina Humana. Se establecen, para tal efecto, convenios de colaboración entre la UNAM y las diferentes instituciones de salud para formar especialistas. En el Hospital Infantil así como en los institutos de Cardiología y Nutrición se siguió el modelo arriba descrito para la formación de los pediatras, cardiólogos e internistas (9).

Años más tarde otros hospitales como el Hospital de Enfermedades Pulmonares de Huipulco, el Hospital Gea González, el Hospital Juárez, el Manicomio de la Castañeda y el Hospital Español, entre otros, siguieron también los modelos adoptados inicialmente en los Hospitales General e Infantil de México.

Por su parte, la fundación de Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943 no siguió el mismo modelo ya descrito para la formación de sus especialistas, de hecho sus programas de formación de especialistas eran predominantemente asistenciales y en menor proporción se incorporaban lineamientos académicos. Por aquel entonces, no hubo convenios de colaboración con la UNAM para la formación de sus recursos humanos.

En 1957, surge la División del Doctorado, factor importante para que la entonces Escuela de Medicina se transformara posteriormente en Facultad - el 21 de abril de 1960- (10).

Inicialmente, el aval universitario a los cursos representaba una distinción para aquellas residencias hospitalarias que conjuntaban toda una serie de recursos docentes que se expresaban como una atención médica de alta calidad. Análogamente, el aval universitario constituía un importante incentivo en términos de superación académica para los médicos que llegaran a recibir el nombramiento de profesor de la especialización que practicaban.

Más adelante, sin embargo, estos propósitos fueron dejándose de lado al incorporarse masivamente numerosas unidades de atención médica como sedes afiliadas a la División de Estudios de Posgrado. En efecto, en 1968, el H. Consejo Universitario de la UNAM aprueba los planes de estudio de 38 especializaciones medicas (12). Esta situación llevó aparejado un incremento desproporcionado de sedes, profesores y alumnos con lo cual la División de Posgrado perdió el control que mantenía sobre el proceso educativo en las instituciones de salud.

Durante el periodo posterior a 1968 la UNAM continuó incorporando nuevos cursos de especialización aunque en menor proporción. Al mismo tiempo se continuaron revisando y modificando algunos planes de estudio. Esta situación ha implicado para la UNAM el reconocer diferentes cursos de especialización descuidando el cumplimiento de los requisitos de carácter académico que debieran ser antepuestos a las exigencias de tipo asistencial y administrativo que prevalecen en no pocos cursos de especialización. Lo anterior favoreció que se diera una relación entre el sector salud y el educativo preferentemente administrativa. Esto es, la UNAM progresivamente comenzó a otorgar reconocimiento a diversas sedes hospitalarias, sin tener la garantía de que sus exigencias de carácter académico fueran a cumplirse en estas sedes.

En la mayoría de las universidades e instituciones de educación superior del país que imparten cursos de especialización la evolución de los mismos ha sido, en términos generales, similar a la ocurrida en la UNAM.

La Universidad Autónoma de Nuevo León, la Universidad Autónoma de Puebla y la Universidad de Guadalajara, entre otras, cuentan con su propio hospital universitario por lo que el proceso educativo que ahí se lleva a cabo puede ser más controlado.

En el Distrito Federal existen cursos universitarios de especialización en las universidades Autónoma Metropolitana, del Ejército y Fuerza Aérea, La Salle, Anáhuac, Instituto Politécnico Nacional, Escuela de Medicina Homeopática, en la provincia en las universidades de Centro Biomedico de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Baja California, Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma

de Campeche, Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chihuahua, Escuela de Medicina del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Facultad de Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango, Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato, Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Hidalgo, Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Escuela de Medicina "Ignacio A. Santos" del Inst. Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Escuela de Medicina de la Universidad "Benito Juárez" de Oaxaca, Escuela de Medicina de la Benemerita Universidad Autónoma de Puebla, Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Queretaro, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Sinaloa, Escuela de Medicina de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Medicina de la Unidad de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán.

1.4 Algunos Estudios Realizados sobre la Formación de los Especialistas.

Hasta hoy, la mayor parte de los estudios que intentan conocer diferentes aspectos del proceso educativo de los cursos de especialización médica, se han centrado preferentemente en las condiciones de ingreso ó de egreso de los cursos, pero no exploran el proceso mismo de formación. A este respecto existe una notable carencia de información ya que no se han realizado estudios en nuestro país o en países con una infraestructura educativa y de atención a la salud similar a la nuestra.

Algunos estudios realizados en Estados Unidos y en Europa se han abocado a describir cómo una importante proporción del tiempo que permanecen los residentes en los hospitales, tanto en las jornadas habituales de trabajo como en las denominadas guardias se utiliza en la realización de actividades de tipo administrativo y en la ejecución de procedimientos rutinarios, mientras que utilizan muy poco tiempo en el trato directo con los pacientes (14, 15, 16, 17, 18)

Por su parte Hayward y Rockwood (19) describen y analizan las características de diversas actividades tales como procedimientos médicos de rutina y procedimientos administrativos que realizan los residentes tomando como punto de referencia el valor educativo que éstos puedan tener para su formación académica. Concluyen señalando que un alto porcentaje de estas actividades son concebidas por el equipo médico como "talacha" y que su impacto sobre el proceso educativo es negativo, ya que consumen un tiempo que podría destinarse al desarrollo de habilidades y actitudes que son fundamentales en esa etapa de su formación.

Asimismo, Maudsley (20), Wallace (21) y Squires (22) han hecho algunas reflexiones en torno a la necesidad de lograr un balance entre el servicio y la educación en la educación médica de posgrado.

Para Maudsley una opción educativa podría ser la denominada "unidades de enseñanza clínica" en donde los alumnos de diferentes niveles de formación trabajan como un equipo (masa crítica) con lo que se logra que se aprenda de unos y de otros y que se facilite la interacción con el equipo médico de base y se posibilite una mayor comunicación y coordinación de las actividades. Estas unidades están concebidas más como recursos para fortalecer y desarrollar las experiencias educativas que como estaciones de trabajo orientadas a cubrir demandas relacionadas con aspectos asistenciales geográficamente regionalizados.

Wallace a su vez, insiste en la importancia de redefinir y reestructurar los programas de educación médica tomando en consideración las necesidades de salud de las futuras décadas y las características del trabajo médico pero partiendo de la impostergable determinación del momento en que concluyen las actividades educativamente significativas de atención médica que permiten adquirir la necesaria competencia clínica para desempeñarse como profesionales y el momento en que comienzan las actividades fatigosas y de carácter no médico que contribuyen a acrecentar la rutina y la frustración.

Squires, al reflexionar sobre la carga de estrés que representa para los residentes la presión de las responsabilidades del ejercicio de la práctica clínica pone en evidencia el descuido tradicional de los programas de formación al no incluir el aprendizaje y desarrollo de habilidades que le permitan al alumno manejarse ante situaciones clínicas particularmente estresantes. Adicionalmente sugiere este autor la programación de actividades de tal manera que los residentes dispongan de suficiente tiempo para la recreación, las actividades sociales y el contacto con la familia. A su vez se requeriría entrenar a los profesores para que compartan y analicen con sus alumnos su propia incertidumbre frente a la vasta complejidad de las situaciones clínicas que requieren la toma de decisiones clínicas de vida o de muerte.

2. MARCO TEORICO

2.1 *Las corrientes de pensamiento y de acción en la educación de los médicos.*

La idea que se tenga del proceso educativo de los médicos es determinante sobre la manera en que éste será explorado y analizado. De entre las diversas concepciones que, como corrientes de opinión han influido sobre las prácticas educativas y sin pretender hacer una revisión exhaustiva éstas son susceptibles de agruparse en dos grandes paradigmas u orientaciones básicas: la primera de tipo pasivo-receptiva (didáctica tradicional) y la segunda de tipo activo-participativa (didáctica crítica).

Hoy día, en la mayoría de las instituciones educativas (incluidas aquéllas que forman a los médicos) las prácticas instruccionales se ubican dentro de lo que se considera lo tradicional en la didáctica. Esto es, luego de una exposición superficial a la lectura, la escritura, los estudiantes memorizan y reiteran una serie de detalles específicos del dominio de conocimiento de que se trate. Los profesores a su vez exponen una serie de contenidos y dirigen la secuencia en la que éstos deben ser transmitidos al alumno.

La integración activa de las experiencias diarias de tipo académico y no-académico por parte de los alumnos es un acontecimiento más bien inusual. Se dedica poco tiempo a estimular la reflexión y la participación de los alumnos.

Habitualmente no se invita al alumno a que dude sobre lo que se dice en el salón de clases o sobre lo que se escribe en los textos. La regla es tener clases en las que los profesores hablan y los alumnos escuchan. Es típico el que se cubran rápidamente una serie de contenidos diversos seguidos de un examen que explora contenidos específicos.

Se considera a la especialización técnica como la meta natural del proceso educativo. Difícilmente se debaten y enfrentan los problemas cotidianos desde diversas y variadas perspectivas y son raros los profesores que saben como conducir tales discusiones o como guiar la participación de los alumnos. Raramente se espera del alumno que se involucre en razonamientos dialógicos o dialécticos y a su vez, sólo unos cuantos profesores son capaces de analizar y estimular tal razonamiento.

El conocimiento es visto como un conjunto de proposiciones que se verifican intra-disciplinariamente a partir de teorías que se sustentan dentro de la misma disciplina. Existe una pobre o nula discusión respecto a la naturaleza del prejuicio y de la metacognición.

Existen algunos indicadores que sugieren que el patrón descrito es el que predomina en la mayor parte de las instituciones educativas del país.

A continuación, se presentan algunas asunciones específicas de ambas orientaciones de la didáctica (tradicional y crítica) en forma contrastada (23):

En la didáctica tradicional habitualmente se asume que:

1. La necesidad fundamental del alumno consiste en que se le enseñe, de manera más o menos directa, qué es lo que debe pensar y no, cómo pensar (esto es, que los estudiantes aprenderán cómo pensar una vez que hayan aprendido qué es lo que deben pensar).

La emergente didáctica crítica asume que:

1. Que es importante el revisar cuidadosamente los contenidos significativos de su área de estudio, pero que esto debiera realizarse a partir de experiencias que estimulen a los estudiantes a obtener, analizar y valorar los contenidos.

2. El conocimiento es independiente del pensamiento que lo genera, lo organiza y lo aplica.
3. Que la persona instruida es un depositario de contenidos análogos a una enciclopedia o un banco de datos.
4. Que el conocimiento y el entendimiento pueden ser transmitidos de una persona a otra en forma verbal mediante conferencias y otras modalidades de enseñanza.
2. Que todo conocimiento o "contenido" es generado, organizado, aplicado, analizado, sintetizado y valorado a partir de determinada forma de pensar. Que resulta ininteligible que puedan adquirirse conocimientos sin involucrarse en el pensamiento del que proceden.
3. Que la persona instruida es fundamentalmente un depositario de estrategias, principios, conceptos y visiones que están imbuidas más en el proceso del pensamiento que en "hechos" aislados. El análisis y la organización de las experiencias apartir de un pensamiento crítico y no a partir de hechos recolectados uno a uno caracterizan a la persona instruida. Mucho de lo que se "conoce" lo construye el que piensa de acuerdo a sus necesidades.
4. Que el conocimiento no se "transmita" de una persona a otra en forma meramente verbal. Que una persona no le puede dar directamente a otra lo que ésta ha aprendido. Sólo se pueden facilitar las condiciones bajo las que el alumno puede aprender por sí mismo.

5. Que las habilidades básicas de lectura y escritura pueden enseñarse sin hacer énfasis en las habilidades para un pensamiento crítico
 6. Que el conocimiento se adquiere descomponiéndolo en sus elementos y subelementos, los cuales se enseñan de manera atomizada y secuenciada. Es decir que el conocimiento es aditivo.
 7. Que es más importante el cubrir una gran cantidad de información o de conocimientos en forma superficial que una cantidad menor pero con mayor profundidad.
 8. Que el estudiante no necesita entender los fundamentos y la lógica de lo que aprenden para obtener el conocimiento.
 9. Que el profesor debería corregir la ignorancia del alumno diciéndole qué es lo que ignora..
5. Que las habilidades básicas de lectura y escritura son habilidades inferenciales que requieren de un pensamiento crítico.
 6. Que el conocimiento es sistémico y holístico por lo que sólo puede ser adquirido mediante diversos actos de síntesis y de relación entre el todo y sus partes en el proceso de interacción con otros dominios del conocimiento.
 7. Que es más importante cubrir una cantidad pequeña de conocimiento o información a profundidad que cubrir mucha información de manera superficial.
 8. Que el entendimiento de los fundamentos es una faceta indispensable para cualquier aprendizaje genuino y que una comprensión profunda de los conceptos y principios básicos representa un elemento esencial para la asimilación racional del conocimiento.
 9. Que los alumnos necesitan aprender a distinguir por sí mismos lo que saben y lo que ignoran. Buena parte de lo que actualmente aprenden los alumnos debiera ser identificada por ellos como contenidos que aún no conocen ni comprenden genuinamente sino que simplemente los han memorizado. El autorrecono-

cimiento de la propia ignorancia es necesaria para el aprendizaje.

10. Que el profesor tiene la responsabilidad fundamental del aprendizaje del alumno.

10. Que, de manera progresiva, al alumno debiera asignársele una creciente responsabilidad hacia su propio aprendizaje. Que los alumnos deben darse cuenta que no llegarán a aprender por sí mismos a menos que se involucren en el proceso de manera propositiva y activa.

