

# La transición PreClínico-Clínico en la carrera de Medicina

## Una aproximación a su estudio como transición intracurricular

Ana Gabriela Esther Enriqueta Cabrera López

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE BARCELONA

U

B

## Facultad de Pedagogía

Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación

Doctorado: «Calidad Educativa en un Mundo Plural»  
Bienio 2000-2002

### ***La transición PreClínico-Clínico en la carrera de Medicina. Una aproximación a su estudio como transición intracurricular***

**T E S I S   D O C T O R A L**  
para optar al Grado de Doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación,  
que presenta **ANA GABRIELA ESTHER ENRIQUETA CABRERA LÓPEZ**  
bajo la dirección del **DR. SEBASTIÁN RODRÍGUEZ ESPINAR**

Barcelona, 2005

## Capítulo 7

# Las transiciones curriculares en Medicina: El camino hacia la identidad profesional médica

### Contenido

- 7.1 El Contexto generador de la Identidad Profesional Médica
  - 7.1.1 Aspectos macroestructurales: *Formación médica, MIR y ejercicio profesional*
  - 7.1.2 Aspectos sociorrelacionales: *Personas y relaciones*
  - 7.1.3 Elementos profesionalizantes
- 7.2 El foco: La Transición PreClínico-Clínico
  - 7.2.1 La transición curricular PCI-CI: *Currículo, asignaturas 'puente' y sugerencias*
  - 7.2.2 Sucesos de la Tr. PCI-CI que impactan la formación médica
- 7.3 Una prospectiva: La transición al mundo laboral
  - 7.3.1 La preselección de una especialidad médica: *Factores asociados*
  - 7.3.2 La futura inserción profesional
- 7.4 Elementos favorecedores de la transición académica y la identidad profesional

RESUMEN. En este capítulo concluye la interpretación y discusión integradas de las diferentes fuentes, así como su contrastación con los referentes teóricos y conceptuales expuestos en los capítulos 1, 2 y 3. El texto inicia con la identificación de los aspectos macroestructurales que condicionan el ejercicio profesional médico en el Estado Español; enseguida aborda los aspectos de la esfera sociorrelacional en su vertiente profesionalizadora, v.g. las relaciones con otros médicos, con los residentes, etc.; el apartado finaliza con los elementos que tienen un efecto directo en la formación médica. El tercer apartado aborda el proceso de la Tr. PCI-CI, en él se establecen los aspectos curriculares específicos y aquellos sucesos de la vivencia clínica que impactan la formación. El siguiente apartado explora el estado de la definición vocacional hacia una posible elección de especialidad médica a mitad de los estudios. Finalmente, el capítulo concluye con el esbozo de posibles patrones de elementos favorecedores de una transición exitosa, así como de las relaciones de interdependencia entre los diferentes componentes implicados en la transición PCI-CI.

### 7.1 El Contexto generador de la Identidad Profesional Médica

Como se ha expuesto en el Capítulo 3, el espacio escolar y la acción curricular ejercen una influencia determinante sobre el origen y consolidación de la identidad profesional. El espacio escolar en la carrera de Medicina, traspasa los límites de la facultad y se extiende al escenario laboral, en este caso, al escenario hospitalario y ambulatorio. En ellos, el joven estudiante de Medicina conoce y vivencia directamente la experiencia del ejercicio profesional, hecho que contribuye a modelar su propia identidad, a través de la interacción con los médicos y otros profesionales de la salud, inmersos en un ambiente altamente estructurado, en cuanto a normas y culturas organizacionales. En este trasvase, donde el alumnado juega diversos roles –

estudiante, ‘médico’, personal sanitario de apoyo, observador-, alternándolos de acuerdo con las diferentes situaciones de aprendizaje propuestas curricularmente y todas aquellas que le provee la acción directa del ejercicio de la Medicina.

Por tanto, el arribo a la enseñanza Clínica del cuarto curso conlleva un efecto detonador del proceso transformador del *Estudiante de*, en *Profesional de*. Este apartado inicial, incluye los aspectos sociorrelacionales y los elementos profesionalizantes previstos en el marco teórico conceptual, pero agrega otro de carácter emergente, tanto en las entrevistas al profesorado, como en las encuestas al alumnado, M1 y M2, el referente a los aspectos estructurales de la formación y del ejercicio profesional que, si bien no forman parte del currículo, sí tienen una presencia relevante en la experiencia clínica de Pregrado, caso concreto: el contacto con el contexto MIR, tanto a nivel estructural como relacional.

### 7.1.1 Aspectos macroestructurales

Los aspectos macroestructurales aluden a la trama social de carácter institucional que incide en las trayectorias de vida escolar y laboral de las personas. Como se ha expuesto en el Capítulo 3, desde la perspectiva sociológica del estudio de las transiciones psicosociales (Casal y otros, 1997), los estudios de Medicina se hallan sujetos a estructuras institucionales que impactan en la organización curricular del Pregrado y Posgrado. A partir de los estudios de licenciatura, la formación implica la participación de la ‘escuela’ y la del ‘escenario laboral’. Este último ámbito, generalmente ocurre en el sector público, concretamente en el sistema sanitario estatal. Posteriormente, en el nivel de posgrado, el estudio de las especialidades médicas ocurre en el escenario laboral –centros de atención primaria y hospitalaria-. Por tanto, las condiciones bajo las que se forman los profesionales de la Medicina están altamente reguladas por el Estado, a diferencia de otras profesiones.

La tabla siguiente muestra cómo se distribuyeron las temáticas tanto en las entrevistas a los profesores, como en las encuestas de los alumnos, M1 y M2. El número máximo de alusiones por persona fue: 14 veces en el profesorado; 6 en el alumnado, M1; y 4 en el alumnado, M2.

**Tabla 29. Temáticas aludidas sobre Aspectos macroestructurales de la Profesionalización**  
(Frecuencias y Porcentajes)

<i>Temas</i>	<i>Profesorado</i> N = 26		<i>Alumn. M1</i> N = 27		<i>Alumn. M2</i> N = 15	
	<i>Frec</i>	<i>%</i>	<i>Frec</i>	<i>%</i>	<i>Frec</i>	<i>%</i>
Formac. Méd. España	13	12.0				
M.I.R.	49	45.0	22	31.0	9	37.5
Ejercicio Profesional	47	43.0	48	69.0	15	62.5
<b>Total</b>	109	100.0	70	100.0	24	100.0

Ver nota al pie<sup>80</sup>

<sup>80</sup> Profr. = Profesores

A-M1 = Alumnos en Momento 1

A-M2 = Alumnos en Momento 2

En la tabla 29 puede observarse que para el profesorado el aspecto que más contribuye a la formación identitaria profesional del estudiante de Medicina es el contexto MIR, aunque destaca que la diferencia con su ponderación del Ejercicio Profesional es mínima. Por su parte, el alumnado, que se halla inmerso en su primer curso clínico, otorga una mayor valoración al Ejercicio Profesional que observa en cada Servicio del hospital.

#### *Formación médica en España*

De manera general, el profesorado opinó que actualmente la educación médica española se halla inserta en una enseñanza superior más enfocada a la información y a la hiperespecialización.

“...la Universidad en España no está orientada hacia la formación, sino hacia la información. Profesor18.

“... si consideramos a la Universidad como formación general, esto se acabó. La Universidad se ha transformado en una escuela de especialistas...” Profesor21.

Y en la que se intenta hacer una enseñanza médica de primer mundo, con escasos recursos.

“... estamos haciendo una enseñanza práctica de país rico, con recursos -no diré que sean tercermundistas- pero que, evidentemente, son insuficientes.” Profesor10.

#### *Contexto MIR*

Al abordar esta subcategoría cabe recordar que el Examen para Médicos Internos Residentes (MIR) es el mecanismo nacional para acceder a los estudios de especialidades médicas en el Estado Español. Cada año el Ministerio de Sanidad y Consumo oferta 5760 plazas de especialidades, a las cuales se presentan 8500 aspirantes, licenciados en Medicina –datos de 2004-. Aquellos que no logran una plaza conforman una creciente “bolsa” de rezagados.

Aunque oficialmente, este examen no es obligatorio para ejercer la profesión, en la práctica sí lo es, pues la mayor oferta trabajo para un egresado de la licenciatura de Medicina se ubica en el sistema sanitario estatal, donde es requisito indispensable contar con una especialidad. Además, con la creación de especialidades como Medicina Familiar o Comunitaria, la figura del médico general también ha ido perdiendo valor y función social, de forma que el recién licenciado en Medicina casi siempre intenta acceder a una especialidad. La oferta laboral en otros sectores es actualmente muy limitada.

Además, de cara a la convergencia europea, el examen se ha convertido en uno de los máspreciados criterios para evaluar la calidad de la enseñanza médica en el Estado Español. Se afirma que este examen consta de 250 ítems y tuvo, hasta hace unos años, un enfoque teórico; sin embargo, ante las críticas por la incongruencia que tal exigencia revestía para egresados de facultades que invertían grandes esfuerzos por adoptar y adaptar sus currículos al enfoque práctico, una sección del examen se ha modificado y actualmente incorpora preguntas de tipo proposicional, con casos clínicos secuenciados.

“...la estructura en este momento lleva a un examen final competitivo, que es el que vale y donde te juegas toda la carrera... que es el MIR, el cual afecta a todo. Es un test de respuestas múltiples, cinco válidas, una falsa... No hay ninguna de las pruebas prácticas que hacemos con enfermos simulados, ni casos clínicos, todo esto queda olvidado. Ahora, se han introducido algunas preguntas con un rasgo práctico como: ‘Paciente de 83 años que ingresa por no se qué y tal, ¿qué le parece el diagnóstico?’...” Profesor1.

De acuerdo con el profesorado, el MIR ha venido a impactar sustancialmente la formación médica. Como se ha mencionado en el Capítulo 5, el alumnado tiende a enfocar todos sus esfuerzos académicos en pos de lograr notas altas independientemente de la calidad de su aprendizaje, reconociendo la influencia que el examen ejerce a lo largo de toda la carrera. Nuevas actitudes y motivaciones alientan el paso del alumnado por los seis cursos de la licenciatura en Medicina aunque en opinión de sus profesores, la influencia del MIR en la enseñanza es una realidad.

“[Valoro negativamente la] presión con el MIR” Alumna17-M1.