Puede apreciarse que ambas orientaciones en la didáctica hacen énfasis en diversos momentos del proceso de instrucción. Sin embargo, estas ideas no son nuevas y tampoco significa que en la denominada didáctica tradicional no se haya hablado de la participación del alumno en el proceso de adquisición de conocimientos y destrezas.

Por ejemplo, la preocupación por los métodos y la participación del alumno en su formación constituye la nota dominante de la denominada renovación pedagógica del siglo XVII. Particularmente, en el llamado "ideal pansófico" que proponía Juan Amos Comenio en su *Didáctica Magna* (1657), en la que se señala que: "todos deben conocer el fundamento, la razón y la finalidad de todas las cosas principales, naturales y artificiales, pues quien viene al mundo, viene no sólo para ser espectador sino también actor" (24).

Más recientemente, el trabajo desarrollado en diversas disciplinas relacionadas con la pedagogía (psicología educativa) ha permitido contar con diversas estrategias teórico-metodológicas para conocer con mayor profundidad los procesos educativos en diversos momentos y contextos. Por otro lado también existen contribuciones en la comprensión y análisis de lo que supone la participación de los alumnos en el proceso educativo.

Por ejemplo, Paulo Freire insiste en la necesidad de estimular permanentemente la curiosidad, el acto de preguntar, en lugar de reprimirlos (25). Al analizar las condiciones que favorecen o reprimen la capacidad de preguntar tanto en ámbitos escolarizados como no escolarizados, Freire destaca las contradicciones que subyacen en todo proceso educativo que a su vez expresan las características de las relaciones sociales que emergen del modo de producción dominante. No obstante se señala que, en cualquier proceso educativo siempre es posible la aparición de "espacios vacíos" susceptibles de ser ocupados por experiencias opuestas a la naturaleza dominante del proceso educativo. En el contexto Freireano, la participación en el salón de clases significa abordar los espacios de organización estudiantil. Los alumnos asumen, conjuntamente con el profesor, el papel de sujetos cognoscentes, creadores de conocimientos y rechazan el papel de simples receptores de un saber "acabado" (26).

Lo anterior supone que el alumno cuente con los elementos necesarios que les permitan claridad ideológica en el momento en que se deban construir y/o analizar diversos objetos de estudio. En consecuencia, las prácticas educativas que tengan como orientación a la pedagogía de la pregunta deberán estimular las capacidades para construir conocimientos y una conciencia cada vez más crítica. Cuando el estudiante acepta el desafío de ejercitarse intelectualmente y de pensar y trabajar colectivamente todo aquello que le concierne, propicia la reversibilidad y la estructuración del pensamiento con lo cual se va desarrollando una capacidad intelectual menos dogmática, menos pasiva y más ligada a un proceso educativo en torno al acto de preguntar.

A su vez, la participación estudiantil genera contradicciones que rebasan la mera organización colectiva para la toma de decisiones. A nivel de la construcción de conocimientos, en el salón de clases y a nivel de las relaciones afectivas que se dan entre profesores y alumnos existen diversos factores que implican contradicciones y problemas muy específicos. A este respecto, Freire llama la atención sobre el autoritarismo tradicional que impera en el salón de clases, el cual inhibe o reprime la capacidad de preguntar y de participar, esto es, el salón de clases es un espacio que sirve generalmente para inculcar formas autoritarias, pero, al mismo tiempo, es un espacio en el que se puede analizar esta situación y proponer alternativas que favorezcan la participación democrática del alumno (toma de decisiones).

En este punto, Freire se pregunta ¿qué es lo que puede ser conocido en el salón de clases?, ¿existe un deseo real de estimular el conocimiento en el aula? Una de las observaciones que se aprecian en el ciclo de conocimientos se relacionan con los momentos en los que se producen, en primer término, algunos conocimientos. Otro momento, ocurre cuando tal conocimiento es reconocido o percibido. A menudo ocurre que ambos momentos se desvinculan con lo que el acto de conocer queda reducido a una mera transferencia pasiva de conocimientos. Si bien en la escuela no se produce sino solo una parte del saber, el hecho de que esta funcione como una pieza clave para la difusión de la ideología dominante, requiere, por parte de profesores y alumnos una constante actitud y actividad críticas que permitan analizar parte de estas contradicciones en el aula. Asimismo, las reflexiones y discusiones cotidianas deben incluir lo relativo a la forma de organización del trabajo académico, desde el programa del curso que se desea impartir, pasando por las técnicas de aprendizaje hasta las formas de evaluación.

Aquí ya se tocan algunas contradicciones que tienen que ver con el sistema educativo, las cuales tienen que ver con múltiples factores. Baste señalar, que por su propia naturaleza, las prácticas educativas que pretenden alentar la participación estudiantil no pueden estar determinadas por algún esquema metodológico rígido, que entrarían en contradicción con la esencia y finalidad de la práctica. A este respecto, los planteamientos Freireanos señalan que resultaría ingenuo suponer que las prácticas educativas debieran partir de un supuesto "espontaneísmo" (27) en aras de una creatividad y una participación estudiantil mal entendidas. Más bien este tipo de pedagogía requiere de una dirección consciente, no autoritaria, que les permita tanto a profesores y alumnos contar con una metodología definida.

De acuerdo con estos planteamientos y refiriéndonos a la formación de los especialistas en medicina, una metodología de tipo participativo tiene que ser abierta, es decir, que desde el punto de vista teórico-epistemológico y técnico, atienda a las necesidades y expectativas de

la práctica educativa de los médicos, las cuales pueden y deben a su vez ser reconstruidas y recreadas por aquéllos que fungen como sujetos de dichas prácticas.

2.2 La orientación Participativa de la Educación Médica.

Dentro de las diversas concepciones del proceso de enseñanza-aprendizaje, se encuentra la orientación participativa de la educación médica, la cual sostiene que lo fundamental son otras capacidades de los alumnos y de los profesores que apunten al desarrollo de actitudes y acciones anticipatorias que transformen la realidad imperante. De acuerdo con esta orientación, el punto de partida está constituido por todas las actividades teórico-Prácticos que el alumno realiza durante su formación, por lo que la forma de organización de sus experiencias de aprendizaje es crucial para enfrentar los diferentes retos de conocimiento que posteriormente serán su responsabilidad como profesional (28). A su vez, el papel del profesor, consiste aquí en guiar y favorecer el desarrollo de actitudes críticas frente a los problemas de conocimiento.

El desarrollo de una educación de tipo participativo en un área del ejercicio médico no depende exclusivamente del interés de los profesores y de los alumnos. Se relaciona estrechamente con la estructura organizativa y operativa del quehacer médico cotidiano en un servicio, en un departamento, en una unidad o en una institución de servicios de salud. Es precisamente el cómo se realizan las labores médicas lo que configura la metodología educativa de un determinado curso de especialización.

A diferencia de lo que ocurre en los sistemas educativos convencionales donde la preocupación central gira alrededor de los contenidos de un programa, asignatura o materia, en la concepción participativa de la educación de los médicos especialistas se asigna máxima prioridad a los métodos de conocimiento (29). Aquí los contenidos son el vehículo a través del cual se desarrolla el dominio de los métodos de conocimiento. Dentro de éstos cabe distinguir a los métodos de asimilación (que son de hecho los que se investigarán en este trabajo) y que se refieren a la forma en que el alumno se relaciona con y profundiza en el conocimiento ya existente y generalmente aceptado. Los métodos de asimilación tienen 2 componentes:

- I. Una organización direccional de las diversas experiencias de aprendizaje. Tal organización supone dos aspectos: a) por un lado, que la búsqueda, la obtención, el análisis y la reflexión de la información consultada responde a una necesidad de conocimiento suscitada por la realidad concreta, por la práctica cotidiana, b) el otro aspecto se refiere al orden en el tiempo con el cual el alumno se expone a las diversas experiencias de aprendizaje a lo largo del programa, de menor a mayor complejidad.
- II. Otro componente de los métodos de asimilación es el relativo a la vinculación entre la teoría y la práctica. Para la educación participativa de lo que se trata es de la vinculación de ambas, cuya expresión es un flujo bidireccional e ininterrumpido entre la información y la acción. En cuanto al trabajo de atención médica, lo anterior significa, en un sentido, que cualquier acción médica tiene como necesario punto de apoyo información bibliohemerográfica pertinente: en el otro, que continuamente se valora a la información a partir de su confrontación con la práctica.

3. EL PROBLEMA

3.1 La Orientación Pasivo-Receptiva en la Formación de los Especialistas.

Durante su formación los futuros especialistas en medicina se enfrentan a diversas situaciones-problema que deben aprender a manejar con eficacia, por lo que la forma de enfrentarlas resulta decisiva para su desempeño profesional futuro. En este sentido, el dominio de las herramientas metodológicas que les posibiliten su educación permanente es un objetivo de aprendizaje que a menudo recibe insuficiente atención en la concepción y operación de los planes y programas de estudio, lo que conduce a la formación de especialistas incapaces de responder y anticiparse a los retos de conocimiento que posteriormente serán su responsabilidad como profesionales.

Considerando el proceso educativo en particular existen algunos indicadores que sugieren la presencia de una orientación predominantemente pasivo-receptiva tanto en la concepción como en la operación de los planes y programas de especialización que conducen las instituciones educativas en colaboración con las instituciones de salud. Dicha orientación en la formación de los especialistas se manifiesta básicamente por una disociación entre las actividades teóricas y las actividades prácticas. Algunas características de este proceso de formación son (30):

- Los propios planes de estudio establecen una separación entre "horas prácticas" y "horas teóricas".
- En las reuniones académicas predomina exposición sobre la discusión.
- El acceso a la teoría generalmente no está motivado por una necesidad surgida de la realidad cotidiana; por ejemplo, las actividades académicas denominadas "ciencias básicas aplicadas" se plantean y se desarrollan como clases teóricas de aula sin una vinculación real con las actividades clínicas cotidianas.

En la orientación pasivo-receptiva se concibe al alumno y de hecho se le trata como un mero ente "receptor" de conocimientos y no como un sujeto activo, capaz de construir sus experiencias de aprendizaje, generar conocimientos y reflexionar críticamente acerca de su práctica. A su vez, se concibe al profesor como una especie de "depositorio" del conocimiento y cuya función básica es la de transmitir contenidos teóricos.

Las concepciones que ubican a la especialización como una profundización de conocimientos en un área determinada y con fines eminentemente aplicativos, pero sin incluir a la investigación como herramienta metodológica necesaria para alcanzar tal profundización, (31), propician en cierta forma, que la orientación pasivo-receptiva se perpetúe en los cursos de especialización.

Algunas de las consecuencias del predominio de la tendencia pasivo-receptiva en cuanto al desempeño ulterior de los egresados de estos programas son (32):

- Una práctica profesional que tiende al conformismo y a la rutina:
 - Escasa motivación por la lectura constante relativa a su quehacer cotidiano.
 - Insuficiente reflexión autocrítica y crítica sobre su propio quehacer y el de sus colegas.

- Escasa capacidad para procurarse su actualización permanente:
 - Obsolescencia de conceptos, métodos y técnicas.
 - Dependencia creciente de los programas de educación continúa.

- Graves insuficiencias para valorar críticamente las publicaciones médicas:
 - Riesgo constante de aceptar como válida información con escaso o nulo fundamento metodológico.
 - " Víctimas indefensas" ante la abrumadora propaganda de la industria químico-farmacéutica.

3.2 El Curso de Especialización en Pediatría Médica, Impartido en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Este curso tiene como objeto capacitar al médico para que identifique, analice y atienda las características particulares del individuo en su etapa de crecimiento y desarrollo tanto en condiciones de su evolución normal, física, mental y social como en condiciones de enfermedad.

Sobre el Plan de Estudios de la UNAM y El Programa Institucional del Curso. (IMSS)

Desde el punto de vista técnico-pedagógico, este curso tiene una duración de 6 semestres. La estructura del plan universitario comprende 201 créditos correspondientes a 38 horas/semana de actividades de enseñanza programada durante los 6 semestres que dura el curso. Es importante señalar que en este plan de estudios las actividades teóricas y las prácticas se contemplan como actividades lo suficientemente independientes como para asignárseles créditos por separado. (ver cuadro 1)

CUADRO 1

**PLAN DE ESTUDIOS DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA MEDICA. (UNAM)*
DISTRIBUCION DE CREDITOS DE LAS ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA**

TIPO DE ACTIVIDAD	CREDITOS No.	TOTALES
TEORIA	101	
PRACTICA	100	201

A su vez, el programa institucional del curso (IMSS) que es de hecho el que opera actualmente está orientado a formar especialistas con los conocimientos, destrezas y actitudes acordes con el ejercicio de la medicina institucional (33), para lo cual se vincula su operación con un modelo integrado por tres niveles de atención médica. Este modelo por niveles está constituido por Unidades de Atención Primaria (primer nivel de atención), Hospitales Generales de Zona (segundo nivel de atención), Hospitales Rurales (segundo nivel de atención) y Hospitales de Especialidades (tercer nivel de atención).

Durante los 3 años que dura el curso los médicos residentes deben cubrir las siguientes rotaciones:

Primer Año: 10 meses en Hospital General de Zona y 2 meses en Servicio de Atención Primaria.

Segundo Año: 10 meses en Hospital de Especialidades y 2 meses en Servicio de Atención Primaria.

Tercer Año: 4 meses en Hospital Rural, 6 meses en Hospital de Especialidades y 2 meses en Hospital General de Zona.

* UNAM. Facultad de Medicina
Plan de Estudios del Curso de
Especialización en Pediatría.
México, D. F., 1977.

De esta manera, la distribución de los tiempos de entrenamiento según los niveles de atención es:

Servicio de Atención Primaria	11%	4 meses
Hospital General de Zona	33%	12 meses
Hospital de Especialidades	44%	16 meses
Hospital Rural	11%	4 meses

Como puede verse este modelo de rotación no permite la integración de las actividades de aprendizaje de los médicos residentes de los 3 niveles de formación (primero, segundo y tercer año) en una misma unidad. Asimismo las funciones de coordinación académico-asistencial se encuentran en el tercer nivel de atención. Este modelo de rotaciones le permite, al Instituto, por un lado, cubrir las necesidades de atención en los diferentes hospitales, pero al mismo tiempo debilita las actividades docente-asistenciales y reduce el número de experiencias de aprendizaje de la pediatría médica general que beneficiarán a los médicos residentes de los 3 niveles de formación si pudiesen compartir en una misma unidad médica sus experiencias de aprendizaje.

Actividades de Aprendizaje del Programa Institucional (IMSS)

En el cuadro 2 se muestran las actividades de aprendizaje a las cuales se deben incorporar los médicos residentes durante su formación:

CUADRO 2



Estas actividades comprenden:

- A) Adiestramiento Clínico Dirigido: Se refiere a las actividades de atención de pacientes que realiza el médico residente en Unidades de cuidado al niño sano, consulta externa y hospitalización bajo la tutela del médico de base del servicio correspondiente.
 - B) Práctica Clínica Complementaria (Guardias): Orientada a dar entrenamiento en la vigilancia continua (24 Hrs.) de los pacientes hospitalizados y del trabajo en equipo. Se utiliza básicamente el método clínico en la solución de los problemas de atención de pacientes. Esta práctica debiera estar supervisada por los profesores del curso.
 - C) Práctica de Campo: Se refiere a la rotación de los residentes de tercer año en las clínicas-hospitales de campo localizadas en áreas rurales marginadas.
 - D) Actividades Académicas de Aula: Se refiere a sesiones académicas donde se revisa el contenido temático de las unidades didácticas del curso. Las técnicas didácticas grupales incluyen: talleres, discusión dirigida y solución de problemas.
- Sesiones Pediátricas Generales: Se realiza la discusión de temas pediátricos entre el personal médico de base y los médicos residentes. Sus modalidades pueden ser:
 - Clínicas.
 - Clínico-patológicas: Coordinadas por el jefe de servicio y la presentación a cargo del residente del tercer año.
 - De Actualización: Coordinada y presentada por el jefe de servicio y/o médico de base, en la que "podrá" participar el residente a "solicitud" de los anteriores.
 - Análisis Integral de historias clínicas: "Análisis Integral" de casos clínicos en las áreas biológica, psicológica y social.
 - Sesiones Radiológicas: Son aquellas en las que los médicos residentes se reúnen con el radiólogo para adiestrarse en la Interpretación radiológica.
 - Sesiones Bibliográficas: Son aquellas en que los médicos residentes se reúnen durante la práctica clínica complementaria con un médico de base para actualizarse en pediatría general.

El cuadro 3 muestra como se distribuyen habitualmente estas actividades.

CUADRO 3					
EJEMPLO DE DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES DIARIAS					
HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
7:00 a 11:00 horas	ADIENTRAMIENTO CLINICO DIRIGIDO				
11:00 a 13:00 horas	SESIONES ACADEMICAS O ACTIVIDADES DE AULA				
13:00 a 14:00 horas	COMIDA				
14:00 a 8:00 horas	PRACTICA CLINICA COMPLEMENTARIA				

3.3 Dinámica de las actividades académico-asistenciales.

Las actividades académico-asistenciales que se realizan incluyen además funciones de asesoría y supervisión de acuerdo con el nivel de formación de los médicos residentes. Así por ejemplo, durante las denominadas guardias los médicos residentes deben de atender diversos aspectos de carácter médico-administrativo que están sujetos a una normatividad (Reglamento de Médicos Residentes)(34) y a horarios determinados, lo que contribuye a que se destine una considerable proporción del tiempo de entrenamiento a actividades con poco valor educativo y que acentúan la desvinculación entre la teoría y la práctica.

Algunas de estas actividades incluyen: (35)

- Redacción de informes personales en formas especiales sobre las actividades e incidencias.
- Vigilancia de la buena marcha y funcionamiento de todos los aspectos médico-administrativos del hospital que afecten las actividades durante el desarrollo de las guardias.
- Hacer las anotaciones en los expedientes que sean indicadas por residentes de mayor jerarquía ó por el médico de base "solicitando a quién le dictó la nota que avale con su firma lo anotado".
- Vigilancia del cumplimiento de las indicaciones anotadas en los expedientes informando al residente de mayor jerarquía y haciendo las respectivas correcciones.

- Vigilar que el orden de los expedientes se ajuste a lo señalado por las normas de la institución y en caso de no estar así, deberá ordenarlo.
- Vigilar que los expedientes estén colocados en su sitio.
- Elaborar informes sobre las incidencias y observaciones ocurridas en las áreas de vigilancia y entregarlo al médico residente de jerarquía superior, entregando el original al jefe de guardia a las 7:00 Hrs. y la copia al jefe del Departamento Clínico correspondiente a las 8:00 Hrs.
- Anotar en los expedientes las interpretaciones sobre los resultados de exámenes de laboratorio y gabinete que les sean dictados y solicitar a quien dictó la(s) interpretación(es) que avale con su firma lo escrito.

No es difícil imaginar que la realización de estas actividades dificulte o impida a los alumnos el discutir y reflexionar sobre la información biomédica que debiera consultarse regularmente para fundamentar sus actividades de atención de pacientes especialmente ante situaciones clínicas en las que se tiene escasa o nula experiencia clínica.

Consideramos pues que es en el proceso mismo de formación en donde puede explorarse la influencia relativa de las orientaciones educativas que subyacen a las prácticas más comunes y, en particular, en lo que se refiere a la vinculación entre las actividades teóricas y las prácticas.

Para ello resulta evidente la necesidad de contar con instrumentos de medición debidamente validados y confiables para indagar cómo ocurre la interrelación entre las experiencias teóricas y prácticas de aprendizaje durante el desarrollo de los cursos.

El contar con una metodología que permita discriminar qué estructuras organizativas del quehacer médico cotidiano en los diferentes servicios, posibilitan ó dificultan la vinculación entre la teoría y la práctica en tanto que experiencias de aprendizaje equivale a contar con indicadores de calidad tanto de los diferentes cursos entre sí como al interior de cada uno, en su diferentes niveles (primer año, segundo, tercero, etc.) de formación. Todo lo cual puede servir de base a diversas modificaciones intencionales del proceso educativo con fines de mejoramiento.

En este contexto el problema objeto del presente trabajo se centra en el reconocimiento de que hasta ahora no se ha explorado cómo ocurre el proceso de formación de los especialistas desde una perspectiva teórica como la de la orientación activo- participativa de la educación médica que permita responder a preguntas tales como ¿De qué manera los residentes se relacionan con y profundizan en el conocimiento ya existente y generalmente aceptado relativo a su especialidad? (métodos de asimilación del conocimiento)....¿Qué tan vinculadas ó desvinculadas están las actividades teóricas y prácticas de aprendizaje de los residentes?

Como podrá comprenderse el responder a estas interrogantes no solo reviste interés desde el punto de vista de ampliar el conocimiento de los procesos de formación de los especialistas sino que también tiene implicaciones prácticas ya que bajo una orientación participativa, los egresados de los cursos de especialización podrían estar más dotados para:

- Enriquecer su práctica profesional, pues el fomentarles la lectura constante les permite confrontar sistemáticamente una gama de situaciones-problema que a diario se manifiestan en su quehacer clínico.
- Desarrollar una actitud más discriminativa hacia la información que se consulta.
- Con el concurso de la discusión analítica entre el equipo médico del cual él es miembro, se inician en la crítica de la literatura médica, lo que les permite valorar la información que consultan desde el punto de vista de su fundamento metodológico (diseños de investigación).
- Procurarse con éxito su autoeducación permanentemente sin depender de los programas de actualización continua.

4. OBJETIVOS

1. Conocer el grado de vinculación entre la teoría y la práctica en el curso de especialización en pediatría médica impartido en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.
2. Conocer si existen diferencias en el grado de vinculación entre la teoría y la práctica en los diferentes niveles de formación del curso de especialización en pediatría médica impartido en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

5. PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS.

A partir de las consideraciones hechas en el planteamiento del problema y de los postulados de la orientación participativa de la educación y con objeto de intentar dar respuesta a nuestro problema se proponen las siguientes hipótesis.

1. Dado que predomina una orientación de tipo tradicional (pasivo-receptiva) en la educación de los alumnos del curso de especialización en pediatría médica se encontrará una escasa vinculación entre las actividades teóricas y prácticas de aprendizaje que éstos realizan durante su formación.
2. Suponiendo un ambiente académico "menos participativo" en cuanto al tipo de orientación educativa que ofrece una unidad médica tipo Hospital General de Zona a los alumnos del primer año de formación del curso de especialización en pediatría médica, se encontrará un mayor grado de desvinculación entre las actividades teóricas y prácticas de aprendizaje de estos alumnos con respecto a lo observado en los alumnos de segundo y tercer año, quienes reciben su adiestramiento en un Hospital de Especialidades.

6. TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio descriptivo, transversal comparativo de tipo encuesta.

7. DEFINICION DE VARIABLES

A partir de los postulados de la orientación participativa de la educación médica se definieron las siguientes variables:

1. **Vinculación entre Teoría y Práctica:** se refiere, por una parte, a que toda consulta de información médica ocurre fundamentalmente a partir de la necesidad de esclarecer ó enfrentar una situación-problema que tiene su origen en la realidad de la atención cotidiana de los pacientes, particularmente ante situaciones nuevas, o en las que se tiene escasa o nula experiencia clínica.

Secuencia: experiencia-lectura-reflexión-experiencia

2. **Motivos de Lectura:** se refiere a los principales motivos por los cuales los alumnos consultan información biomédica.
3. **Materiales de Lectura:** se refiere al tipo de materiales que los alumnos consultan para la realización de sus actividades teórico-prácticas de aprendizaje.
4. **Fuentes de Lectura:** se refiere al origen de la información que habitualmente consultan los alumnos. Estas pueden ser fuentes originales o secundarias.
5. **Tipos de Artículo:** se refiere al tipo de materiales que preferentemente consultan los alumnos cuando leen revistas biomédicas.
6. **Frecuencia de las Lecturas:** se refiere a la periodicidad con la que los alumnos consultan información biomédica para la realización de sus actividades teóricas y prácticas de aprendizaje.
7. **Actitud ante la Lectura Médica:** se refiere a que la información que se lee se selecciona pertinentemente y es valorada en términos de la solidez del procedimiento metodológico de investigación que la sustenta.

8. DEFINICION DE INDICADORES:

Estos se desprenden de las variables antes mencionadas y exploran:

- a) Los motivos principales para leer información biomédica.
- b) La frecuencia de las lecturas que se realizan.
- c) Las preferencias en cuanto al tipo de materiales consultados.

9. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

1. Vinculación entre las acciones médicas de atención de salud y la información biomédica consultada.

La vinculación que pueda ocurrir entre la teoría y la práctica que a su vez está íntimamente ligado a 2 circunstancias:

- A) Los motivos por los cuales se consulta habitualmente información biomédica (variable 2). Estos pueden ser:

- El dar fundamento a la toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas así como el ampliar o profundizar sobre las situaciones clínicas cotidianas que son su responsabilidad.
- La preparación de sesiones, clases o exámenes.
- La preparación, presentación o publicación de algún trabajo de investigación o tesis.
- La actualización, esto es, el estar al tanto sobre los nuevos conocimientos que hay en su especialidad, independientemente de las situaciones clínicas cotidianas que son su responsabilidad.
- Escala (s) de medición:
Nominal: (ver arriba)
Ordinal: Frecuencias: (Por Semana): Ningún Día; La Minoría de los Días (1-2 días); La Mayoría de los Días (3-4 días); Todos los Días (5 días).

- B) La frecuencia (variable 6) con la que se consulta información biomédica para dar fundamento a diversas actividades clínicas cuando se tiene escasa o nula experiencia clínica para su manejo. De esta manera la frecuencia de consulta puede ser:

- Todas las veces que se requiera
- La mayoría de las veces
- Aproximadamente la mitad de las veces
- Sólo algunas veces

- Ninguna vez
- Escala (s) de medición:

Ordinal

C) Asimismo las diversas actividades clínicas de aprendizaje que deben realizar los médicos durante su entrenamiento para ser especialistas y que requieren una adecuada fundamentación teórica particularmente cuando se tienen que manejar situaciones clínicas en las que se tiene insuficiente experiencia clínica (variable 1) incluyen:

- Elaboración de historias clínicas
- Elaboración de notas de ingreso
- Elaboración de notas de evolución
- Ejecución de procedimientos diagnósticos
- Solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete
- Ejecución de procedimientos terapéuticos
- Prescripción de medidas terapéuticas
- Prescripción de medidas preventivas
- Escala (s) de medición:
Nominal: (ver arriba)
Ordinal (ver inciso "B")

2. Los materiales de lectura que se consultan para la realización de las actividades teóricas y prácticas de aprendizaje (variable 3) incluyen:

- Libros de texto
- Monografías
- Revistas biomédicas
- Escala (s) de medición:
Nominal: (ver arriba)
Ordinal: Frecuencia (4) = lo más frecuente; (1) = lo menos frecuente

3. El origen de la información biomédica (variable 4) que se consulta para la realización de las actividades teóricas y prácticas de aprendizaje se clasifican en:

- Fuentes originales
- Fuentes secundarias
- Escala (s) de medición:
Nominal: (ver arriba)
Ordinal: Frecuencia (4) = lo más frecuente; (1) = lo menos frecuente

4. Los tipos de artículos (variable 5) que preferentemente se consultan cuando se leen revistas biomédicas pueden ser:

- Casos clínicos
- Artículos de revisión
- Artículos de investigación original

- Escala (s) de medición:

Nominal: (ver arriba)

Ordinal: Frecuencia (3) = lo más frecuente; (1) = lo menos frecuente

5. Las secciones que integran un artículo de investigación original y que deben valorarse en términos de la solidez de los procedimientos metodológicos (variable 7) utilizados para decidir si sus conclusiones pueden tomarse en cuenta en las actividades de atención con pacientes incluyen:

- Introducción
- Material (es) y método (s)
- Resultados
- Discusión
- Escala (s) de medición:

Nominal: (ver arriba)

Ordinal: Frecuencia (4) = lo más frecuente; (1) = lo menos frecuente

10. METODOLOGIA

10.1 Elaboración de los instrumentos de medición:

Se elaboraron 2 instrumentos:

- Cuestionario estructurado (36) con preguntas de hecho que exploran las experiencias de aprendizaje de los alumnos y la vinculación que existe entre las actividades teóricas y prácticas.
- Guía de observación de actividades, la cual permite seguir durante una jornada habitual de trabajo cómo ocurren las experiencias teóricas y prácticas de aprendizaje en las unidades médicas (Anexo 2).