“... todo ese periodo [Clínico] está interferido por el MIR, que pone una cuña muy importante en el proceso docente, porque establece un punto concreto de exigencia. Los estudiantes están obsesionados con el MIR, por las notas y por lo que les espera, y ya todo está dirigido al MIR... al estudiante le renta más el sacar buena nota, aunque sea obviando la práctica u obviando el aprendizaje en las asignaturas en que pueda hacerlo...Profesor3.

Como en el examen MIR priman los conocimientos teóricos, el profesorado considera que los estudiantes se orientan por la acumulación memorística de estos, en detrimento de sus intereses y motivación por la práctica Clínica.

“...Esto es anormal porque el objetivo de la carrera no es pasar un examen, sino adquirir una serie de conocimientos, competencias, habilidades, destreza profesional y estilo. Entonces, se dan paradojas, de que hay quien viene con muy buena nota en el MIR, y resulta que su grado de competencia no equivale ni mucho menos. Se ha ejercitado en una especie de academia de preguntas de respuesta múltiple, eso es algo totalmente negativo”. Profesor17.

### Sobre los Médicos Residentes

Mencionar el examen MIR trae inmediatamente a escena el caso particular de los médicos residentes internos: los “residentes”, jóvenes egresados de licenciatura en Medicina que, una vez aprobado el examen MIR y obtenido una plaza de especialidad, se encuentran cursando la misma en un hospital o centro comunitario. Jóvenes médicos que laboran horario completo, realizando funciones de médico y docente, y que devengan una paga simbólica por su empeño y trabajo.

“Creo que donde más explotación... donde más presión laboral y docente tiene un aprendiz de médico, es en la época de residente.” Profesor10.

Como se ha señalado en capítulos anteriores, la situación de los jóvenes residentes ha dado lugar a problemáticas que acusan una falta de atención por parte del sistema de salud, respecto a sus condiciones de trabajo, en cuanto a funciones, obligaciones, derechos y retribuciones, en su calidad de doble o triple rol, estudiante y médico, o estudiante-médico y docente.

“Lo único que faltaría es que el médico que hace la especialidad tuviera un puesto, un trabajo en un sitio, pagado. Porque el problema es que acaban una especialidad, que son cuatro o cinco años después de la carrera y se encuentran sin trabajo.” Profesor30.

La precaria situación laboral de los residentes es reconocida por los médicos y por las autoridades educativas. Recientemente se ha elaborado un proyecto de estatuto sobre sus funciones y responsabilidades, la duración de las jornadas, los tiempos de descanso, etc., con miras a la mejora de sus condiciones de trabajo.

“...Los residentes son los profesionales de la Sanidad con cualificaciones más bajas, porque todavía están en formación...” Profesor2

En esta investigación la labor que destaca es la de docente, toda vez que de acuerdo con el profesorado entrevistado, el alumnado de cuarto curso tiende a vincularse más con los residentes que con el profesorado durante el período de prácticas. Esta relación se afianza básicamente en la cercanía en edad e intereses, además de la experiencia de modelaje e identificación que se genera en el alumnado con los médicos residentes, generalmente jóvenes casi recién egresados de la licenciatura.

Normalmente sobrecargados de trabajo, los residentes tienden a acoger al alumnado, promoviendo su integración y adaptación al entorno hospitalario, ofreciéndoles apoyo al aprendizaje, tutela, complicidad y, en algunos casos amistad, brindándoles un trato más cercano y personal. A petición del profesorado titular o

adjunto, asumen funciones docentes o tutoriales con el alumnado, por lo que pasan bastante tiempo con ellos explicándoles los casos clínicos a su cuidado, su diagnóstico, terapéutica y pronóstico.

“En algunas prácticas pasamos más tiempo con los residentes que con nuestros propios tutores. Eso tiene su parte positiva ya que ellos han pasado por nuestra etapa recientemente y nos entienden bien. Por otro lado, a menudo están demasiado sobrecargados de trabajo y no pueden explicarnos con suficiente detenimiento nuestras dudas. Otros, simplemente, no nos atienden.” Alumna28-M1.

“Lo más positivo fue el estar con dos residentes que me explicaban todos los síntomas, los porqués de la enfermedad, aun sin que yo les preguntara. Las mejores residentes.” Alumna4-M2.

El profesorado entrevistado asume que parte de la docencia y aprendizaje del alumnado de cuarto curso, recae en el apoyo y trabajo de los residentes, incluso hay quien alienta este proceso. El alumnado valora y admira su labor y agradece este apoyo necesario.

“Hemos podido aprender de la experiencia personal de los residentes y de sus consejos en relación a la carrera y la profesión... Los residentes son los que más apoyo tanto académico como personal nos han dado.” Alumna3-M1.

“Lo más positivo han sido los residentes de primeros años, porque pasas muchas horas con ellos y aprendes mucho. Te explican truquillos de la práctica.” Alumno14-M2.

De acuerdo con la opinión de algunos profesores, el futuro profesional inmediato tanto del alumnado como del residente no se avista precisamente promisorio, y cada vez esta conciencia se va haciendo más clara en las etapas iniciales de la formación, incidiendo, a la postre, en actitudes hacia el aprendizaje y el ejercicio profesional.

“La tendencia es que la gente se lo toma, cada vez, con más tranquilidad, porque para ir a donde vamos a acabar, tampoco conviene correr tanto, porque ya se intuye que la profesión va por mal camino desde el punto de vista económico. Esto probablemente contribuya un poco a la falta de una dedicación tan absoluta como antes habían tenido los residentes.” Profesor10.

### *Ejercicio Profesional*

El ejercicio profesional es la culminación del proceso de formación durante el cual ha de haberse cimentado la identidad profesional. En la etapa meridiana de los estudios se observa una clara preocupación por esta cuestión, tanto por parte del profesorado como del alumnado. En las entrevistas, los profesores destacaron tres



aspectos de la identidad profesional: a) características, b) práctica profesional, y c) ética médica.

Como se ha mencionado en el Capítulo 3, entre los rasgos que caracterizan la identidad profesional médica está la vocación fuertemente orientada a la curación de una persona enferma en particular y a la relación con ella; es esta una relación profesional, directa o indirecta, sobre la que se han emitido normas éticas y legislaciones de carácter internacional.

“muchos alumnos se han hecho (*sic*) médicos para tener relación con el enfermo y, en general, solucionar los problemas a la gente enferma.” Profesor6.

Pero también está el caso de aquellos que estudian Medicina por su interés y motivación hacia otras áreas como cirugía o más técnicas, en donde la relación con las personas es menor.

“... hay gente que sirve para hacer de médico y gente que no sirve para hacer de médico. Aunque sirve para hacer de médico de estos que hacen radiografías y que se dedican a ver cosas, necropsias, análisis clínicos... hay gente que vale para ser médico de pacientes y hay gente que a lo mejor valdría para otra cosa en la que no estuviera tan involucrado con la persona directamente.” Profesor10.

“...La persona que lo que busca en la Medicina es un contacto muy directo con el paciente, generalmente va a ir a especialidades médicas que tengan precisamente este contacto, En cambio, en las quirúrgicas, en el momento crucial de la cirugía, tienes un contacto muy relativo, porque el enfermo está anestesiado.” Profesor13.

En el momento en que el alumnado de Medicina pasa del ciclo PreClínico al ciclo Clínico se reactiva el proceso de construcción de su identidad profesional. Por vez primera está delante de un enfermo. La práctica clínica refuerza el proceso porque al resultar satisfactoria y motivante, reconcilia al estudiante con la profesión elegida, después de casi tres cursos en que la vocación se hallaba aparcada.

“El hecho de ir al hospital nos ha ayudado a darnos cuenta de que realmente nos estamos formando como médicos y que tenemos que prepararnos a fondo para ser buenos doctores el día de mañana.” Alumno24-M1.

Pero es la práctica profesional, la inmersión en el mundo del médico lo que marca la pauta de esta ‘conversión’, ya que al ir observando acciones, actitudes, interrelaciones, conocimientos, el alumnado va asimilando también, a través del modelamiento, los valores y atributos sociales de la profesión. El alumnado observa a los profesores, médicos y residentes ejercer el oficio.

“...los alumnos nos utilizan un poco como maestros, como guías, como modelos de actuación y, como todos tenemos nuestras cosas mejores y peores, vicios, o, hábitos adquiridos, tienen que ir cogiendo de cada uno lo que... y hay gente que destaca mejor de una manera que de otra.” Profesor31.

“... porque están viendo esta actitud también en el compañero o en el profesor que les está enseñando.” Profesor5.

La relación profesional y de servicio entre los seres humanos reviste complejidad en el sentido de que entre las personas implicadas subyacen aspectos psicológicos y sociales. Expectativas, motivaciones, valores, situaciones y rasgos de personalidad tienen un impacto decisivo en la calidad de estas relaciones. De ahí la importancia de que en casi todas las profesiones de servicio y ayuda a otras personas, la ética o deontología tenga un papel preponderante.

“... los médicos de xxx llevaban muchos pacientes pero los trataban muy bien... Una doctora en xxx daba la noticia al paciente sin ayudarle lo más mínimo, le decía ‘irá perdiendo facultades hasta que se muera’.” Alumna2-M2.

El alumnado percibe los sucesos que ocurren en el escenario clínico. Observan y aprenden cómo relacionarse, como manejar sus relaciones con los pacientes, con calidez y calidad, sin perder objetividad. También observan las conductas contrarias, es decir, la distancia y falta de involucramiento de algunos médicos con sus pacientes.

“[Lo más positivo fue] ver que todavía hay profesionales de la salud que se interesan de verdad por el estado de salud de sus pacientes, por sus preocupaciones... Y que no tienen ningún inconveniente en explicar con paciencia al paciente las pruebas que se le deben realizar, en qué consiste su enfermedad...” Alumna14-M1.

“Creo que la actitud de algunos profesores y médicos más que un apoyo, es una dificultad en el aprendizaje clínico y una fuente de desánimo. Más que por la profesionalidad, por el trato que dan a pacientes y alumnos.” Alumna6-M1.

Sin embargo, ha sido sólo hasta las dos últimas décadas del siglo XX cuando los currícula de profesiones de ayuda –medicina, psicología, enfermería, entre otras- se han avocado a incluir temáticas sobre ética profesional. En parte como respuesta a la polémica mundial generada por la fertilización *in vitro* -‘de probeta’- y la necesidad de asumir una postura desde las ciencias Biomédicas en relación con las posibilidades que ofrece a la ciencia, el descubrimiento del genoma humano. Ciertamente, el tema salió de los ámbitos morales o religiosos y se situó en el de la salud y calidad de vida, a diferencia por ejemplo, del tema del aborto voluntario, que aún permanece bajo la discusión dependiendo de la latitud en que se lleve a cabo. Actualmente, otros temas desafían la acción profesional del médico, entre ellos la eutanasia, la utilización de

embriones humanos en investigación, la “clonación”, la donación de órganos y las terapéuticas radioactivas.