Ambos instrumentos fueron elaborados a partir de los postulados de la orientación participativa de la educación médica (ver marco teórico) y posteriormente fueron validados tanto a nivel conceptual como de contenido por criterio de expertos. (37).

10.2 Validación conceptual y de contenido del instrumento de medición por criterio de expertos:

A) Cuestionario Estructurado

Se elaboró una Versión precodificada (Anexo 1) del Cuestionario autoadministrado. Aquí se asignó un valor a cada una de las opciones de respuesta en función de que éstas constituyesen una mayor o menor vinculación entre teoría y práctica, de acuerdo al grado de formación (primero, segundo, tercer año).

B) Validación conceptual y de contenido:

Profesores expertos, conocedores de las diferentes corrientes educativas revisaron y contestaron la versión precodificada (Anexo 1) y la guía de observación de las actividades teórico-prácticas (Anexo 2) del Instrumento en dos ocasiones hasta llegar a un consenso en cuanto a:

- La correspondencia entre las variables y sus indicadores.
- Decidir si las preguntas incluidas exploran todo el espectro posible de vinculación entre la teoría y la práctica en el ámbito del ejercicio médico institucional.
- El peso asignado a cada una de las opciones de respuesta en función de la vinculación entre la teoría y la práctica.
- La claridad de los enunciados, las preguntas y las opciones de respuesta.

10.3 Validación diferenciadora:

1. Se seleccionaron dos sedes (A y B) de un curso de especialización que por criterios independientes* difieren entre sí en la forma de organizar las actividades teóricas y prácticas.
2. Observación directa de las actividades teórico-prácticas de aprendizaje de los alumnos de las sedes A y B durante cinco días consecutivos utilizando la guía de observación de las actividades de aprendizaje (Anexo 2).
3. Se aplicaron cuestionarios estructurados (Anexo 1) a tres generaciones de las sedes A y B, luego de concluida la fase de observación directa de sus actividades durante cinco días consecutivos (punto 2).
4. Se hizo análisis estadístico comparativo entre las dos sedes y se encontró lo siguiente:

En la sede A, el principal motivo para consultar información biomédica fue tomar decisiones, ampliar y profundizar sobre los problemas clínicos cotidianos que son su responsabilidad tanto en los alumnos de primero como en los de segundo año, a diferencia de los alumnos de primero y segundo años de la sede B, donde el principal motivo para leer fue la preparación de sesiones académicas, (tablas I y II). Asimismo, la frecuencia con la que se consulta la información biomédica para tomar decisiones fue mayor tanto en los alumnos de primero como en los de tercer año de la sede A que en los correspondientes de la sede B, (tabla III).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas sedes en lo que respecta a la actitud frente a la lectura de artículos de investigación original.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a las preferencias de los materiales de lectura consultados por las 3 generaciones de ambas sedes.

Con base a estos resultados y luego de incorporar las observaciones y ajustes correspondientes al cuestionario autoadministrado (ver inciso B del punto 10.2), se elaboró la versión definitiva de este instrumento (Anexo 3).

* Fuente : Archivos de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM.

TABLA I

**COMPARACION ENTRE LOS ALUMNOS DE PRIMER AÑO DE LAS SEDES A Y B
SEGUN LA RAZON MAS COMUN POR LA QUE CONSULTAN INFORMACION BIOMEDICA**

TIPO DE RAZON	SEDE A (N=18)		SEDE B (N=8)		"p"*
	Nº	%	Nº	%	
ACTUALIZACION	2	11.0	2	25.0	
TOMAR DECISIONES	12	67.0	0	0	<0.05
PREPARACION DE S E S I O N E S ACADEMICAS	2	11.0	3	37.5	
PREPARACION DE TRABAJO DE FIN DE CURSO	2	11.0	3	37.5	

* Prueba de "ji" cuadrada.

TABLA II

**COMPARACION ENTRE LOS ALUMNOS DE SEGUNDO AÑO DE LAS SEDES A Y B
SEGUN LA RAZON MAS COMUN POR LA QUE CONSULTAN INFORMACION BIOMEDICA**

TIPO DE RAZON	SEDE A (N=20)		SEDE B (N=8)		"p"*
	Nº	%	Nº	%	
ACTUALIZACION	1	5.0	2	29.0	
TOMAR DECISIONES	16	80.0	1	14.0	<0.05
PREPARACION DE S E S I O N E S ACADEMICAS	3	15.0	4	57.0	
PREPARACION DE TRABAJO DE FIN DE CURSO	0		0		

* Prueba de "ji" cuadrada.

TABLA III

COMPARACION ENTRE LOS ALUMNOS DE PRIMER AÑO DE LAS SEDES A Y B
SEGUN LA FRECUENCIA CON LA QUE CONSULTAN INFORMACION BIOMEDICA
PARA TOMAR DECISIONES

FRECUENCIA	SEDE A (N=18)		SEDE B (N=8)		p ^{**}
	Nº	%	Nº	%	
DIARIO	13	72.0	2	25.0	
CADA TERCER DIA	4	22.0	2	25.0	<0.05
CADA SEMANA	1	6.0	2	25.0	
CADA QUINCE DIAS			1	12.5	
CADA MES			1	12.5	

* Prueba de "ji" cuadrada.

10.4 Criterios de inclusión y exclusión de los sujetos de estudio.

De Inclusión: Se incluyeron a todos los médicos de los 3 grados de formación (primero, segundo y tercer año) siempre y cuando hubiese transcurrido 1 mes de entrenamiento en el grado y en la sede correspondiente.

De Exclusión: No se incluyeron a los médicos que no se encontraban en la sede de adscripción al momento de realizar la encuesta.

10.5 Marco Muestral.

Se utilizó el listado oficial de los médicos inscritos a los 3 grados (primero, segundo y tercero) de formación del curso de especialización en pediatría médica (avalado por la Facultad de Medicina de la UNAM) con sede en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

10.6 Muestreo.

Se realizó un censo de la población inscrita en el curso de especialización en pediatría médica.

10.7 Tamaño de la Muestra.

Los médicos inscritos en los 3 grados de formación constituyen el 100% del total de alumnos de la especialidad mencionada en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.

10.8 Aplicación del Instrumento.

Los cuestionarios fueron aplicados a todos los médicos de primero, segundo y tercer año con la colaboración de los profesores del curso y los responsables del área de enseñanza de los diferentes hospitales involucrados (3 hospitales generales de zona para 16 alumnos que cursaban el primer año, y el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI para los 24 alumnos de segundo y 19 alumnos de tercer año).

Así, se aplicaron cuestionarios a 59 médicos los cuales lo contestaron en ese momento.

10.9 Procedimiento de Captación de la Información.

Para la captación y recuento de la información se utilizó una base de datos para computadora personal.

10.10 Análisis Estadístico de la Información.

Para la validación del instrumento se utilizó la prueba de "ji" cuadrada. (38)

Para el análisis de los datos recabados se utilizaron las pruebas de "ji" cuadrada y el análisis de varianza de Kruskal-Wallis. (39)

11. RESULTADOS

Como se señaló en la definición de indicadores, de entre las diversas actividades de aprendizaje teórico-prácticas interesaba conocer los motivos principales para leer información biomédica. De entre estas razones (tabla 1) cabe destacar la razón "A", pues es esta la que más directamente traduce una vinculación lógica entre la teoría y la práctica.

En la población estudiada, encontramos que en ninguno de los 3 grupos de alumnos (primero, segundo y tercer año) esta razón resultó ser la más común entre sus razones principales para leer información biomédica. Para los alumnos de primero y segundo año la razón más común fue la preparación de sesiones clases o exámenes, mientras que para los alumnos de tercer año las razones más comunes fueron la actualización y la preparación de sesiones, clases o exámenes.

Al comparar las frecuencias de consulta por la razón "A" para cada uno de los 3 grupos de alumnos encontramos que en una escala de 0 a 3, el grupo de segundo año obtuvo una puntuación media de 2.16, que corresponde a la frecuencia más alta, siguiéndole el grupo de primer año con una puntuación media de 1.81 y finalmente el grupo de tercer año con una puntuación de 1.78. No obstante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos (tabla 2).

Como promedio los alumnos de primer año refirieron consultar información biomédica por la razón "A" de 3 a 4 veces por semana. A su vez, los alumnos de segundo y tercer año refirieron leer de 1 a 2 veces por semana por la misma razón. Nuevamente, se observa que las frecuencias de lectura de los 3 grupos no difieren mayormente entre sí. (tabla 3).

En cuanto a las circunstancias bajo las que ocurren preferentemente los lapsos de tiempo en los que los alumnos leen información biomédica se encontró que prácticamente la totalidad de los 3 grupos de alumnos dedican tiempo para consultar información biomédica sólo cuando ha concluido su horario habitual de actividades (tabla 4).

A su vez, y en lo referente a las modalidades de consulta de información biomédica que pudiera ocurrir con el objeto de fundamentar la realización de las diversas actividades clínicas que se realizan en las rotaciones por los servicios clínicos, particularmente, cuando se trata de manejar situaciones clínicas ante las que se tiene escasa o nula experiencia se encontró que en lo relativo al servicio de consulta externa, el análisis de varianza no mostró diferencias significativas en los 3 grupos de alumnos con excepción de la solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete en donde sí existe diferencia entre los 3 grupos en virtud de que el grupo de segundo año parece vincular más la consulta de información con la realización de esta actividad clínica (tabla 5).

De igual forma, en los servicios de hospitalización el análisis de varianza fue significativo para la realización de notas de evolución, diferencia que también estuvo dada por los alumnos de segundo año (tabla 6).

En el servicio de urgencias nuevamente el grupo de segundo año estableció diferencias significativas con los de primero y tercer año en la elaboración de notas de ingreso, de evolución, ejecución de procedimientos diagnósticos, solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete, ejecución de procedimientos terapéuticos y preventivos (tabla 7).

En cuanto al servicio de cuidados intensivos también se encontraron diferencias significativas dadas por el grupo de segundo año en la elaboración de notas de evolución, solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete y prescripción de medidas preventivas (tabla 8).

Aunado a las circunstancias que al interior de los servicios clínicos posibilitan o limitan la consulta de información para la realización de actividades clínicas en las que no se tiene suficiente experiencia se exploró la valoración que hacen los alumnos sobre la intensidad de sus responsabilidades de atención de pacientes en cuanto a su adecuación o inadecuación para permitirles disponer de tiempo para leer y discutir información biomédica durante la jornada de trabajo. A partir de una escala que va de cero a diez, los 3 grupos de alumnos coincidieron en señalar que esta relación entre servicio y educación la valoran como adecuada

(tabla 9), lo cual contrasta ostensiblemente con lo encontrado en la tabla 4 en la que se aprecia que la mayoría de los alumnos manifestó que generalmente disponen de algún tiempo para leer y discutir información biomédica solamente cuando ha concluido la jornada de trabajo.

Por otro lado, y en lo que toca a los tipos de materiales que se consultan al leer temas biomédicos se encontró que los libros de texto fueron los más consultados por los tres grupos. El segundo lugar, dentro de los materiales que se consultan lo ocuparon las revistas biomédicas y, por último, los manuales. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los materiales que consultan los 3 grupos de alumnos (tabla 10).

Adicionalmente, y en relación a los tipos de artículos que se consultan al leer revistas biomédicas se encontró que los artículos de revisión (fuentes secundarias de información) eran los más consultados, mientras que las fuentes originales (artículos de investigación original) ocupan un lugar secundario. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de alumnos, (tabla 11).

Finalmente, y aunado a las modalidades de artículos que consultan al leer revistas biomédicas también se exploró a qué secciones de los artículos de investigación original asignan los alumnos mayor importancia para ser tomados en cuenta en sus actividades de atención de pacientes. Se encontró que la sección de resultados fue la que recibió mayor importancia por parte de los alumnos de segundo y tercer años, siguiéndole la sección de material y métodos para los de segundo año, y la sección de introducción para los alumnos de primer año. Sorprendentemente, se encontró que los alumnos de primer año asignaron mayor importancia a la sección de material y métodos, no obstante y quizá por la magnitud de los grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos (tabla 12).