Las opiniones de los estudiantes podrían reflejar que comienzan a comprender los límites y la incertidumbre de su hacer profesional, cuando los recursos disponibles fallan ante la enfermedad o la voluntad de un paciente, o que ponen en tela de juicio sus valores éticos personales. Es esta fase un periodo de mayor sensibilidad en el alumnado cuya identidad profesional aún débil, busca afianzarse en las normas, por lo que los casos que cuestionan su esquema de valores y ética les afectan más.

“[Hay] enfermos muy graves cuya causa de enfermedad es, por ejemplo, el tabaco y no lo dejan y no puedes convencerles para que lo dejen.” Alumna11-M1.

“[Lo más negativo ha sido] ver las negligencias que se pueden llegar a cometer en un quirófano aunque no corra peligro la vida del paciente.” Alumno29-M1.

“[Ha sido muy negativo ver la] falta de tacto para hablar entre médicos de pacientes o de la práctica de otros médicos, como críticas negativas, delante del estudiante.” Alumna18-M1.

Pero ¿cómo se enseña la ética profesional, en una asignatura concreta o en el actuar cotidiano de otros profesionales, modelos para los aprendices? En el caso específico de la Medicina, el modelamiento es una práctica generalizada. Por lo que es frente al paciente, cuando el alumnado observa al profesor-médico y puede asimilar muchas de estas conductas y valores. Otro momento se da durante la discusión de casos clínicos, en los que con apoyo de la dinámica del grupo pueden cuestionarse y asumirse posiciones respecto al problema.

“...son debates que están abiertos y surgen poco, porque los estudiantes no están especialmente motivados porque les alcanza lejos y la clonación les es igual, en último término. Igual porque de momento no es una prueba de examen en el MIR... Todo este tipo de cosas sí se las informamos, pues son aspectos éticos de las enfermedades. No es una clase concreta, pero son cosas que intentamos ir vertiendo a lo largo del curso.” Profesor14.

Los recursos didácticos de la propia enseñanza médica han ido variando a través del tiempo, en la medida en que los derechos humanos de los pacientes se han reconocido, por lo que si antaño se utilizaban cadáveres para la disección y enseñanza de la anatomía, hoy es inusual; si antaño se practicaban diversas competencias clínicas directamente en los pacientes, esto también va en desuso. Ahora, cuando la situación del paciente puede convertirse en una oportunidad de aprendizaje, ha de contarse con la anuencia del enfermo incluso, a veces, por escrito.

“De estudiantes todos aprendimos -esto se puede decir ahora-, haciendo gasometrías al paciente, pinchando tórax, pinchando pleuras. No creo que hayamos hecho muchos

trastornos, pero comprendo que hoy en día no se pueda hacer, aparte, creo que ese derecho es fundamental.” Profesor20.

Los estudiantes de Medicina comienzan también a identificar la trama organizacional del sistema sanitario, reconociendo sus ventajas y sus carencias.

“A una mujer no se le dio el tratamiento más efectivo por el elevado coste”. Alumno26-M1.

Después del segundo cuatrimestre, con la vivencia en el hospital, en el alumnado se detecta una percepción más madura acerca de la profesión, pues ha tenido la oportunidad de conocer directamente la praxis y los aspectos positivos y negativos que su ejercicio conlleva. Este conocimiento si bien es realista, también es satisfactorio y motivador, pues la mayoría refrenda su compromiso vocacional, al observar el proceso de enfermedad-salud.

“Lo que más me ha impactado positivamente es que hemos empezado a ver la vida sin idealizar tanto a los médicos, a desmitificar y ser un poco más realistas.” Alumna3-M2.

“A nivel personal me ha gustado ver cómo mejora y se recupera la persona.” Alumna19-M2.

“...cuarto es más específico en lo que va a ser tu profesión en un futuro.” Alumna17-M2.

Aunque la experiencia no siempre resulta satisfactoria, permite asumir posiciones más críticas respecto de la profesión. Según su opinión, no siempre esta concienciación es positiva, a veces, causa desazón y desánimo en algunos estudiantes.

“La principal diferencia entre 3º y 4º [es] ver el día a día de lo que trabajaremos.” Alumna2-M2.

“[valoró negativamente el] haberme dado cuenta de lo dura que es a veces la Medicina y saber que el futuro está muy negro en nuestra futura profesión.” Alumno29-M1.

Con base en lo anterior, puede constatarse que, a través de sus normas para la práctica profesional, el Estado español y ahora, la Unión Europea, llegan a regular y a incidir de forma significativa en la formación de los profesionales de la Medicina; esta influencia inicia desde antes del ingreso al nivel superior, puesto que las normativas de carácter académico-laboral están presentes en la información disponible para los aspirantes a esta carrera, en la última etapa de la educación secundaria. Después, la formación de posgrado en Medicina, concretamente el nivel de Especialidad, está sujeta a directrices, normas y organización establecidas por una entidad estatal no educativa, en este caso, el Ministerio de Sanidad y Consumo.

### 7.1.2 Aspectos Sociorrelacionales

#### Personas y relaciones que influyen en la formación médica

Como se ha expresado en el capítulo 3, las relaciones que el alumno establece durante su formación, conforman el entramado social en que se promueve la adopción de hábitos, actitudes, valores y rasgos característicos propios de la profesión médica. Por tanto, su análisis reviste una especial relevancia, particularmente en el momento crucial de la Tr. PCI-CI.

En el Cuestionario para el alumnado, esta escala pretendió registrar su percepción sobre el nivel de contribución que determinados colectivos del entorno escolar y familiar tienen sobre su formación médica. La escala de valoración fue de 1(-) a 4(+).

**Tabla 30. Personas que contribuyen a la formación médica**  
(Promedio y desviación estándar, N = 43)

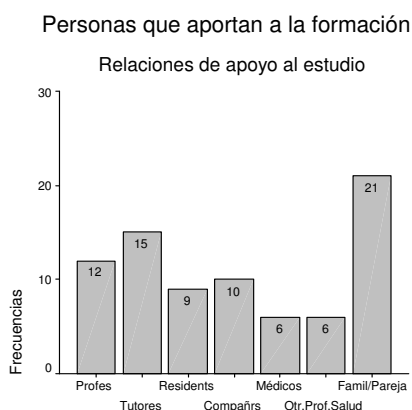
Personas	M	S
Profesores	2.61	.771
Tutores	1.71	.750
Residentes	2.70	.758
Compañeros	3.02	.851
Otros Médicos del entorno escolar	2.09	.818
Otros profesionales de la Salud	1.61	.871
Familia/Pareja	3.02	1.024

Se observa que el alumnado consideró que sus compañeros y la familia/pareja son los colectivos de personas que más contribuyen a su formación, lo que corrobora hallazgos en otras investigaciones como la de TRALS (S. Rodríguez y otros, 2001). Además, consideraron que quienes menos contribuyen a su formación son Otros profesionales de la Salud, como enfermeras, psicólogos, farmacéuticos, entre otros.

#### Tipos de Relaciones con personas del entorno

En lo que respecta al Tipo de Relación que el alumnado suele establecer con las personas de su entorno, estas fueron: Apoyo al Estudio; Desarrollo Profesional y Relaciones de Amistad. La frecuencia con que estas relaciones se mencionaron se presenta en las gráficas siguientes.

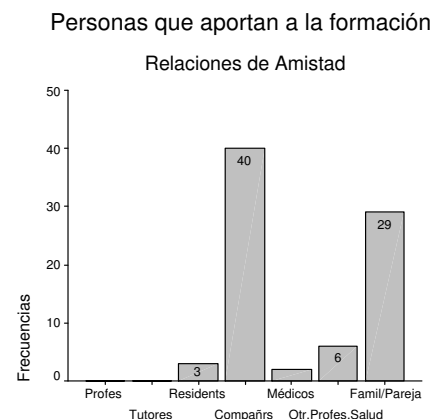
**Gráfica 2.**



**Gráfica 3.**



**Gráfica 4.**



La Gráfica 2 muestra que en cuanto a las Relaciones de Apoyo al Estudio, el alumnado consideró que las establece mayoritariamente con su familia o pareja, aunque se observa que también las mantiene con todos los otros colectivos.

Por su parte, la Gráfica 3 referente a las Relaciones de Apoyo al Desarrollo Profesional, muestra que el alumnado consideró que las establece mayoritariamente con los Médicos Residentes, seguidos de sus Profesores.

Y, finalmente, la Gráfica 4 muestra que en cuanto a Relaciones de Amistad, el alumnado consideró que las establece mayoritariamente con sus compañeros de curso, y en segunda instancia con su familia o pareja.

En las entrevistas al profesorado y las encuestas al alumnado se registró una distribución temática sobre esta categoría, que se muestra en la tabla siguiente. El número máximo de alusiones por persona fue: 8 veces en el profesorado; 11 en el alumnado, M1; 6 en el alumnado, M2.

**Tabla 31. Temáticas aludidas sobre la Calidad de las Relaciones**  
(Frecuencias y Porcentajes)

Temas	Profesorado N = 30		Alumn. M1 N = 27		Alumn. M2 N = 27	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Rel. Alumno-Profesor	62	62.6	26	28.9	14	18.1
Rel. Alumno-Residente	14	14.1	22	24.4	14	18.1
Rel. Alumno-Alumno	7	7.0	15	16.7	24	31.1
Rel. Alumn-Pers. Sanit.	4	4.0	8	8.9	3	3.8
Personas relevantes	5	5.0	9	10.0	4	5.1
Apoyo Familiar	3	3.0	10	11.1	18	23.3
Otros elementos apoyo <sup>81</sup>	4	4.0				
<b>Total</b>	99	99.7	90	100.0	77	99.5

Ver nota al pie<sup>82</sup>

Puede observarse que tanto para el profesorado como para el alumnado en el Momento 1, el sector que más contribuyó a la formación identitaria profesional del estudiante fue la relación Alumno-Profesor. Por su parte, en el Momento 2, cuando casi concluía el cuarto curso, el alumnado otorgó una mayor valoración a las relaciones con sus compañeros de prácticas, resultado que concuerda con la mayor estimación para este colectivo en el Cuestionario, recogida en la tabla 30, hecho que podría atribuirse a que tanto el Cuestionario como la encuesta M2, fueron aplicados casi al finalizar el segundo cuatrimestre del cuarto curso.

Asimismo, se observa que tanto el profesorado como el alumnado de cuarto curso de la FM-UB, atribuyeron una escasa relevancia a la contribución del Personal Sanitario en la formación de la identidad profesional del estudiante de Medicina, concordando con los resultados del Cuestionario, de la tabla 30.

<sup>81</sup> Estos son retomados en el apartado siguiente: 6.1.3 sobre Elementos profesionalizantes.

<sup>82</sup> Profr. = Profesores

A-M1 = Alumnos en Momento 1

A-M2 = Alumnos en Momento 2

### *Relación Alumno-Profesor*

En lo que respecta a las relaciones profesor-estudiante, el tema acaparó un alto porcentaje de las opiniones del profesorado, pues las relaciones profesor-estudiante son una de las bases del proceso enseñanza-aprendizaje. En la medida en que la relación sea más estrecha y de confianza, esta favorecerá el desempeño académico de los alumnos. En la investigación, las alusiones del profesorado versaron sobre la calidad, la duración y las diferencias en las relaciones, entre PreClínico y Clínico; en tanto que el alumnado se centró en la calidad de las mismas.

La relación suele ser más estrecha y de confianza en función de: la actitud y edad del profesor, la maduración del alumno y el escenario educativo; también puede no ser cercana pero sí menos formal.

“El tipo de relación depende mucho del profesor, del [trato] que les des. Hay profesores que mantienen más distancia por edad y otros que enseguida se hablan de tú. Al principio... no saben si el profesor les va a pegar bronca el primer momento que no sepan algo... Y lógicamente en cuarto, que ya te conocen de tercero, al menos a mí, ya es otra cosa” Profesor27.

“Algunos médicos parecen demasiado inaccesibles y a veces no nos atrevemos a preguntarles algunas dudas. La mayoría de las veces nuestro temor es excesivo y al atrevernos a preguntar descubrimos que no son “ogros” y explican muy bien porque saben mucho.” Alumno28-M1.

“Con los profesores no se tiene mucha relación, aunque esta es mayor en el hospital.” Alumna17-M2.

Los estudiantes valoraron positiva o negativamente sus experiencias en el trato con los profesores. Entre los elementos satisfactorios para los estudiantes están: la atención a sus necesidades y condición de estudiantes; el trato humano, y el trato “entre iguales”, sin sombra de supremacía.

“Son importantes aquellos médicos, profesores y residentes capaces de tratar a los alumnos como iguales.” Alumna6-M1.

“Lo que más me gustó fue la especialidad de xxx y la de xxx, por el trato que tuvieron conmigo los tutores. Me motivó mucho.” Alumno27-M2.

Sin embargo, subsisten situaciones de fricciones entre los profesores y el alumnado. Aunque se presentan en menor medida, ameritan una atención especial, pues los pocos casos se mencionaron con mayor frecuencia en las encuestas. En ellos, destacan el trato: sin interés en enseñarles; con menosprecio o prepotencia; y con indiferencia del profesor, que ‘ignora’ la presencia del estudiante.

“Algunos de los doctores asignados no nos daban ningún tipo de apoyo ni académico ni personal. Por suerte, hemos encontrado a pocos así.” Alumna3-M1.

“Es muy desagradable recibir un trato despreciativo, más aún cuando tampoco puedes defenderte debido a la posición que ocupa el estudiante en la escala de importancia y valor de algunos médicos.” Alumna14-M1.

La relación alumno-profesor suele ser más prolongada en la enseñanza práctica que, aunque dura menos, la hace más próxima.

“...intento que no haya demasiadas barreras. Ocurre que las asignaturas se dan por trimestres o por semestres, [y] el contacto del profesor con el alumno no es muy prolongado. Igual no tienes suficiente tiempo para establecer algún tipo de relación más estrecha con el estudiante...” Profesor30.

“... cuando se marchan es cuando a lo mejor hay más *feeling*, más buena relación con ellos. Pero es un periodo corto que no da para más.” Profesor7.

En el periodo PreClínico, cabe recordar, la metodología docente más frecuente – clase magistral, expositiva- no permite una relación cercana con el estudiante. Algunos profesores comentan no tener mayor contacto con sus alumnos, excepto en la hora de clase. Por el contrario, en el periodo Clínico, la organización de la asignatura, el grupo reducido y la dinámica clínica, logran favorecer sustancialmente la cercanía y confianza en la relación.

“... en tercero tenemos ochenta alumnos, son más jóvenes... es una etapa de paso. La relación es más de respeto o de temor al profesor, aunque cordial.” Profesor14.

“...El paso por las unidades de Clínica y la enseñanza práctica posibilitan mucho más el contacto con el alumno. Cuando le mando coger a un paciente y explorarle los reflejos estoy viviendo con él directamente. Le conozco, sé como se llama, que es el número 38 de la clase, etc... ayuda más a la compenetración y a la diferenciación, a darles un trato más personalizado y obtienes más datos sobre ellos, sobre cómo son realmente, el interés que tienen, si estudian mucho o poco, cada día o al final, si tienen otros trabajos que les dificultan el estudio... La clase teórica es mucho más distante, aunque hables, preguntes, o hagas cosas...” Profesor1.

En el Cuestionario para el alumnado, la relación de los estudiantes con sus profesores registró una orientación más dirigida hacia su desarrollo profesional, que de apoyo a los estudios, además de que con respecto al grado de contribución a su formación, su valoración se ubicó en segundo lugar, por debajo de la que atribuyeron a los médicos residentes.

#### *Relación Alumno-Residente*

En cuanto a la relación que se da con los residentes de Clínica, esta suele facilitarse en razón de la edad de estos últimos, más cercana a la del alumnado y, por lo tanto, relevante para el proceso formativo. Se da una relación, pues, de mayor confianza y cercanía que puede derivar en amistad, ya que por lo general, son bien acogidos por los residentes quienes les apoyan en la integración a la Planta o Servicio y en resolver problemas de las prácticas.

“...tienen la gran facilidad de que cuentan con residentes jóvenes con los que tienen mucho contacto y resuelven muchos problemas. La mayoría diría yo... Yo creo que sí, y luego, el residente no le tiene que juzgar.” Profesor5.



En opinión del profesorado el alumnado recibe un buen trato, una relación de ayuda mutua y aprendizaje de parte de los residentes, a quienes observa con simpatía e identificación futura.

“Los residentes tienen muy cerca al estudiante porque hay un recuerdo de sus épocas de estudiante y el estudiante admira al residente porque es lo que quieren llegar a ser, entonces, evidentemente, el contacto entre ellos es mucho más fluido.” Profesor28.

De ahí que en las encuestas, el alumnado destaque su apego a los médicos residentes, por su disposición a enseñarles y por la atención a sus demandas académicas y de acogida.

“Algunos residentes me han animado descubriéndome lo apasionante que es la Medicina.” Alumna14-M1.

“Me ha impactado positivamente un residente que confiaba mucho, nos dejaba ayudarlo y se esforzaba porque aprendiéramos mucho.” Alumno10-M2.

“En las prácticas del hospital, los residentes se llevan muy bien contigo.” Alumna24-M2.

En mucha menor medida se han señalado casos de indiferencia por parte de médicos residentes.

“Hay residentes que no te hacen ni caso, vas con ellos, pero hacen como si tú no estuvieras.” Alumna17-M1.

“Algunos residentes se creen más importantes ignorándote.” Alumno23-M1.

En el Cuestionario para el alumnado, la relación de los estudiantes con los médicos residentes registró una orientación más dirigida hacia su desarrollo profesional, que de apoyo a los estudios, además de que, respecto al grado de contribución a su formación, por parte de este colectivo, su valoración se ubicó en primer lugar, por encima de la que atribuyen a sus profesores.

#### *Relación Alumno-Personal Sanitario*

En el escenario clínico conviven, además de los profesores, médicos y residentes, otro personal sanitario como enfermeras, administrativos, psicólogas, químicos y asistentes. El alumnado también ha de relacionarse con ellos.

“[Valoro positivamente] sentirme acogido por el personal sanitario” Alumno19-M1.

En buena medida, su adaptación al entorno hospitalario depende de la acogida que reciba el estudiante. En esto juega un papel relevante el personal de enfermería, a quien recurren para conocer diversos procedimientos y quienes les brindan información, resuelven dudas sobre algunas prácticas o técnicas concretas y auxilian en caso necesario.

“...cuando hay una xxx que hacen las enfermeras, ven cómo la hacen, o por ejemplo, test cutáneos o la colocación de mascarillas...” Profesor20.

“... enfermería es una fuente de información importante...” Profesor21.

“[Valoro positivamente] la buena atención de la(o)s enfermeras(os) cuando te mareas.” Alumna7-M1.

La calidad de las relaciones personales entre el personal de un Servicio o Consulta Externa depende en gran medida del ambiente que ahí se haya generado; la dinámica grupal del equipo es transmitida, año con año, al alumnado que reciben. Por ello, también puede suceder que el estudiante encuentre un ambiente poco favorecedor para su adaptación o aprendizaje, en el que el personal no colabore con ellos.

“Algunos doctores, enfermeras, residentes y profesores han tratado mal a los alumnos, con cierto desprecio. Verdaderamente han sido poquísimos casos, pero no despreciables, ya que las quejas entre alumnos han sido repetidas sin excepción.” Alumna12-M1.

“Algunas enfermeras no te ayudan en nada cuando se lo pides.” Alumna17-M1.

Se observa variabilidad en esta subcategoría. Pocos estudiantes se han referido a ella. Aparentemente la relación con enfermeras, administrativos, asistentes y otros profesionales de la Salud es casi nula, pues en el Cuestionario para el alumnado, la relación de los estudiantes con otros profesionales de la Salud, también registró una orientación más dirigida hacia su desarrollo profesional. Además, con respecto al grado de contribución a su formación, su valoración se ubicó en último lugar.

#### *Relación Alumno-Alumno*

En la enseñanza, como se mencionó en el marco teórico conceptual, la relación entre pares, alumno-alumno, suele ser uno de los facilitadores más potentes del aprendizaje, de ahí su importancia como factor favorecedor.

“...se establece una buena relación entre ellos, preparan seminarios de forma conjunta, presentan casos clínicos, comentan...” Profesor12.