TABLA 1**RAZONES DE CONSULTA DE INFORMACION BIOMEDICA**

- A: Para fundamentar la toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas, ampliar o profundizar sobre las situaciones clínicas cotidianas que son su responsabilidad.
- B: Actualización: Para estar al tanto sobre los nuevos conocimientos que hay en su especialidad, independientemente de las situaciones clínicas cotidianas que son su responsabilidad.
- C: Preparación de sesiones, clases o exámenes.
- D: Preparar, presentar o publicar algún trabajo de investigación o tesis.

TABLA 2**FRECUENCIA* DE CONSULTA DE INFORMACION BIOMEDICA POR LA RAZON "A"**

NIVELES DE FORMACION	MEDIA	MEDIANA	MODA	p**
Primer Año (n = 16)	1.81	3	3	
Segundo Año (n = 24)	2.16	2	2	NS
Tercer Año (n = 19)	1.78	2	2	

* Frecuencia máxima posible = 3 (lo más común)

Frecuencia mínima posible = 0 (lo menos común)

** Prueba de "ji" cuadrada

TABLA 3

FRECUENCIA * CON LA QUE SE CONSULTA INFORMACION BIOMEDICA POR LA RAZON "A"

NIVELES DE FORMACION	MEDIA	MEDIANA	MODA	p**
Primer Año (n = 16)	2.00	2	1 y 3	
Segundo Año (n = 24)	1.66	2	2	NS
Tercer Año (n = 19)	1.68	2	2	

* Ningún Día = 0

Todos los días = 3

** Prueba de "ji" cuadrada.

TABLA 4

CIRCUNSTANCIAS* EN LAS QUE PREFERENTEMENTE OCURREN LOS LAPROS EN LOS QUE SE LEE INFORMACION BIOMEDICA

NIVELES DE FORMACION	MEDIA*	MEDIANA	MODA	p**
Primer Año (n = 16)	1.56	1	1	
Segundo Año (n = 24)	1.28	1	1	NS
Tercer Año (n = 19)	1.31	1	1	

* Escala: 1. Fuera del horario habitual de actividades

2. Dentro del horario habitual de actividades (cuando hay tiempo)

3. Dentro del horario habitual de actividades (en el momento que se requiere)

** Análisis de varianza de Kruskal Wallis

TABLA 5

FRECUENCIA * DE CONSULTA DE INFORMACION BIOMEDICA PARA FUNDAMENTAR LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES CLINICAS QUE DESEMPEÑAN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA AN TE SITUACIONES CLINICAS QUE NO LES SON FAMILIARES

NIVELES DE FORMACION

Tipo de Actividad	Primer Año (n = 16)		Segundo Año (n = 24)		Tercer Año (n = 19)		p**
	Media	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	
	1. Elaboración de Historias Clínicas	No Valorable	---	1.91	1	1.21	
2. Elaboración de Notas de Ingreso	2.20	2	2.79	3	2.00	2	NS
3. Elaboración de Notas de Evolución	2.60	3	3.25	3	2.89	3	NS
4. Ejecución de Procedimientos Diagnósticos	3.10	3	2.95	4	2.84	3	NS
5. Solicitud de Exámenes de Laboratorio y Gabinete	2.20	2	3.50	4	2.63	2	<0.05
6. Ejecución de Procedimientos Terapéuticos	3.40	4	3.16	3	2.68	3	NS
7. Prescripción de Medidas Terapéuticas	2.90	2	3.41	4	3.15	3	NS
8. Prescripción de Medidas Preventivas	2.80	3	3.45	4	2.52	2	NS

* Frecuencia Máxima posible = 5 (Todas las veces)

Frecuencia Mínima posible = 1 (Ninguna vez)

** Análisis de varianza de Kruskal Wallis

TABLA 6

FRECUENCIA * DE CONSULTA DE INFORMACION BIOMEDICA PARA FUNDAMENTAR LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES CLINICAS QUE REALIZAN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION AN TE SITUACIONES CLINICAS QUE NO LES SON FAMILIARES

NIVELES DE FORMACION

Tipo de Actividad	Primer Año (n = 10)		Segundo Año (n = 24)		Tercer Año (n = 19)		p**
	Media	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	
1. Elaboración de Historias Clínicas	No Valorable	---	3.87	5	1.68	1	NS
2. Elaboración de Notas de Ingreso	3.62	4.5	4.00	5	3.05	3	NS
3. Elaboración de Notas de Evolución	3.25	3	4.00	5	2.84	2	<0.05
4. Ejecución de Procedimientos Diagnósticos	3.56	3.5	3.62	4	3.05	3	NS
5. Solicitud de Exámenes de Laboratorio y Gabinete	3.18	3	3.62	5	2.68	2	NS
6. Ejecución de Procedimientos Terapéuticos	3.62	4	3.79	4	3.26	3	NS
7. Prescripción de Medidas Terapéuticas	3.75	4	2.87	4	3.47	4	NS
8. Prescripción de Medidas Preventivas	3.06	2.5	2.79	3.5	2.68	3	NS

* Frecuencia Máxima posible = 5 (Todas las veces)

Frecuencia Mínima posible = 1 (Ninguna vez)

** Análisis de varianza de Kruskal Wallis

TABLA 7

FRECUENCIA * DE CONSULTA DE INFORMACION BIOMEDICA PARA FUNDAMENTAR LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES CLINICAS QUE DESEMPEÑAN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS AN TE SITUACIONES CLINICAS QUE NO LES SON FAMILIARES

Tipo de Actividad	NIVELES DE FORMACION						
	Primer Año (n= 16)		Segundo Año (n=24)		Tercer Año (n= 19)		P**
	Media	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	
1. Elaboración de Historias Clínicas	No Valorable	---	2.37	1.5	1.00	1	NS
2. Elaboración de Notas de Ingreso	3.20	4	3.75	5	2.78	3	<0.05
3. Elaboración de Notas de Evolución	2.80	2	3.91	5	2.78	3	<0.01
4. Ejecución de Procedimientos Diagnósticos	3.10	3	3.54	4	3.00	4	<0.05
5. Solicitud de Exámenes de Laboratorio y Gabinete	2.60	2	3.54	4	2.73	3	<0.01
6. Ejecución de Procedimientos Terapéuticos	3.30	4	2.45	3.5	3.05	4	<0.05
7. Prescripción de Medidas Terapéuticas	3.00	2	3.41	4	2.94	3	<0.05
8. Prescripción de Medidas Preventivas	1.56	1	2.95	3	2.15	2	<0.01

* Frecuencia Máxima posible = 5 (Todas las veces)

Frecuencia Mínima posible = 1 (Ninguna vez)

** Análisis de varianza de Kruskal Wallis

TABLA 6

FRECUENCIA * DE CONSULTA DE INFORMACION BIOMEDICA PARA FUNDAMENTAR LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES CLINICAS QUE DESEMPEÑAN EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS AN TE SITUACIONES CLINICAS QUE NO LES SON FAMILIARES

NIVELES DE FORMACION

Tipo de Actividad	Primer Año (n = 16)		Segundo Año (n = 24)		Tercer Año (n = 19)		P**
	Media	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	
1. Elaboración de Historias Clínicas	No Valorable	---	3.29	4	1.73	1	NS
2. Elaboración de Notas de Ingreso	3.56	4	3.45	4	3.47	3	NS
3. Elaboración de Notas de Evolución	2.93	3	3.87	5	3.05	3	<0.01
4. Ejecución de Procedimientos Diagnósticos	3.43	3.5	3.29	5	3.31	4	NS
5. Solicitud de Exámenes de Laboratorio y Gabinete	2.93	3	3.50	4.5	3.05	3	<0.05
6. Ejecución de Procedimientos Terapéuticos	3.56	3.5	3.29	4	3.47	4	NS
7. Prescripción de Medidas Terapéuticas	3.56	3.5	3.25	4	3.36	3	NS
8. Prescripción de Medidas Preventivas	2.50	2	2.95	3	2.42	2	<0.05

* Frecuencia Máxima posible = 5 (Todas las veces)

Frecuencia Mínima posible = 1 (Ninguna vez)

** Análisis de varianza de Kruskal Wallis

TABLA 9

VALORACION DE LA INTENSIDAD* DE SUS RESPONSABILIDADES DE ATENCION DE PACIENTES EN CUANTO A PERMITIRLES DISPONER DE TIEMPO PARA LEER Y DISCUTIR INFORMACION BIOMEDICA DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO

NIVELES DE FORMACION	MEDIA	MEDIANA	P**
Primer Año (n = 16)	8.12	9	
Segundo Año (n = 24)	7.20	8	NS
Tercer Año (n = 19)	7.89	7	

* Escala: (1) = Completamente Inadecuada
(2) = Completamente Adecuada
** Análisis de varianza de Kruskal Wallis

TABLA 10

TIPOS DE MATERIALES QUE SE CONSULTAN AL LEER TEMAS BIOMEDICOS

Tipos de materiales	NIVELES DE FORMACION						P*
	Primer Año (n = 16)		Segundo Año (n = 24)		Tercer Año (n = 19)		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Libros de Texto	8	50	14	58	13	69	
Monografías	1	7	1	4.5	0	0	NS
Revistas	5	31	8	33	4	21	
Manuales	2	12	1	4.5	2	10	

* Prueba de "ji" cuadrada

TABLA 11

TIPOS DE ARTICULOS QUE SE CONSULTAN CUANDO SE LEEN REVISTAS BIOMEDICAS

NIVELES DE FORMACION

Tipos de materiales	Primer Año (n = 16)		Segundo Año (n = 24)		Tercer Año (n = 19)		p*
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Casos Clínicos	2	12	2	8	3	15	
Artículos de Revisión	8	50	18	75	11	60	
Artículos de Investigación original	4	25	4	17	3	15	NS
Manuales	1	6.5	0	0	0	0	
Cartas	1	6.5	0	0	2	10	

* Prueba de "ji" cuadrada

TABLA 12

SECCIONES DE LOS ARTICULOS DE INVESTIGACION ORIGINAL A LAS QUE ASIGNAN MAYOR IMPORTANCIA PARA SER TOMADAS EN CUENTA EN SUS ACTIVIDADES DE ATENCION DE PACIENTES

NIVELES DE FORMACION

Tipos de materiales	Primer Año (n = 18)		Segundo Año (n = 24)		Tercer Año (n = 19)		p*
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Introducción	4	25	2	8	3	16	
Material y Métodos	7	44	8	33	5	26	NS
Resultados	2	12	9	39	8	42	
Discusión	3	19	5	20	3	16	

* Prueba de "ji" cuadrada

12 DISCUSION

El instrumento utilizado en esta investigación fue el resultado de un proceso de validación conceptual y de contenido que nos permitiera observar a los alumnos desde la perspectiva de la orientación participativa de la educación incorporando todas aquellas experiencias significativas durante su formación en las que pueda ponerse de manifiesto la mayor o menor vinculación entre la teoría y la práctica.

En consecuencia, nuestra exploración sobre el proceso de vinculación entre la teoría y la práctica refleja la correspondencia de algunos hallazgos con las hipótesis propuestas, lo que a su vez evidencia la predominancia de una orientación pasivo-receptiva en la formación de los futuros pediatras que participaron en este estudio.

En efecto, uno de los hallazgos que muestran la desvinculación entre la teoría y la práctica se refiere a la escasa lectura y análisis tanto en la frecuencia como en el tipo de materiales consultados de información biomédica para fundamentar la realización de las actividades de atención de pacientes que se llevan a cabo en los distintos servicios hospitalarios (consulta externa, urgencias, hospitalización, cuidados intensivos). Así resulta preocupante que los alumnos, particularmente los de primer año, prescriban continuamente medidas terapéuticas y preventivas ante situaciones en las que tienen escasa o nula experiencia clínica, precisamente sin consultar información biomédica pertinente (por un lado, la frecuencia de consulta en algunos servicios es casi nula y cuando esta ocurre se consultan muy poco las fuentes originales de la información tablas 5. 6. 7. 8. 10 v 11).

Una premisa subyacente al proceso de vinculación entre las actividades teóricas y prácticas es el aprendizaje de algunas habilidades relacionadas con la búsqueda, obtención, selección y aplicación de la información biomédica, que resultan esenciales para el desarrollo de un adecuado juicio clínico (38). Tal vinculación les posibilita a los alumnos valorar la relevancia que pudieran tener las denominadas ciencias básicas en la práctica clínica, lo que a su vez permite establecer una base clínica a partir de la cual se puedan desarrollar hábitos de aprendizaje en forma independiente y permanente.

En este punto puede entenderse que el uso de la literatura ligado a otros atributos sobre el aprendizaje permanente involucran diversas variables (39), que intervienen en el desarrollo de los objetivos de aprendizaje.

Las variables que intervienen en este proceso se influyen entre sí e incluyen algunas de tipo ambiental y conductual que a su vez se relacionan con diversos factores tales como la intensidad de las necesidades de información, sus usos, aplicaciones, así como otros atributos tales como la edad, la disciplina, de conocimiento, los hábitos, nivel de estudios, ambiente educativo, disponibilidad de la información, conocimiento de la disponibilidad de la información, eficiencia en su obtención (40). Por lo general, desafortunadamente los estudiantes de medicina han mostrado una limitada eficacia tanto en la obtención de la información (41), como en su comprensión particularmente cuando se revisan fuentes escritas en Inglés o en otros idiomas diferentes al idioma materno (42, 43).

Solo algunos estudios se han centrado en los estudiantes de medicina, aun cuando se reconoce que sus necesidades de información son muy variadas y específicas. Cuando estas necesidades se tipifican predominan los libros de texto y los materiales de revisión (44), aunque también se recomiendan fuentes originales, audiovisuales, modelos, espéclmenes, así como otros servicios y programas (45). Por su parte, los estudios sobre las preferencias en las fuentes de información ubican también a los propios colegas como fuentes primarias de información (46).