En el caso de Medicina, las relaciones de apoyo entre el alumnado revisten mayor relevancia si se considera que se trata de un colectivo con sólidos hábitos de estudio. Más aún cuando se conoce la opinión del profesorado sobre el efecto que el MIR ha tenido en la formación médica y, en particular, en las relaciones entre el alumnado, al elevar la competitividad interestudiantes.

“...la relación con los compañeros es un poco competitiva. Sin pegar codazos, sin hacer grandes destrozos pero me da la impresión de que hay un cierto individualismo en este momento. Cada uno quiere florecer y, si es posible, florecer más que el de al lado porque es un rival en potencia...” Profesor1.

Si bien entre el profesorado se menciona la competitividad entre el alumnado, por lo que respecta al grupo de cuarto curso, de la cohorte 99, (Campus Bellvitge) esta es menos notoria. De hecho, en las opiniones de las encuestas al alumnado momentos 1 y 2, resaltan los siguientes aspectos:

- Valoración positiva de la buena relación entre el alumnado
- Estimación buena respecto del ambiente que se vive en el grupo.
- Aprecio entre los compañeros de grupo.

- Apoyo, unidad, ayuda y poca competitividad.

“... creo que los compañeros de clase son muy importantes y que afortunadamente en mi clase hay un ambiente muy positivo.” Alumna6-M1.

“En general valoro positivamente a la gente de mi alrededor: por ejemplo (los compañeros de mi curso y de otros) que comparten sus opiniones sobre las diferentes prácticas.” Alumna8-M1.

“Compañeros: ¡los mejores! El ambiente en clases es muy bueno.” Alumno29-M1.

Y, también, reconocen un cierto grado de competitividad en el grupo.

“Entre los compañeros nos apoyamos mucho y la competitividad no es tan alta.” Alumna24-M2.

En el Cuestionario para el alumnado, la relación entre los estudiantes registró una orientación más dirigida hacia la amistad y el apoyo al estudio. Además, con respecto al grado de contribución a su formación, por parte de este colectivo, su valoración se ubicó en primer lugar, junto al apoyo familiar.

Estos resultados junto a la valoración que el propio alumnado hace de los tutores alumnos (apartado 5.2.2.1), corrobora supuestos teóricos acerca del aprendizaje colaborativo y fortalece las ventajas del trabajo en equipo como factores potenciadores del rendimiento académico y, también, de facilitadores del ajuste propio de la transición académica.

### *Personajes relevantes en la formación*

En Medicina también existe un entramado social compuesto por otros personajes aparte del estudiante y el profesor. En este caso, está el personal sanitario que incluye a médicos no profesores, residentes, personal de enfermería y administración, e incluso, algunos pacientes con quienes logran establecer relaciones significativas.

A lo largo de su formación universitaria, el alumnado establece relaciones con estas personas; generalmente, son relaciones de apoyo: médicos que le acogen e instruyen, residentes que le apoyan y enseñan; enfermera(o)s a quienes observa y de quienes aprende diversas técnicas; administrativos que le facilitan información; bioquímicos que le ayudan a interpretar analíticas. Sector aparte lo conforman los profesores, aquellos que impactan la formación de manera significativa dejando una huella educativa en el alumnado.

“Me marcó el primer médico que se me asignó para introducirme en este mundo.” Alumno26-M1.

“... hay profesores de mucha calidad personal en nuestra asignatura, [como] el Dr. xxx, por ejemplo, que con mucha frecuencia sale elegido padrino de la promoción, o como el Dr. xxx, (esos son hijos). Aquí tenemos profesores carismáticos [a quienes los estudiantes] les tienen gran respeto.” Profesor3.

Los estudiantes de cuarto curso se han referido a los profesores que les han “introducido” a la Clínica, a los que muestran congruencia personal y profesional; y a aquellos que les demuestran interés genuino en su aprendizaje.

“Me han impactado algunos profesores en concreto, en los que se notaba el interés en que aprendiéramos y nos gustara la Medicina.” Alumna12-M1.

“La atención y la incansable ansia de un profesor de xxx (3º) para que aprendiésemos... Este profesor cambió mi manera de ver la carrera e hizo que la xxx de tercero, marcara realmente un antes y un después...” Alumna9-M1.

Por su parte, el profesorado mencionó la importancia que el modelamiento del profesorado obra en la formación y –agregaría- en la construcción de la identidad profesional, al servir como guía y ejemplo para el alumnado, transmitiendo virtudes y defectos.

“... si una persona tiene una actitud afectiva con el paciente, generalmente ellos también lo hacen.” Profesor5.

“... ver la dedicación con que los médicos atienden. Son un modelo en situaciones críticas.” Alumna22-M2.

“El mejor, xxx de Semiología.” Alumna23-M2.

El ser profesor implica tradicionalmente, una posición de preeminencia sobre el alumnado y, cuando el primero presenta características o atributos de actuación ética, jovialidad y congruencia, impacta positivamente al alumnado.

“[Valoro positivamente a] algunos profesores que te inculcan la mentalidad de la correcta práctica médica, como personas.” Alumno23-M1.

“...la manera de comportarse delante de las cosas, que igual no importa la especialidad que hagas o la carrera que tengas, pero que es una manera de encarar las cosas en general...” Profesor30.

Este colectivo de personajes relevantes -otros médicos-, registró una moderada valoración en el Cuestionario para el alumnado, sólo más baja que la de sus profesores; con una orientación claramente dirigida al desarrollo profesional.

### *Apoyo Familiar y/o de Pareja*

Con resultados similares a los de TRALS (2001), referidos en el Capítulo 3, en la etapa formativa universitaria otro sustancial factor de apoyo es el entorno familiar, particularmente en acciones de aliento y facilitadoras del estudio en casa.

“... la familia... creo que es un ejemplo..., aunque no sean médicos, sí que es un apoyo. Porque si tú has visto que tu padre estudia, ya tienes un referente...” Profesor30.

“[Lo más positivo: la] Familia: Apoyo total, tanto emocional como económico” Alumno29-M1.

El alumnado aprecia en alta estima el apoyo emocional y económico que les brinda su familia, sobre todo en momentos críticos como cuando padecen estrés previo a exámenes.

“En primer lugar creo que es muy importante el apoyo de la familia, pareja y amigos en los momentos más críticos.” Alumna6-M1.

“Familia y compañeros han sido comprensivos con el estrés de época de exámenes.” Alumno22-M1.

El estar cerca de su familia y contar con su ánimo continuo es un elemento que ya se ha descrito como factor favorecedor de las transiciones académicas.

“Familia siempre a tu lado apoyándote y dándote ánimos.” Alumna11-M1.

“En casa todos me apoyan muchísimo, sobre todo cuando me van mal las cosas.” Alumna25-M2.

La mayoría del alumnado refiere contar desde siempre con el apoyo total de su familia, particularmente en momentos difíciles. Aunque también reconocen que esto implica mayor responsabilidad hacia con la familia.

“Mi familia me brinda un apoyo total aunque siento presión por que esperan bastante de mí.” Alumno12-M2.

Con menor frecuencia, dado que no es la condición mayoritaria, también valoran el apoyo de su pareja.

Como se ha observado, el alumnado concede un gran valor al apoyo familiar, considerando que la casi totalidad de estudiantes, residen en el hogar y dependen económicamente de sus padres, lo que corrobora reportes similares en informes institucionales mencionados en el marco teórico conceptual. Ha de recordarse que en el Cuestionario para el alumnado, se registró la mayor valoración en cuanto a grado de contribución a su formación como médicos, de parte de la familia o pareja. También, se observó que son las relaciones con este colectivo, las que les brindan el mayor apoyo para los estudios; y, después de los compañeros, la familia y/o la pareja les proporciona las más frecuentes relaciones de amistad.

El estudio formal –escolarizado- es una actividad que inicia en los primeros años de vida, durante los cuales la vinculación estudiante-familia suele ser más estrecha en razón de la natural dependencia de los infantes respecto de los adultos de su entorno. Conforme se avanza en el ciclo vital, el estudiante va adquiriendo mayor autonomía en su desempeño académico; sin embargo, el arribo al nivel superior de enseñanza también requiere mayor esfuerzo, no sólo intelectual y volitivo, por parte del estudiante, sino también logístico y material, el cual corresponde mayoritariamente a la familia. En el caso de la carrera de Medicina, dada la exigencia de implicación total en los estudios para sus estudiantes, el contar con el apoyo familiar económico, logístico y afectivo puede llegar a ser un factor determinante en su desempeño académico.

### 7.1.3 Elementos profesionalizantes

De acuerdo con lo propuesto por Cohen-Scali (2000) en relación con las dimensiones social y personal implicadas en la conformación de la identidad profesional, el espacio curricular de Medicina y, en concreto, la enseñanza clínica, brinda elementos, situaciones y condiciones que promueven la conversión gradual del *Estudiante de*, en *Profesional de*; son elementos profesionalizantes. La Tabla 32 presenta los resultados de la valoración que el alumnado hace de los elementos que contribuyen a su formación como médicos. En esta escala los grados de contribución atribuida van de 1= Nada, 2= Algo, 3= Bastante y 4= Totalmente.

**Tabla 32. Elementos que contribuyen a la formación médica**  
(Promedios y desviaciones estándar. N = 43)

<i>Elementos</i>	<i>M</i>	<i>S</i>
La autoconfianza en tus capacidades y decisiones	2.84	.871
La satisfacción con tus logros académicos	2.63	.846
Tu propio rendimiento académico	2.65	.813
El estímulo de tus profesore(a)s	2.19	.824
Tus primeras experiencias en Clínica	3.21	.804
Portar tu bata blanca y el estetoscopio	1.81	.852
Las relaciones con tus compañeros	3.05	.688
La imagen social que los demás tienen de ti	1.65	.686
Tus vínculos con colegios y sociedades médicas	1.28	.549
Tu compromiso con el bienestar del(a) paciente	3.16	.754
El paciente como medio de aprendizaje	3.21	.833
La información vía <i>web</i> , literatura, TV, cine	1.93	.737
El rol de los otros profesionales sanitarios.	2.30	.914

Los elementos ubicados como los de mayor contribución a la formación médica del alumnado fueron las Primeras experiencias clínicas y el Paciente como medio de aprendizaje. El de menor contribución fue Vínculos con colegios y sociedades médicas. Se encontró que el alumnado de mayor rendimiento le otorgó más contribución a su formación, al Rendimiento académico propio ( $z = 2.83; p = .005$ ). En el análisis factorial se observaron cuatro componentes que explican el 64% de la varianza de esta subescala:

**Tabla 33. Análisis factorial de Elementos que contribuyen a la formación médica**

<i>Elementos</i>	<i>Componentes</i>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<i>Experiencia Clínica</i>	<i>Experiencia de Aprendizaje (Curricular)</i>	<i>Vinculación Socioprofesional</i>	<i>Percepción Social del Profesional</i>
El paciente como medio de aprendizaje	.864			
Las relaciones con tus compañero(a)s	.783			
Tus primeras experiencias clínicas	.505			
Tu compromiso con el bienestar del paciente	.469			
Tu propio rendimiento académico		.892		
La satisfacción con tus logros académicos		.880		
La autoconfianza en tus capacidades y decisiones		.495		
El estímulo de tus profesores		.215		
El rol de otros profesionales sanitarios			.771	
La información <i>web</i> , literatura, TV, cine			.674	
Tus vínculos con colegios y sociedades médicas			.643	
Portar la bata blanca y el estetoscopio				.780
La imagen social que los demás tienen de ti				.362

La agrupación anterior concuerda con la propuesta conceptual del Capítulo 3. Los cuatro conjuntos agrupan elementos que podrían estar relacionados con la conformación de la identidad profesional del médico.

Ahora bien, los resultados del Cuestionario aportan que la Experiencia Clínica es el factor que más contribuye a la formación de la identidad profesional del médico, es decir, a hacerse médico. La primera vivencia en las Plantas o Servicios, el afrontar al paciente y saberle su medio de aprendizaje, su propio compromiso con el bienestar del enfermo, y las relaciones con sus compañeros conforman este grupo de elementos con una sólida participación en el proceso identitario.

Lo anterior corrobora el decir común de que es hasta el ciclo Clínico que el estudiante comienza a formarse como médico. El estudiante de Medicina se hace profesional de la Medicina, haciendo de médico ante un paciente real, ensayando y aprendiendo con sus compañeros de curso; observando cómo lo hacen sus profesores –modelos– y los otros médicos. Es en este ejercicio *pre*-profesional donde se modifican sus expectativas y preconcepciones sobre la profesión y donde se refuerzan valores deontológicos (Parkes, 1971) que, posteriormente, darán lugar a actitudes ante su desempeño profesional.

Una descripción detallada de las Primeras Experiencias Clínicas se aborda en el apartado siguiente que analiza la Transición PreClínico-Clínico.

Un segundo factor relevante en la contribución es el de la Experiencia de aprendizaje curricular, el cual involucra el propio rendimiento académico del estudiante, su satisfacción con logros académicos, su autoconfianza en capacidades y el estímulo de sus profesores. Este grupo de elementos refleja con precisión el ciclo del aprendizaje en el alumnado: resultados académicos + satisfacción con los mismos + estímulo de profesores = a autoconfianza en capacidades y decisiones que, nuevamente le llevan a mantener y/o mejorar sus resultados académicos. El alumnado de mayor rendimiento académico, considera que sus propios resultados académicos contribuyen más a su formación como médicos, que el alumnado con menor rendimiento. Esta conformación de elementos parece confirmar las tesis de Bandura (1990 y 1999), respecto al papel que la percepción de autoeficacia de las personas tiene sobre su motivación y logro de metas subsiguientes.

Un tercer factor que contribuye a formarle como médico lo constituye la Vinculación Socioprofesional que se establece a partir, precisamente, de la experiencia clínica, la cual le propicia relacionarse y aprender de otros profesionales de la Salud, así como obtener información científica vía *web*, literatura y otros medios. En esta etapa iniciática de su profesión, el alumnado aún no considera relevante vincularse con colegios y sociedades médicas. La vinculación socioprofesional, acentuada por la experiencia clínica, pone al alumno en contacto con la realidad del ejercicio profesional y con sus principales determinantes (Casal, 1997; Nicholson, 1990, Prince y otros, 2000 y 2004): la estructura del sistema MIR –al que espera

acceder-, la estructura organizacional de los recursos humanos sanitarios –líneas de responsabilidad y comunicación altamente jerarquizadas-, y los sistemas de gestión hospitalaria.

Finalmente, otro factor se refiere a la Percepción social del profesional de la Medicina, que incluye la imagen social que los demás tienen de él y los elementos adicionales concretos como instrumental específico, o más simbólicos, como la bata blanca.

“...cuando se ponen realmente la bata y el fonendo, que les hace mucha ilusión...” Profesor28.

Estos dos elementos, si bien son frecuentemente mencionados entre el profesorado no se recogieron como relevantes en el Cuestionario para el alumnado, en el que obtuvieron las más bajas valoraciones de los estudiantes en cuanto al grado de contribución a su formación médica. No obstante, cabe destacar que la Percepción social del profesional de la Medicina es uno de los factores identitarios más importantes de acuerdo con una perspectiva sociológica de las profesiones, aunque, es de reconocerse que tal constructo incluye otros elementos aún no presentes en el periodo de la formación, razón por la cual no fueron incluidos en esta investigación.

## **COROLARIO**

Los aspectos macroestructurales, sociorrelacionales y profesionalizantes descritos constituyen el espacio curricular generador de la identidad profesional del médico. Un espacio –que incluye aspectos implícitos en un llamado ‘currículum oculto’- dinamizado por fuerzas y corrientes estructurales, en el que el estudiante de Medicina puede y debe movilizar sus estrategias para aprender la profesión, es decir: conocimientos, habilidades, actitudes y valores.

Siguiendo a Nicholson (1990), en esta fase de Encuentro con el escenario profesional, el alumnado ha de tener confianza en lo que afrontará, buscar el sentido de la Enseñanza Clínica para su formación y disfrutarla, de esta forma podrá paliar el impacto de lo nuevo, ajeno o rechazante; el autor señala como estrategias principales los apoyos sociales y la libertad para explorar y descubrir. Es evidente que el alumnado cuenta con apoyo social sólido, pero ¿qué tanta libertad para explorar puede ejercer? Explorar un ambiente estructurado y jerarquizado como es el del hospital, puede ser una productiva actividad didáctica si es planeada y tutorizada.

A continuación, se aborda el proceso de la Transición PCI-CI, cuyos principales aspectos se hallan estrechamente vinculados a la profesionalización del estudiante de Medicina.



## 7.2 El foco: la Transición PreClínico-Clínico

El abordaje integral del proceso de la transición curricular objeto de esta investigación, ha supuesto una distinción en el análisis de contenido de los resultados obtenidos en las entrevistas al profesorado y en las encuestas del alumnado, M1 y M2, con respecto a los temas inherentes al currículo propiamente dicho y aquellos relativos al proceso transicional. De ahí que algunos tópicos pudieran parecer muy similares a los expuestos en el capítulo anterior, en los apartados 5.1.1 y 5.1.2, del Capítulo 5. Tal distinción, en algunos casos muy sutil, ha permitido elaborar una caracterización genuina de la Tr. PCI-CI en los estudios de Medicina, que recoge los elementos y factores establecidos en el marco teórico conceptual y las dimensiones de análisis, de los capítulos 3 y 4; a la vez que pone de manifiesto su interrelación con los aspectos profesionalizantes del apartado inmediato anterior.

Por lo tanto, a diferencia del análisis curricular –Capítulo 5–, aquí el énfasis se ha puesto en la experiencia del alumnado. Cabe recordar que el estudiante ha superado la transición bachillerato-universidad y se ha adaptado a la dificultad que comporta el paso por los dos primeros cursos de Medicina. Ahora debe transitar hacia la enseñanza Clínica. ¿Cómo habrá vivenciado este proceso?

“... Llevábamos mucho tiempo en la Universidad, estudiando nada más y no sabiendo bien qué era la Medicina...” Alumno24-1.

En el análisis de los resultados, la categoría Transición PreClínico-Clínico se integró con dos subcategorías: a) Transición curricular PCI-CI<sup>83</sup>, proveniente de las entrevistas al profesorado y las encuestas al alumnado en sus momentos 1 y 2; cuya temática se vincula con el modelo curricular. Y con b) Sucesos que impactan la educación médica, que integró la información del Cuestionario para el Alumnado, así como los Impactos de la experiencia clínica, referidos por el profesorado en las entrevistas y por el alumnado encuestado.

### 7.2.1 La Transición curricular PCI-CI

La tabla siguiente muestra cómo se distribuyeron las temáticas tanto entre los profesores como entre los alumnos. El número máximo de alusiones por persona fue: 14 veces en el profesorado; 8 en el alumnado, M1; y 6 en el alumnado M2.

**Tabla 34. Temáticas aludidas sobre Transición curric. PCI-CI**  
(Frecuencias y Porcentajes)

Temas	Profesorado N = 30		Alumn. M1 N = 24		Alumn. M2 N = 22	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Transición curricular <sup>84</sup>	133	77	49	100	43	100
Asignaturas ‘Puente’	24	14				
Sugerencias	16	09				
<b>Total</b>	173	100	49	100	43	100

Ver nota al pie<sup>85</sup>

<sup>83</sup> El término Transición curricular PCI-CI se utiliza en esta sección en referencia a la subcategoría.

<sup>84</sup> Esta categoría integró los hallazgos referentes al grupo “Estructura de la Enseñanza” de la escala *Sucesos* del Cuestionario para el alumnado.

En la tabla 34 puede observarse que tanto para el profesorado como para el alumnado, la temática más frecuente fue la experiencia de la transición.

Los hallazgos en la investigación han permitido confirmar el carácter transicional del paso del PreClínico al Clínico, en los estudios de Medicina de la UB, ya que los cambios curriculares concuerdan con los supuestos teóricos de Gimeno (1997) y conceptuales de Prince y otros (2000), descritos en el Capítulo 3. Los resultados evidencian cambios en: el enfoque de las asignaturas, que pasan de ser menos teóricas a más prácticas; las metodologías de enseñanza varían sustancialmente de clase expositiva-participativa, a una enseñanza demostrativa ante un paciente real; pasan de evaluarse únicamente mediante exámenes escritos a hacerlo con exámenes *in situ*, ante paciente real o simulado y, finalmente, cambia el escenario: de aula o laboratorio, a sala de hospital o ambulatorio. Esta transición intracurricular demanda -de acuerdo con el profesorado entrevistado-, procesos de adaptación social y académica inmediata, so pena de no aprovechar el máximo de la nueva experiencia educativa.

La siguiente exposición da cuenta de cómo estos cambios afectan la continuidad del currículo y la trayectoria pedagógica del alumnado.