Todo lo anterior repercute a su vez sobre algunas habilidades que, en particular para la formación de los pediatras se han estimado como fundamentales: manejo de los problemas conductuales en la edad pediátrica, habilidad de comunicación con los niños, aplicación del conocimiento en el contexto del proceso de crecimiento Y desarrollo del niño (47, 48).

Ciertamente, la dinámica de trabajo anteriormente descrita incide también sobre alumnos y su autovaloración sobre su desempeño en el hospital, la valoración que hacen sobre sus profesores y el tipo de curso que están realizando. Durante los periodos de observación directa de las actividades cotidianas de los alumnos se pudo apreciar que efectivamente la autoevaluación que los alumnos tienen, proviene por un lado, *de las representaciones que provee la retroestimulación continua con el equipo de trabajo y por otro lado de su introspección* (49, 50, 51).

Así, tenemos la impresión que la relación que se da entre profesores y alumnos se limita a sus aspectos mas "laborales", (chechar la asistencia, cubrir la demanda de trabajo asistencial, acatar las disposiciones, y eventualmente someterse a algunos exámenes). La posibilidad de revisión, discusión y supervisión de las actividades con los profesores queda postergada ante la demanda del trabajo asistencial y, en consecuencia, se debilita el aprendizaje de las habilidades para la discusión, reflexión y aplicación del conocimiento en el manejo de los pacientes.

De esta manera, se pudo apreciar que el propio contenido del cuestionario que se aplicó a los alumnos los coloco, en alguna forma, en la situación de tener que contrastar entre la forma en que ellos trabajan cotidianamente y la manera en que el cuestionario explora su proceso de formación. Es decir, que también deberá tenerse en consideración hasta que punto las respuestas que los alumnos dieron corresponden a una autoevaluación objetiva de sus actividades y hasta que punto estas respuestas también reflejan sus autorrepresentaciones a partir de una valoración mas bien ideal que real sobre sus hábitos y capacidades clínicas (52).

En realidad, tenemos la impresión de que la desvinculación entre la teoría y la práctica es mayor de lo que nuestros resultados permiten suponer si consideramos la escasa visión crítica que los alumnos tienen de sus propias condiciones de trabajo.

Estos hallazgos a su vez, apoyan el planteamiento de nuestra segunda hipótesis. Si se toma en consideración que a los alumnos de primer año se les hace rotar durante todo un año por unidades médicas (v.gr. clínicas, hospitales generales) que no necesariamente cuentan con la infraestructura técnico-pedagógica que impida que los objetivos de aprendizaje sean relegados frente a la exigencia laboral de cubrir las demandas asistenciales, se puede comprender entonces que las condiciones de trabajo de los alumnos no les permiten disponer

de tiempo suficiente para buscar, seleccionar, discutir y aplicar la información que debiera consultarse cuando se tienen que tomar decisiones frente a situaciones clínicas en las que se posee escasa o nula experiencia. De esta manera el ambiente de trabajo en estas unidades resulta claramente inadecuado pues no existen las condiciones que faciliten su aprendizaje y más bien los residentes funcionan básicamente como empleados de la institución y muy secundariamente como alumnos de un curso universitario.

Otro hallazgo que apoya y complementa lo anteriormente expuesto se refiere a la poca visión crítica que tienen los alumnos sobre sus condiciones de trabajo. Cuando se les solicitó que valoraran la adecuación de la intensidad de sus responsabilidades de atención de pacientes en cuanto a permitirles disponer de tiempo para leer y discutir información biomédica, prácticamente todos respondieron que sus condiciones de trabajo eran "muy adecuadas" (tabla 9), mientras que cuando nos informaron sobre las circunstancias en las que preferentemente ocurren los lapsos de tiempo en los que leen información biomédica, la mayoría respondió que lo hace únicamente fuera del horario de trabajo (tabla 4). Esto resultó más evidente en los alumnos de primero que en los de segundo y tercer años.

Por otro lado, la forma de organización centrada en la asistencia y desvinculada de los objetivos de aprendizaje de las actividades de aprendizaje de los residentes que se sigue en estas unidades médicas, parece tener otros efectos que tienen una repercusión desfavorable para la formación de los alumnos. Es decir, desde el punto de vista de la incorporación gradual (de menor a mayor complejidad) de los requerimientos de lectura, reflexión y aplicación de la información biomédica que se requiere consultar para fundamentar las actividades clínicas con pacientes, se esperaría que fuesen los alumnos de primer año los que debieran consultar con mayor frecuencia tal información, siguiéndole los de segundo y gradualmente, disminuyendo la frecuencia en los de tercer año.

Sin embargo, se encontró que tal gradualidad en la frecuencia de consulta de información no ocurre puesto que fueron precisamente los alumnos de segundo año quienes consultaban más frecuentemente información para dar apoyo a sus actividades clínicas cotidianas.

En síntesis y como se puede apreciar a partir de nuestros hallazgos, el eje del proceso educativo de los estudiantes de pediatría investigados no está centrado en su aprendizaje con un enfoque más participativo sino en una enseñanza de tipo pasivo-receptiva, de ahí que la vinculación entre la teoría y la práctica sea escasa y por lo tanto claramente insuficiente.

A este respecto cabe señalar que la metodología de asimilación del conocimiento que se describió al referirnos a la población estudiada no es exclusiva del ámbito de la pediatría. Desde que el estudiante ingresa a la licenciatura va internalizando la misma metodología predominantemente pasiva para la asimilación del conocimiento que desvincula la teoría de la práctica. Así, en los ciclos iniciales de la carrera de medicina las actividades de aula contemplan al conocimiento en forma parcial, aditiva y descontextualizada de la práctica clínica.

De esta manera al estudiante se le exige que memorice una cantidad impresionante de "datos" teóricos relacionados con las denominadas ciencias básicas (fisiología, bioquímica, farmacología, etcétera) cuya pertinencia y utilidad para el propio conocimiento y su aplicación eficaz a la realidad que enfrentan los pacientes no ocurre.

Es decir, que el punto de referencia del que se parte no es el paciente y su padecer sino una mera memorización en abstracto de datos que no se contrastan en la práctica con pacientes reales.

Este método de asimilación, de influencia Flexneriana resulta hoy día claramente inadecuado ya que por un lado disocia la teoría de la práctica y por otro, no permite que el conocimiento "escrito" se contraste, reflexione y amplíe a partir de la práctica clínica. Así, el estudiante a lo sumo llegará a asimilar que existen "enfermedades" y no enfermos, dado que fue obligado a asimilar las ciencias básicas sin un referente de la "realidad" en donde estas encuentren verdadera significación y que esta sea, al mismo tiempo, el origen de las necesidades de ampliación y profundización del conocimiento, y esta "realidad" no puede ser otra que el paciente en tanto que miembro de una sociedad en la que coexisten una gama considerable de hábitos, valores e intereses relacionados con el cuidado de la salud que devienen en maneras particulares de enfermar y que no pueden quedar descontextualizadas para quien se desempeña como médico. Esto es, formar a un médico para que aprenda a valorar y tratar a sus pacientes en su contexto supone contar con recursos de aprendizaje y capacidades adaptativas como para afrontar situaciones diversas y en constante cambio como lo es la realidad de salud en nuestro país o en cualquier otro.

Lamentablemente, esta situación de la educación de nuestros médicos no es muy diferente de la que prevalece en la educación general a nivel nacional, desde los niveles elementales hasta el posgrado.

Para el caso de nuestros médicos el panorama descrito es grave si se toma en consideración que la sede hospitalaria que se eligió para la realización del presente estudio está considerada como uno de los mejores lugares dentro de esa institución de salud para la formación de nuestros pediatras. Lo anterior significa que también los egresados de esta sede se agregarán a los miles de nuevos especialistas que año tras año continuarán incrementando el alto número de profesionistas insuficientemente preparados.

Puede entenderse que para avanzar hacia una educación médica crecientemente participativa no resulta suficiente el hacer modificaciones a los planes y programas de estudios de las escuelas. Evidentemente se requiere modificar también la práctica médica. Resultaría ilusorio suponer que por el sólo hecho de enseñar diversas habilidades para un aprendizaje de tipo participativo éstas van a ser utilizadas en la práctica médica de un sistema de salud que no propicia el desarrollo de dichas habilidades.

Asimismo, puede comprenderse que la tendencia pasivo-receptiva de la educación que actualmente predomina es consecuente con nuestra organización social como resultado de su historia la cual registra algunos siglos de colonizaje así como la imposición durante muchos decenios de gobiernos autoritarios. A su vez, y dentro del contexto de esta discusión se hace necesario también el contemplar los efectos que sobre la calidad de la atención médica ejercen la inercia y la pasividad característica del proceso de formación de nuestros médicos.

REFERENCIAS

1. Viniegra V. Leonardo.: "La Enseñanza de la Medicina - Las Tendencias de la Educación": Cómo acercarse a la Medicina; 1a. Edición. Coedición: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/ Editorial Limusa, México, 1991. - p.p. 41.
2. Soberón Guillermo, Kumate J.: La Salud en México: Testimonios "Especialidades Médicas en México Pasado, Presente y Futuro": 1a. Edición, Tomo IV, Volumen 1., Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1989, pp.16-17.
3. Viniegra: V.L., "Hacia una Redefinición del Papel de la Universidad en la Sociedad Actual" OMNIA, (Revista de la Coordinación General de Estudios de Posgrado de la UNAM) No.19 Junio 1990, p.p. 49-62.
4. Flexner Abraham: Medical Education in The United States and Canada. (A Report to The Carnegie Foundation for The Advancement of Science), New York, 1910.
5. UNAM. Reglamento General de Estudios de Posgrado. Artículos, 1, 2 y 5, México, 1991.
6. Soberón G. Kumate J., Ibidem.
7. Ibidem.
8. Ibid. pp. 18-19.
9. Ibidem.
10. UNAM. Facultad de Medicina. División de Estudios de Posgrado e Investigación: Maestría en Medicina. -Plan de Estudios- Ciudad Universitaria, México, 1990. p.19.
11. Viniegra V. Leonardo.: "Hacia una Redefinición del Papel de la División de Estudios de Posgrado de la UNAM en las Especialidades Médicas" OMNIA, (Revista de la Coordinación General de Estudios de Posgrado -UNAM-) Año 3. No. 9, Septiembre 1987, pp.87-98.

12. Zúñiga V: Esther B.: Memoria de las Modificaciones, Cambios y Creación de Planes y Programas de Estudio de las Escuelas y Facultades de la UNAM. 1925-1980. 1a. Edición, Coordinación de Humanidades; Centro de Estudios sobre la Universidad, UNAM, México, 1982. p.131.
13. ANUIES. Anuario Estadístico 1989.
14. Lurie N., Rank B.: "How do House Officers Spend Their Nights?" The New England Journal of Medicine Vol.320 No. 25, 1989. p.p. 1673-1677.
15. Warner B., Hamilton F.: "Study of Surgical Resident Working Hours and Time Utilization". Journal of Surgical Research Vol. 48, No. 6, 1990. p.p.606-610.
16. Astill J.: "What does a House-Surgeon on Call for the Wards Do?" The Lancet. Junio 13, 1987, p.p.1363-1365.
17. Katz M., Schroeder S.: "The Sounds of The Hospital", The New England Journal of Medicine, Vol. 319, No.24,1988, p.p. 1585-1589.
18. Payson H., Gaenslen E.: "Time Study of an Internship on a University Medical Service", The New England Journal of Medicine, Vol. 264, No. 9, 1961,p.p.439-443.
19. Hayward R., Rockwood K.: "A Phenomenology of Scut",Annals of Internal Medicine, Vol. 115, No.5, 1991, p.p.372-376.
20. Maudsley R.: "Service and Education in Postgraduate Medical Education: Striking a Proper Balance", Canadian Medical Association Journal, Vol. 135, 1986, p.p.449-453.
21. Wallace E.: "Service versus Education in Internal Medicine Residency", Archives of Internal Medicine, Vol. 148, 1988, p.1296.
22. Squires B.: "Fatigue and Stress in Medical Students, Interns and Residents: It's Time to Act!", Canadian Medical Association Journal, Vol. 140, 1989, p.18-19.
23. Richard W. Paul.: "Knowledge, Learning and Literacy: The Didactic and The Critical", Annals of Community-Oriented Education, 1980, Vol. 3, Part. I, pp. 117-125.

24. Comenio Amos Juan.: "Didáctica Magna" (1657), citado en: Abbagnano Nicola, Visalberghi A. Historia de la Pedagogía. 1a . Edición, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1964. p.305.
25. Freire, Paulo.: Hacia una Pedagogía de la Pregunta. Conversaciones con Antonio Faundez, Buenos Aires; Ediciones La Aurora,1986.
26. Escobar G: Miguel, : Educación Alternativa, Pedagogía de la Pregunta y Participación Estudiantil. 1a. Edición, Editorial UNAM, México, 1990, p.109.
27. Ibidem. p. 116.
28. Viniegra V. Leonardo.: "Los Intereses Académicos en la Educación Médica". Revista de Investigación Clínica. Vol. 39, 1987, p.p. 281-290.
29. UNAM. Facultad de Medicina.Maestría en Medicina. Op.Cit p.35-40.
30. Viniegra V.L., "Una Nueva Estrategia para la Educación Médica de Posgrado Parte I." Revista de Investigación Clínica. Vol. 42, 1990, p.p. 150-156.
31. UNAM. Reglamento General de Estudios de Posgrado. Artículo 5. México, 1991.
32. Viniegra, V.L. Cómo Acercarse a la Medicina. Ibidem, p.98.
33. IMSS. Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Educación Médica, Programa del Curso de Especialización en Pediatría Médica. México, 1992, p.1.
34. IMSS. Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Educación Médica, "Reglamento de Médicos Internos y Residentes". México, 1992.
35. IMSS. Programa del Curso de Especialización en Pediatría. Ibidem. p.p. 189-200.
36. Van Dalen D. B., Meyer W. J. : "Los Instrumentos de la Investigación" en: Manual de Técnica de la Investigación Educativa, 2a. reimpresión, Editorial Paidós, México 1984; p.p. 330-353.