#### *El Currículo*

El actual plan de estudios ha procurado que la mayoría de las asignaturas mantengan una secuencia basada en los niveles de complejidad de los contenidos. La división curricular en Medicina pretende que los conocimientos del periodo Básico precedan a los del ciclo Clínico, aun cuando los primeros tengan un mayor grado de abstracción cognitiva. Tal organización se propone dotar al currículum de continuidad vertical. Sin embargo, en la práctica esto no se ha conseguido del todo, en opinión del profesorado de tercer y cuarto cursos. La integración se aprecia más lograda en algunas asignaturas y no en otras, como se ha descrito en el apartado 5.1.1 sobre la estructura curricular. Tal discontinuidad afecta el logro de objetivos tanto en la enseñanza como el aprendizaje, situación que podría dificultar la adaptación académica del alumnado.

“... a pesar de que la asignatura está situada en cuarto curso, relativamente cerca del PreClínico, no sabemos si la enseñanza [previa] se realiza de una forma programada. Por ejemplo, no sé si la anatomía es muy funcional, si las enseñanzas de fisiología están bien adaptadas a lo que después se van a encontrar y a los conocimientos que necesitan en la Clínica. En general, notamos que los alumnos tienen algunas carencias en cuanto a lo que es estrictamente anatomía y fisiología del xxx. Nos agradaría más que cuando empezaras a hablar de una estructura xxx, el alumno estuviera más situado, sabiendo de qué tipo de estructura estamos hablando, qué funciones fundamentales se le atribuyen a esa estructura, donde está situada, etc. Y, a veces, tenemos dificultades.” Profesor1.

La discontinuidad curricular entre los periodos PreClínico y Clínico, también se ve afectada, en opinión de los profesores, por divergencias y falta de comunicación entre el profesorado de ambos ciclos, situación que puede repercutir seriamente en las relaciones entre colegas.

---

<sup>85</sup> Profr. = Profesores

A-M1 = Alumnos en Momento 1

A-M2 = Alumnos en Momento 2

“...Hay una barrera de comunicación entre los profesores de asignaturas básicas teóricas -bioquímica, genética o anatomía patológica-, y los que tenemos un tipo de asignatura mucho más técnica. ...tener un diálogo fluido con profesores de asignaturas básicas, es realmente difícil, complicado... la gente [de Clínica] se pone bastante más de acuerdo que no cuando se trata con la de PreClínico... las formas de pensar son absolutamente dispares, distintas... están todavía con sus clases magistrales y es muy difícil poderlos cambiar.” Profesor23.

De manera coincidente con los hallazgos de Prince y otros (2000 y 2004), pudo establecerse que durante los cursos del PreClínico, el alumno ha debido ir desarrollando un pensamiento estructurado y lógico, es decir, un pensamiento proposicional útil para el razonamiento clínico. La edad del alumnado contribuye a la consolidación del pensamiento formal.

“... La Preclínica sería un inicio a los conocimientos teóricos y una forma de educar la lógica del pensamiento, para luego poderlo aplicar a la práctica.” Profesor2.

Tal como está diseñado, el tercer año puede ser un curso propedéutico, pues allí el estudiante comienza a conocer la patología, la cirugía, la exploración y valoración de síntomas y signos, para conformar los síndromes de las enfermedades. En las asignaturas de Semiología y Fundamentos de Cirugía, elabora sus primeras historias clínicas y conoce a algunos pacientes.

“...tengo a los de tercero en xxx y los veo quizá más jóvenes, más inexpertos, más miedosos, respecto a la relación con los pacientes. Es el primer contacto que tienen con enfermos y están todavía con aquella sensación como si no les tocara, como que todavía tienen que estar sólo en los laboratorios y en las aulas, con cierto miedo al hospital.” Profesor25.

En estos primeros encuentros con pacientes, el alumnado puede parecer temeroso o distante, puesto que carece de la experiencia para establecer contacto con el enfermo. El temor se va superando en la medida en que los encuentros se repiten, conocen mejor el hospital y su interés se estimula, aunque siempre hay quienes tengan mayores dificultades para establecer la necesaria relación de confianza con el paciente, y “aprendan” técnicamente el proceso de anamnesis sin la suficiente habilidad social de comunicación y/o empatía. Entonces, se requiere una estrategia didáctica específica que les permita ganar confianza, autonomía respecto del profesorado y residentes y, por ende, aprovechar al máximo la práctica clínica.

Por su parte, el estudiante encuentra que la práctica clínica será su nueva forma de aprender Medicina y unos lo disfrutan, en tanto que otros se angustian. Les han intentado preparar para el nuevo escenario académico, donde una nueva estrategia docente, basada en la presencia de una persona, el paciente, será la constante. Prince y otros (2000) habían encontrado que esta situación de aprendizaje resulta altamente motivante para el alumnado.

“[Lo más positivo:] la práctica clínica... Ahora se ha convertido en la mejor forma de aprender, aparte de servir como estímulo para querer saber nuevas cosas y disfrutar de lo que estamos aprendiendo... a partir de Semiología empiezas a hacer de médico...” Alumna9-M1.

“En 3º empiezas, pero es hasta 4º cuando ves el proceso que pasa realmente en las enfermedades, en el hospital.” Alumna19-M2.

El paso al periodo Clínico de la enseñanza en Medicina comporta cambios en la forma en que los nuevos contenidos serán impartidos. La estructura integrada por aparatos y sistemas, posibilita mantener una continuidad pedagógica en el alumno. Antes ha aprendido la anatomía y fisiología de esos mismos aparatos y ha identificado los principales síndromes; ahora comienza a conocer las enfermedades específicas. En la etapa anterior ha aprendido lo básico sobre el ser humano, tanto a nivel anatomofisiológico como psicológico, en libros y otros recursos. Ahora se trata de aprender a través de conocer a una persona que tiene una patología específica. Una nueva realidad se abre ante sus ojos.

“Lo que me parece fundamental es que empiezan a tomar contacto con una realidad distinta.” Profesor31.

Como se ha expuesto en el capítulo anterior, durante el primer año de Clínica – cuarto curso- el alumnado estudia las enfermedades, su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento. Rota por los diferentes Servicios del hospital y puede optar por ir a consulta externa, donde ‘vistarán’ con el médico a cargo, o bien, asistir a la unidad de hospitalización en donde observa y practica con profesores, médicos y residentes.

“...en la fase Clínica... hacen historias clínicas, exploración física, aprenden algunas habilidades, participan en sesiones clínicas, en seminarios, etc.” Profesor28.

“En 3º aprendes a hacer una exploración sistemática más completa. En 4º, aprendes a hacer una exploración específica y a profundizar en la historia clínica.” Alumna18-M2.

El contenido es muy extenso, por lo que también se requiere alta concentración en los estudios, además de variaciones en la organización del estudio como han señalado Prince y otros (2000). El alumnado ha de aprender casi la totalidad de las enfermedades –las más relevantes- que afectan los sistemas y aparatos de cada asignatura. Generalmente, no volverá a revisar estos contenidos en los cursos subsiguientes, sino hasta la especialidad en su caso.

“...en cuarto curso se definen las enfermedades que hay. Los estudiantes aprenden poco a poco a conocer las lesiones o los síntomas de las lesiones del sistema xxx. Primero, a través de una valoración de la topografía de las lesiones y después tratando, con los medios, de llegar a un diagnóstico etiológico y conocer las enfermedades... A partir de cuarto curso, el alumno ya ha recibido todos los conocimientos que tiene [que aprender] sobre patología del sistema xxx.” Profesor1.

El enfoque didáctico pasa a ser mayoritariamente práctico y la teoría está relacionada más directamente con la parte práctica, lo cual es altamente valorado por el alumnado, puesto que esta vinculación facilita y favorece su aprendizaje. Este cambio ha sido identificado como drástico por Prince y otros (2000).

“He notado claramente la diferencia entre primer y segundo ciclos. En el segundo la teoría va más dirigida a la práctica clínica. Tienes que saber de cada asignatura lo que sabrás al acabar la carrera y eso supone una carga impresionante de información... todo junto en una asignatura y en un sólo cuatrimestre...” Alumna9-M1.

“...se encuentran [con] que les viene un mundo muy nuevo, [en el que tienen que] dejar de ser saltadores de créditos; tienen que hacer un salto de madurez. Y esto les descoloca un poco, les da inseguridad porque a ellos les gusta mucho más que les demos unos apuntes, que les digan las preguntas y que sepan las preguntas con tres o cuatro años de previsión y saber exactamente el día del examen, a qué hora será... Yo les digo: ‘se ha acabado el colegio, esto no es un colegio’, por lo tanto tienen que estudiar...” Profesor3.

Ante estas demandas, los estudiantes deben desarrollar su razonamiento clínico, es decir, aprender a pensar articulando conocimientos, información del paciente, de pruebas complementarias, establecer un diagnóstico y orientar su terapéutica; asimismo, debe aprender a establecer diagnósticos y terapéuticas de acuerdo con las características individuales de cada enfermo, lo que supone, nuevamente, operaciones mentales superiores: análisis y síntesis.

“...la capacidad de enfocar los problemas por parte del alumno cambia radicalmente. ...en el nivel Clínico, el alumno está posiblemente más capacitado para abordar un problema e intentar integrar todos aquellos conocimientos de las asignaturas PreClínicas. Al revés es muy difícil. Puede entender un problema anatómico, de fisiología, algo de genética, pero de ahí a ver la realidad del enfermo, es muy difícil que llegue a esto.” Profesor9.

“... cada paciente es un mundo y una misma enfermedad en un paciente o en otro, puede presentar matices totalmente distintos, es decir, el estudiante ha de hacer un esfuerzo más importante, no sólo memorístico sino imaginativo, de búsqueda... de contestaciones coherentes, razonadas.” Profesor21.

Pero obtener esta información, implica también el desarrollo de las habilidades clínicas propiamente dichas, como la anamnesis y la exploración física. El alumnado ha de iniciarse en el aprendizaje de la entrevista clínica, obtener información relevante para el diagnóstico y terapéutica –Prince y otros (2000)-, sin obviar información indirecta que el enfermo vierte, como actitudes, estados de ánimo y otras de su contexto social. El estudiante puede poseer un escaso desarrollo de habilidades sociales y habrá de desarrollarlas, particularmente la empatía y la comunicación, como se ha mencionado en apartados anteriores.

“... ahí interviene la interrelación con un enfermo. Saber sacarle la información a un enfermo, saber comportarse delante de él y saber cortarlo cuando se enrolla, saber sacarle la verdad, saber cuándo te miente, saber explorar y tocarlo, y todos los aspectos que hay de interrelación con un enfermo. Eso sería lo primero, lo gordo, que se encuentran...” Profesor27.