- 37 Ibidem.
- 38 Ibid. p.p. 435-442
- 39 Siegel S., : Estadística No Paramétrica, Editorial Trillas, México, 1991.
- 40 Muller S. "Physicians for the Twenty First-Century/Report of the Project Panel on The General Professional Education of The Physician and College Preparation for Medicine". Journal of Medical Education. 1984, Nov, 59 (Part 2) p.p. 1-208.
41. Wenrich J.W., Mann. F.C.,: "Informal Educators for Practising Physicians". Journal of Medical Education. 1971, abr. 46 (4): p.p. 299- 305.
42. Rankin J.A.: "Problem-Based Medical Education: Effect on Library Use". Bulletin of the Association of Medicine Libraries 1992, Ene. 80(1) p.p. 36-42.
43. Da Rosa D.a., Mast T.A.,: "A Study of Information-Seeking Skills of Medical Students and Physician Faculty". Journal of Medical Education, 1983, Ene, 58(1) p.p. 45-50
44. Jiménez J.L.: "Validación de un Instrumento para Medir el Nivel de Comprensión de Lectura de Literatura Biomédica en Inglés en los Aspirantes a Cursos de Posgrado". Revista Mexicana de Educación Médica, 1991, Jul. Vol. 2 No. 2, p.p. 309-315.
45. UNAM, Facultad de Medicina: Resultados de la Sección de Inglés del Examen de Competencia Académica. Archivos de la División de Estudios de Posgrado e Investigación. 1984-1994.
46. Northup D.E., Moore-West M.,: "Characteristics of Clinical Information-Searching: Investigation Using Critical Incident Technique". Journal of Medical Education, 1983, Nov, 58(11),p.p. 873-81.
47. Neufeld V.R., Spaulding W.B.,: "Use of Learning Resources at Mc. Master University". British Medical Journal, 1973, Jul 14, 3(871) p.p. 99-101.
48. Stross J.K., Harlan W.R,: "The Dissemination of New Medical Information". Journal of The American Medical Association, 1979, Jun 15; 241(24): p.p. 2622-4.

49. Baldwin S.E., Mc. Carthy P.L.: "A Novel Approach to Training Pediatrics Primary Care Residents". Academic Medicine 1991, Apr. 66:(4) p.p. 239-241.
50. Curry R:H., Wilcox W:D.: "U.S. Residency Director's Views of The Importances of Seven Roles that Pediatrics' Residents Should Master". Academic Medicine 1991, Feb. 66:(2), p.p. 118-120.
51. Markus H., Wurf E.: "The Dynamic Self-Concept: A Social Psychological Perspective". Annual Review of Psychology 1987, (38) p.p. 299-337.
52. Rezler, A.G.: "Self Assessment in Problem-Based Groups". Medical Teacher 1989, (11) p.p. 151-156.
53. Markus H.: "Self Schemata and Processing Information about the Self". Journal of Personality and Social Psychology 1977, (35) p.p.63-78.
54. Woolliscroft J.O., Ten Haken J.: "Medical Students' Clinical Self-Assessments: Comparisons with External Measures of Performance and The Student's Self-Assessments of Overall Performance and Effort". Academic Medicine 1993, Abr. 68 (4), p.p. 285-294.

ANEXO "1"

**CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO
VERSION PRECODIFICADA**

ANEXO 1

(Instrumento para validación conceptual y de contenido con profesores)

Señor Profesor:

El presente instrumento se encuentra en una fase de validación. Se pretende explorar las maneras habituales en que los alumnos de los cursos de especialización desarrollan sus experiencias de aprendizaje, particularmente en lo que se refiere a sus actividades teóricas y prácticas. Algunas preguntas tratan de identificar las actividades teóricas, por ejemplo sus hábitos de lectura. Otras preguntas tratan de identificar las actividades prácticas (atención a pacientes) mientras que otras tratan de identificar que vinculación existe entre las actividades teóricas y las prácticas. En algunas preguntas se ha asignado un valor numérico a cada una de las opciones de respuesta. Lo anterior tiene el objeto de facilitar la estimación de: 1) la posible vinculación entre las actividades teóricas con las prácticas, 2) la evaluación del grado de vinculación entre las actividades teóricas y prácticas. Estos dos elementos permitirán identificar y caracterizar las formas predominantes en que los alumnos organizan sus experiencias cotidianas de aprendizaje (orientación integradora de las actividades teóricas con las prácticas, o bien orientación desvinculante entre ambas actividades).

A continuación se presenta un ejemplo:

Pregunta No. 16 ¿Elabora historias clínicas? SI = (1) NO = (2) Si su respuesta a la pregunta anterior fué afirmativa, ¿Con que frecuencia consulta información para realizar esta actividad?

Opciones de Respuesta	Valor asignado a cada opción de respuesta.
A) Todas las veces	= (1)
B) La mayoría de las veces	= (2)
C) Aproximadamente la mitad de las veces	= (3)
D) Sólo algunas veces	= (4)
E) Rara vez	= (5)

Esta pregunta trata de explorar si una práctica clínica determinada se apoya en la consulta de información biomédica. En este caso, la asignación de tales valores numéricos a las opciones de respuesta es arbitrario y surge del supuesto de que quien responde, por ejemplo con la opción "E" tendrá menores oportunidades (desvinculación entre teoría y práctica) de enriquecer y esclarecer los hallazgos de su práctica clínica cotidiana con la información escrita que a este respecto se llegase a consultar. Asimismo, el que esta opción de respuesta tenga asignado este valor no significa que quien así respondió esta pregunta tenga un desempeño clínico cinco veces inferior en comparación con quien haya respondido a la misma pregunta con la opción "A", y viceversa. Esto es que los intervalos de medición que se están usando no son equidistantes sino más bien de carácter cualitativo ordinal. Recuérdese que una apreciación más completa de la forma de organización de las experiencias cotidianas de aprendizaje de cada alumno sólo se tendrá al revisar la totalidad de sus respuestas y no sólo algunas de ellas en forma aislada.

Finalmente, le agradeceré se sirva indicarme si Usted considera que las preguntas que se incluyen abarcan todos, o bien los aspectos más importantes en la formación de los alumnos que se entrenan en la especialidad que Usted cultiva, o si considera que es necesario agregar, modificar o suprimir algunas preguntas.

Instrucciones

- Para las preguntas 5 a 22.2 anote en la columna que corresponda: Columna "A": Anote un "SI" cuando considere que la pregunta tiene relación directa con la variable que trata de explorar. Anote un "NO" si considera que no hay relación entre ambas.
- Columna "B": Anote un "SI" si considera que el valor asignado a cada opción de respuesta refleja un mayor o menor grado de vinculación entre la teoría y la práctica. Anote un "NO" en caso de que el valor de la opción de respuesta no corresponda.

Le agradezco muy cumplidamente su valiosa colaboración.

Anexo 1

Variable: Teoría

Indicador: Hábitos de lectura

Reactivos: 9, 13

COLUMNA	
A	B

9. ¿ Con qué frecuencia consulta información para las sesiones académicas?

- A) Diario = (1)
- B) Cada tercer día = (2)
- C) Cada semana = (3)
- D) Cada quince días = (4)
- E) Cada mes = (5)
- F) Menos frecuentemente = (6)

13. ¿ Qué tipo de material prefiere consultar cuando lee revistas biomédicas?
(Ordene sus respuestas en orden decreciente: (5) = lo más frecuente, (1) = lo menos frecuente.

- A) Casos Clínicos = (2)
- B) Artículos de revisión = (3)
- C) Artículos de investigación original = (1)
- D) Editoriales = (4)
- E) Cartas = (5)

6. ¿ Con qué frecuencia lee temas biomédicos?

- A) Una vez al día = (1)
B) Cada tercer día = (2)
C) Cada semana = (3)
D) Cada quince días = (4)
E) Cada mes = (5)
F) Menos frecuentemente = (6)

7. ¿ Con qué frecuencia consulta información para actualizarse ?

- A) Una vez al día = (1)
B) Cada tercer día = (2)
C) Cada semana = (3)
D) Cada quince días = (4)
E) Cada mes = (5)
F) Menos frecuentemente = (6)

8. ¿ Con qué frecuencia consulta información para ampliar y profundizar en los problemas clínicos cotidianos que son su responsabilidad?

- A) Una vez al día = (1)
B) Cada tercer día = (2)
C) Cada semana = (3)
D) Cada quince días = (4)
E) Cada mes = (5)
F) Menos frecuentemente = (6)

COLUMNA	
A	B

COLUMNA	
A	B

16. ¿ Elabora historias clínicas?	SI = (1)	NO = (2)
17. ¿ Elabora notas de ingreso?	SI = (1)	NO = (2)
18. ¿ Dentro de sus responsabilidades está el seguimiento de los pacientes?	SI = (1)	NO = (2)
19. ¿ Elabora notas de evolución?	SI = (1)	NO = (2)
20. ¿ Elabora notas de egreso ?	SI = (1)	NO = (2)
21. ¿ Realiza procedimientos diagnósticos?	SI = (1)	NO = (2)
22. ¿ Realiza procedimientos terapéuticos?	SI = (1)	NO = (2)

COLUMNA	
A	B

5. ¿Cuál es la razón más común por la que Usted consulta información biomédica?

A) Actualización: (para estar al tanto sobre los nuevos conocimientos en su especialidad.) = (2)

B) Ampliar y profundizar en los problemas clínicos cotidianos que son su responsabilidad. = (1)

C) Preparación de sesiones académicas: (como ponente o asistente) = (3)

10. ¿ En que momento, dentro de un día habitual de trabajo ocurren los lapsos en los que usted revisa temas relacionados con la medicina.?

A) Inmediatamente después de revisar al (los) paciente(s) = (1)

B) Cuando han concluido sus actividades asistenciales el día. = (2)

C) En algún día de la semana, cuando dispone de algún tiempo para consultar información. = (3)

COLUMNA	
A	B

16.1 ¿ Con que frecuencia revisa información para realizar historias clínicas?

- A) Todas la veces = (1)
- B) La mayoría de las veces = (2)
- C) Aproximadamente la mitad de las veces = (3)
- D) Sólo algunas veces = (4)
- E) Rara vez = (5)

17.1 ¿ Con qué frecuencia revisa información para realizar notas de ingreso.?

- A) Todas la veces = (1)
- B) La mayoría de las veces = (2)
- C) Aproximadamente la mitad de las veces = (3)
- D) Sólo algunas veces = (4)
- E) Rara vez = (5)

18.1 ¿ Con qué frecuencia revisa información para hacer seguimiento de los pacientes.?

- A) Varias veces al día = (5)
- B) La mayoría de las veces = (4)
- C) Aproximadamente la mitad de las veces = (3)
- D) Sólo algunas veces = (2)
- E) Rara vez = (1)

19.1 ¿ Con qué frecuencia revisa información para realizar notas de evolución.?

- A) Todas la veces = (5)
- B) La mayoría de las veces = (4)
- C) Aproximadamente la mitad de las veces = (3)
- D) Sólo algunas veces = (2)
- E) Rara vez = (1)

COLUMNA	
A	B

20.1 ¿ Con qué frecuencia revisa información para elaborar notas de egreso.?

- A) Todas la veces = (5)
- B) La mayoría de las veces = (4)
- C) Aproximadamente la mitad de las veces = (3)
- D) Sólo algunas veces = (2)
- E) Rara vez = (1)

21.1 Si su respuesta fue afirmativa, ¿ con que frecuencia revisa información para realizar o ayudar un procedimiento de diagnóstico con el que **NO** está familiarizado ?

- A) Todas las veces = (1)
- B) La mayoría de las veces = (2)
- C) Aproximadamente la mitad de las veces = (3)
- D) Sólo algunas veces = (4)
- E) Rara vez = (5)

21.2 ¿ Con qué frecuencia revisa información para realizar un procedimiento de diagnóstico con el que **YA** esta familiarizado.?

- A) Todas la veces = (1)
- B) La mayoría de las veces = (2)
- C) Aproximadamente la mitad de las veces = (3)
- D) Sólo algunas veces = (4)
- E) Rara vez = (5)

22.1 Si su respuesta fue afirmativa ¿ con qué frecuencia revisa información para realizar un procedimiento terapéutico con el que **NO** está familiarizado ?

- A) Todas la veces = (1)
- B) La mayoría de las veces = (2)
- C) Aproximadamente la mitad de las veces = (3)
- D) Sólo algunas veces = (4)
- E) Rara vez = (5)

COLUMNA	
A	B

22.2 ¿ Con qué frecuencia revisa información para realizar o revisar un procedimiento terapéutico con el que YA esta familiarizado.?

- A) Todas la veces = (1)
- B) La mayoría de las veces = (2)
- C) Aproximadamente la mitad de las veces = (3)
- D) Sólo algunas veces = (4)
- E) Rara vez = (5)

11. ¿ Cuando acude a la biblioteca -qué tipo de material consulta con mayor frecuencia.? (ordene sus respuestas en orden decreciente (4) lo más frecuente (1) lo menos frecuente.

- A) Libros de texto = (2)
B) Manuales = (4)
C) Monografías = (3)
D) Revistas biomédicas periódicas = (1)

12. ¿ Que revistas biomédicas lee habitualmente ? (Enumere um máximo de 5 revistas, así como la periodicidad con que se publican).

- A) Casos Clínicos = (2)
B) Artículos de revisión = (3)
C) Artículos de investigación original = (1)
D) Editoriales = (4)
E) Cartas = (5)

14. ¿ A qué sección le da más importancia para decidir si las conclusiones del artículo ameritan tomarse en cuenta en sus actividades médicas con pacientes.? (Ordene sobre las líneas de la derecha y en forma decreciente sus respuestas: (5) = la más importante, (1) = la menos importante)

- A) Introducción = (5)
B) Resumen = (4)
C) Resultados = (2)
D) Discusión = (3)
E) Material y Métodos = (1)

15. ¿ Qué sección de un artículo considerá la más importante para decidir si la información que contiene es de calidad.? (Ordene sus respuestas en orden decreciente: (5) = la más importante, (1) = la menos importante)

- A) Resumen = (4)
B) Discusión = (3)
C) Introducción = (5)
D) Resultados = (2)
E) Material y Métodos = (1)

COLUMNA	
A	B

ANEXO "2"

GUIA DE OBSERVACION DE LA ORGANIZACION DE LAS ACTIVIDADES TEORICO-PRACTICAS EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ORGANIZACION DE LAS ACTIVIDADES TEORICO-PRACTICAS EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

(Descripción de Actividades Individuales)

Fecha _____ Servicio Hospital _____

Clave alumno _____ Nivel de Formación (R-1,2,3) _____

1. ¿ QUE LECTURAS SOBRE TEMAS BIOMEDICOS SE HICIERON HOY? (anote el título de cada artículo y de la revista correspondiente de cada capítulo del libro y del libro de que se trate).

1.1 _____
Hora del día _____

1.2 _____
Hora del día _____

1.3 _____
Hora del día _____

1.4 _____
Hora del día _____

1.5 _____
Hora del día _____

2. ¿ A QUE TIPO DE PUBLICACIONES CORRESPONDEN LAS LECTURAS REALIZADAS? (anote para cada una de las lecturas registradas (1.1, 1.2, 1.3, etc.) en el cuadro de la derecha, la letra del tipo de publicación que corresponda)

- A) Capítulo de libro
- B) Artículo de revisión
- C) Artículo de investigación original
- D) Monografía (v.gr:clínicas médicas, etc)
- E) Caso Clínico
- F) Otro; anotar

1.1	
1.2	
1.3	
1.4	
1.5	

3. ¿ QUE RAZONES MOTIVARON CADA UNA DE LAS LECTURAS REALIZADAS ? (anote en el cuadro de abajo las letras de los incisos que correspondan)

- A) Actualización, para estar al tanto sobre los nuevos conocimientos que hay en su especialidad, independientemente de las situaciones clínicas cotidianas que son su responsabilidad ó de la toma de decisiones.
- B) Preparación de secciones, clases o exámenes
- C) Preparar, presentar o publicar algún trabajo de investigación tesis.
- D) Fundamentar la elaboración de historias clínicas ante situaciones clínicas no familiares.
- E) Fundamentar la elaboración de notas de ingreso ante situaciones clínicas no familiares.
- F) Fundamentar la elaboración de notas de evolución ante situaciones clínicas no familiares.
- G) Fundamentar la ejecución de procedimientos diagnósticos ante situaciones clínicas no familiares.
- H) Fundamentar la solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete ante situaciones clínicas no familiares.
- I) Fundamentar la ejecución de procedimientos terapéuticos ante situaciones clínicas no familiares.
- J) Fundamentar la prescripción de medidas terapéuticas ante situaciones clínicas no familiares.
- K) Fundamentar la prescripción de medidas preventivas ante situaciones clínicas no familiares.

1.1	
1.2	
1.3	
1.4	
1.5	

ANEXO 3

CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO (Versión Final)

ANEXO 3

INTRODUCCION

El presente cuestionario pretende obtener información sobre la manera habitual en que los médicos que se están formando como especialistas realizan cotidianamente sus actividades de aprendizaje.

INSTRUCCIONES

- A) Anote sus respuestas claramente utilizando letra de molde ó con números arábigos según corresponda.
- B) En caso de que las opciones de respuesta no correspondan con su manera habitual de trabajo, no conteste, sólo anote en que consiste exactamente su caso ó su actividad.
- C) No deje preguntas sin responder.
- D) Sus respuestas serán manejadas en forma confidencial.
- E) La veracidad de sus respuestas es esencial para la validez de la información que se recabe.
- F) Le agradecemos muy cumplidamente su valiosa colaboración.

UBICACION

Hospital en el que se encuentra adscrito. _____

Curso de especialización en. _____

Año que cursa. Primero (1) Segundo (2) Tercero (3) Cuarto (ó más) (4) _____

Servicio en el que se encuentra. (en su rotación actual) _____

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN A CONTINUACION SE REFIEREN A SITUACIONES PROPIAS DE SUS CONDICIONES HABITUALES DE TRABAJO EN LA INSTITUCION DE SALUD DONDE USTED SE ENCUENTRA.

SEA LO MAS SINCERO POSIBLE, PUES DE LO QUE SE TRATA ES DE CONOCER LO QUE OCURRE EN LOS CURSOS DE ESPECIALIZACION.

1. GENERALMENTE ¿CUAL ES (SON) LA (S) RAZON (ES) MAS COMUN (ES) POR LA (S) QUE CONSULTA INFORMACION BIOMEDICA?

(En las líneas de la derecha ordene sus respuestas en orden decreciente: (4) = la más común, (1) = la menos común.

1.1 Para fundamentar la toma de decisiones diagnósticas ó terapéuticas, ampliar ó profundizar sobre las situaciones clínicas cotidianas que son su responsabilidad. _____

1.2 Actualización: Para estar al tanto sobre los nuevos conocimientos que hay en su especialidad, independientemente de las situaciones clínicas cotidianas que son su responsabilidad. _____

1.3 Preparación de sesiones, clases ó exámenes. _____

1.4 Preparar, presentar ó publicar algún trabajo de investigación ó tesis. _____

2. DURANTE LA ULTIMA SEMANA ¿ CON QUE FRECUENCIA CONSULTO INFORMACION BIOMEDICA PARA 1.1?.

(En las líneas de la derecha anote la letra según corresponda) _____

- A) Ningún día.
- B) La minoría de los días (1 ó 2 días)
- C) La mayoría de los días (3 ó 4 días)
- D) Todos los días (5 días)

3. DURANTE LA ULTIMA SEMANA ¿ CON QUE FRECUENCIA CONSULTO INFORMACION BIOMEDICA PARA 1.2?

(En las líneas de la derecha anote la letra según corresponda) _____

- A) Ningún día
- B) La minoría de los días (1 ó 2 días)
- C) La mayoría de los días (3 ó 4 días)
- D) Todos los días (5 días)

4. DURANTE LA ULTIMA SEMANA ¿CON QUE FRECUENCIA CONSULTO INFORMACION BIOMEDICA PARA 1.3?

(En las líneas de la derecha anote la letra según corresponda) _____

- A) Ningún día
- B) La minoría de los días (1 ó 2 días)
- C) La mayoría de los días (3 ó 4 días)
- D) Todos los días (5 días)

5. DURANTE LA ULTIMA SEMANA ¿CON QUE FRECUENCIA CONSULTO INFORMACION BIOMEDICA PARA 1.4?

(En las líneas de la derecha anote la letra según corresponda) _____

- A) Ningún día
- B) La minoría de los días (1 ó 2 días)
- C) La mayoría de los días (3 ó 4 días)
- D) Todos los días (5 días)

6. ¿BAJO QUE CIRCUNSTANCIAS OCURREN PREFERENTEMENTE LOS LAPROS DE TIEMPO EN LOS QUE USTED CONSULTA TEMAS BIOMEDICOS?

(Marque sólo una letra) _____

- A) Fuera del horario habitual de actividades
- B) Durante el horario habitual de actividades (cuando dispone de algún tiempo)
- C) Durante el horario habitual de actividades (en el momento en que se requiere)

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN EXCLUSIVAMENTE A SITUACIONES CLINICAS QUE NO LE SON FAMILIARES (TANTO PROBLEMAS DIAGNOSTICOS COMO PROBLEMAS TERAPEUTICOS, EN LOS QUE TIENE ESCASA O NULA EXPERIENCIA).

ANOTE A CONTINUACION LA FRECUENCIA CON LA QUE ACOSTUMBRA CONSULTAR INFORMACION BIOMEDICA EN TALES SITUACIONES PARA DAR FUNDAMENTO A CADA UNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES EN LOS DISTINTOS SERVICIOS.

Para contestar a estas preguntas (7.1 a 10.8) utilice la escala que aparece en la columna de la derecha (1,2,3,4,5, NV) de acuerdo al siguiente código:

- (1) = Ninguna vez
- (2) = Sólo algunas veces
- (3) = Aproximadamente la mitad de las veces
- (4) = La mayoría de las veces
- (5) = Todas las veces
- (NV) = No Valorable; ya sea porque no las realiza ó bien porque no son su responsabilidad.

(Marque sólo una casilla por cada inciso)

7. EN LA CONSULTA EXTERNA: (Situaciones clínicas no familiares)

7.1 Elaboración de historias clínicas.

7.2 Elaboración de notas de ingreso.

7.3 Elaboración de notas de evolución.

7.4 Ejecución de procedimientos diagnósticos.

7.5 Solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete.

7.6 Ejecución de procedimientos terapéuticos.

7.7 Prescripción de medidas terapéuticas.

7.8 Prescripción de medidas preventivas.

	1	2	3	4	5	NV
7.1 Elaboración de historias clínicas.						
7.2 Elaboración de notas de ingreso.						
7.3 Elaboración de notas de evolución.						
7.4 Ejecución de procedimientos diagnósticos.						
7.5 Solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete.						
7.6 Ejecución de procedimientos terapéuticos.						
7.7 Prescripción de medidas terapéuticas.						
7.8 Prescripción de medidas preventivas.						

8. EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN: (Ante situaciones clínicas no familiares)

- 8.1 Elaboración de historias clínicas.
- 8.2 Elaboración de notas de ingreso.
- 8.3 Elaboración de notas de evolución.
- 8.4 Ejecución de procedimientos diagnósticos.
- 8.5 Solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete.
- 8.6 Ejecución de procedimientos terapéuticos.
- 8.7 Prescripción de medidas terapéuticas.
- 8.8 Prescripción de medidas preventivas.

1	2	3	4	5	NV

9. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: (Ante situaciones clínicas no familiares)

- 9.1 Elaboración de historias clínicas.
- 9.2 Elaboración de notas de ingreso.
- 9.3 Elaboración de notas de evolución.
- 9.4 Ejecución de procedimientos diagnósticos.
- 9.5 Solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete.
- 9.6 Ejecución de procedimientos terapéuticos.
- 9.7 Prescripción de medidas terapéuticas.
- 9.8 Prescripción de medidas preventivas.

1	2	3	4	5	NV

10. EN CUIDADOS INTENSIVOS: (Ante situaciones clínicas no familiares)

- 10.1 Elaboración de historias clínicas.
- 10.2 Elaboración de notas de ingreso.
- 10.3 Elaboración de notas de evolución.
- 10.4 Ejecución de procedimientos diagnósticos.
- 10.5 Solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete.
- 10.6 Ejecución de procedimientos terapéuticos.
- 10.7 Prescripción de medidas terapéuticas.
- 10.8 Prescripción de medidas preventivas.

1	2	3	4	5	NV

11. ¿CUANDO LEE TEMAS BIOMEDICOS, QUE TIPO DE MATERIAL CONSULTA CON MAYOR FRECUENCIA?

(Ordene sobre las líneas de la derecha sus respuestas a cada opción en orden decreciente: = (4) lo más frecuente, (1) = lo menos frecuente).

- A) Libros de texto _____
- B) Monografías (clínicas médicas, etc.) _____
- C) Revistas _____
- D) Otros, (especificar) _____

12. ¿QUE TIPO DE MATERIAL PREFIERE CONSULTAR CUANDO LEE REVISTAS BIOMEDICAS?

(sobre las líneas de la derecha, ordene sus respuestas en orden decreciente: (5) = lo más frecuente, (1) = lo menos frecuente).

- A) Casos clínicos _____
- B) Artículos de revisión _____
- C) Artículos de investigación original _____
- D) Editoriales _____
- E) Cartas _____

**CON RESPECTO A LOS ARTICULOS DE INVESTIGACIONES ORIGINALES
RELACIONADOS CON SU ESPECIALIDAD:**

**13. ¿A QUE SECCION LE DA MAS IMPORTANCIA PARA DECIDIR SI LAS
CONCLUSIONES AMERITAN TOMARSE EN CUENTA EN SUS ACTIVIDADES DE
ATENCION DE LOS PACIENTES?**

(Ordene sobre las líneas de la derecha sus respuestas en orden decreciente: (4) = la
más importante, (1) = la menos importante)

- A) Introducción _____
- B) Material y métodos _____
- C) Resultados _____
- D) Discusión _____

**14. CON EL FIN DE PERMITIRLE LA LECTURA Y LA DISCUSION DE INFORMACION
BIOMEDICA ¿ QUE TAN ADECUADA CONSIDERA USTED LA INTENSIDAD DE SUS
RESPONSABILIDADES COTIDIANAS DE ATENCION MEDICA ?**

(Marque con una "X" sobre la escala)

Completamente Completamente
Inadecuada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 adecuada