Prince y otros (2000 y 2004), han reportado que el alumnado de Medicina de la Universidad de Maastricht consideraba contar con un adecuado desarrollo de habilidades clínicas –aquí denominadas Competencias Profesionales Específicas- al arribar al ciclo Clínico. No obstante, también reconocían dificultades para integrar los diagnósticos, así como un manejo adecuado del paciente.

Es en este ciclo cuando el alumno reconoce su objeto de estudio y formación, el enfermo y el 'hacer de médico'. Después de los "duros" primeros cursos, en el estudiante renace la motivación por la carrera, valora positivamente el cambio a la clínica, la práctica estimula su curiosidad, es "cómo si la carrera cambiara", y la asume con mayor responsabilidad y renovado interés.

"En cuarto curso... va viendo el oficio de la carrera directamente y esto es importante... Amplían su visión y toman una actitud mucho más práctica y con más interés... los estudiantes aprenden, no lo que es la Medicina, sino a 'hacer de médicos', porque saben auscultar, preguntar, esto es hacer de médico..." Profesor20.

La aplicación de los conocimientos básicos a la patología ayuda a la motivación y al ajuste del alumnado a la enseñanza Clínica.

"...cuanto más cercana esté a la patología, es mucho más útil para ellos..." Profesor5.

"Se nota un montón el cambio de 3º a 4º y la forma de estudiar te motiva más." Alumna26-M2.

"Veo diferencias entre 3º y 4º, en el enfoque, en la evaluación, en que estás sólo dos horas al día en clase y toda la mañana en el hospital. Pude ver que se necesita la teoría. Me encantó." Alumna25-M2.

De ahí que, en su opinión, el contenido sea más interesante y menos tedioso.

"En 3º vas muy poco al hospital. En 4º me gustó más, es menos aburrido, es mejor y se entiende todo mucho mejor." Alumno14-M2.

"El cambio más importante es que tenemos menos horas de teoría, te dan menos materia, pero a la vez es más bonito... está muy bien y se aprende mucho." Alumna23-M2.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, la organización de las asignaturas puede influir en la integración del conocimiento: la alternancia cuatrimestral entre teoría y práctica, deja insatisfecho al profesorado por el ajuste pedagógico que este colectivo y el alumnado, han de realizar para lograr los objetivos curriculares.

"Uno de los problemas que hay es que durante la enseñanza práctica muchas veces, el estudiante o alumno rota antes de haber hecho la parte teórica o mientras está haciendo la parte teórica. Con lo cual, el nivel de conocimientos que tiene está poco formado." Profesor7.

"Lo negativo es que te toca hacer prácticas sin haber pasado por la teoría, Y estás un poco perdido y no puedes aprovechar el tiempo que pasas en el hospital, el mes de rotación." Alumno29-M2.

Estos ajustes necesarios requieren una fase de adaptación, que algunos alumnos superan con mayor o menor facilidad de acuerdo con sus propios recursos. Algunos opinan que la mayor duración de las prácticas favorece su adaptación. Mientras que otros han comprobado que la información allegada por alumnos que ya han pasado por ello, contribuye que se adapten más rápidamente al nuevo escenario de aprendizaje. Lo anterior concuerda con los supuestos de Bronfenbrenner (1987) y

Gimeno (1997), respecto de que transitar en compañía o contar con información de otras personas que ya han transitado, contribuye a facilitar las transiciones educativas.

“Las prácticas más largas permiten adaptarte, antes no fue así.” Alumna21-M2.

“Tal como está planificado hay médicos buenos y médicos malos, y aprendes o tienes que informarte y preguntar a los [estudiantes] que ya han pasado.” Alumno13-M2.

También, Gimeno (1997) señala que la continuidad pedagógica puede ser más compleja al incluir ambientes, exigencias, normas y estímulos. En Medicina, se observa una clara discontinuidad en el cambio de escenarios: áulico a hospitalario; en las exigencias: indumentaria –bata blanca, estetoscopio, etc-; en las normas: instrucciones precisas para la atención, comportamiento con pacientes y personal sanitario, líneas de comunicación; los estímulos se incrementan al comenzar a conocer las enfermedades en un paciente real, en el tipo de estudios clínicos que se han de observar, entre otros.

Sin embargo, como todo proceso de cambio, requiere también adaptación personal e integración socioacadémica al nuevo escenario escolar donde el alumnado clama ser tratado como estudiante.

“[Es negativo] no ir identificado como estudiante” Alumno18-M1.

La importancia de la integración del alumnado en los servicios del hospital reside en que favorece su autoconfianza y seguridad para iniciar el contacto con los enfermos, lo familiariza con el entorno y el equipo médico, de tal forma que palia los efectos de la transición.

“La enseñanza Clínica, a diferencia de los cursos predecesores, pretende que haya una integración del estudiante dentro de los Servicios clínicos que conforman un hospital universitario y, en ese sentido, el cambio sustancial que se produce es que el alumno deja de estar centrado en unos capítulos básicos donde el enfermo es todavía un ser un poco extraño, y pasa a tener los primeros contactos con el paciente, y estos contactos serán tanto más fructíferos, cuanto mayor sea la capacidad que tengan los diferentes departamentos, de integración del alumno dentro de la actividad cotidiana de una Unidad Clínica.” Profesor9.

También, cabe recordar que la organización de la práctica clínica brinda al estudiante –y al profesor- la posibilidad de estrechar sus relaciones con lo que la enseñanza se hace mucho más personalizada, a favor del aprendizaje y la formación médica del alumnado.

“... en la enseñanza Clínica... la proximidad entre el médico-profesor y el estudiante es mucho más cercana y supongo que el estudiante tiende a estar mucho más receptivo y mucho más pendiente... normalmente la relación alumno-profesor es uno a uno, o dos a uno y se puede hacer una relación muy estrecha...” Profesor12.

Por otra parte, organizar la enseñanza del ciclo Clínico, implica más elementos que la del ciclo Básico, toda vez que se requiere y depende en gran medida, no sólo de los contenidos curriculares, sino del número de pacientes y sus padecimientos; del

número de profesores, médicos residentes y médicos asociados del Servicio; de la propia tipología del padecimiento, además de las instalaciones y su normativa. Por ello, la práctica clínica exige el aprendizaje de una serie de procedimientos administrativos que, al principio, también suelen ser ajenos al alumnado, por ejemplo, el protocolo del quirófano o de la visita diaria, o de la consulta externa. En las primeras semanas de la enseñanza clínica, como se ha referido en el capítulo 5, el alumnado presenta dificultades para adaptarse, lo cual confirma los hallazgos de Prince y otros (2000).

La falta de conocimientos o relaciones de apoyo en un escenario nuevo, genera sensaciones de ambigüedad que afectan diferencialmente al alumnado. Pero, a medida que se ajusta, su inseguridad y temor iniciales tienden a desaparecer y comienza a tomar parte activa de su aprendizaje.

“Probablemente, a medida que van avanzando los días, precisamente porque van conociendo mejor la rutina, lo que se le puede pedir a cada situación, es cuando se adaptan mejor. Yo creo que es un problema de tiempo, más que de dificultad en sí misma o de comprensión.” Profesor2.

“Conforme pasan los años hay quizás un mayor interés por parte del alumno, tiene más conocimientos de lo que se le va a explicar, aprovecha más, hace preguntas más interesantes y dirigidas, porque es un alumno que tiene una experiencia y unos conocimientos que no tiene el de Básica.” Profesor26.

Superar la transición, adaptarse y realizar los ajustes necesarios no es tarea fácil y, algunos estudiantes, no logran superarla exitosamente durante el ciclo escolar.

“Hace un año estaba motivado, pero cada día me gusta menos y me angustio más.” Alumno25-M1.

Pero, en opinión de un reducido sector del profesorado las dificultades que entraña pasar del ciclo PreClínico al Clínico son fácilmente superables o no existen. En líneas generales consideran que:

- El nuevo plan de estudios contempla y resuelve esta discontinuidad. La estructura del plan de estudios se integra por fases o etapas con sus objetivos propios, por lo que no es pertinente ni necesario pretender traslaparlas. Quizá se necesite más tiempo para atender adecuadamente la adaptación del alumnado.

“Yo creo que no hacen una mala transición de una fase de conocimientos muy teóricos a una fase de contacto con la realidad de pacientes y enfermedades. Personalmente, creo que con el plan nuevo, esta fase de toma de contacto con lo que es propiamente la profesión, está bastante bien resuelta, otra cosa es que dispongamos del tiempo suficiente para que sea lo bastante profunda.” Profesor10.

- El tránsito es bastante sencillo

“Este tránsito clínico de pasar de PreClínica a ver enfermos, pienso que lo tienen muy bien y muy fácil, pienso que es difícil de mejorar.” Profesor27.



- No es importante que el estudiante tenga experiencia clínica previa

“Yo creo que llegar bien preparados tampoco se puede. Tienen que llegar a cuarto de Medicina con una buena base sólida teórica de los grandes síndromes. Creo que el estudiante de tercero de Medicina todavía no tiene que saber tocar bien una barriga, o auscultar bien. Eso son cosas que se van adquiriendo en las etapas clínicas. Es importante hacer lo que corresponde a cada etapa. Y la etapa PreClínica es PreClínica y por eso se llama PreClínica, porque no hace falta que hagan Clínica. Tienen que estudiar y tienen que aprenderse bien de memoria algunas cosas... ahora en la etapa Clínica podrán ir aplicando todo esto. A mí ya me gusta que llegue virgen al cuarto de Medicina... en tres años de Clínica se puede aprender mucho... No creo que sea malo, creo que es bueno para ellos. No creo que sea importante, porque no podemos pretender que en primero de Medicina el estudiante ya empiece a tocar. Esto sería absurdo. Cada etapa tiene sus etapas (*sic*). Hasta tercero de Medicina mucho teórico; cuarto, quinto y sexto: teoría acompañada con mucha práctica y acompañada con mucha y mejor experiencia en muchas cosas, en muchas habilidades y, a partir de sexto: MIR y, después, la especialidad. No me preocupa excesivamente que los estudiantes de cuarto me lleguen sin haber tenido una experiencia clínica previa porque no la tienen por qué tener.” Profesor28.

#### *Las Asignaturas ‘Puente’*

En el ciclo PreClínico, concretamente en el tercer curso, se ubican tres asignaturas cuyos contenidos y estructura están más relacionados con la parte clínica de la enseñanza médica.

- *Semiología General y Propedéutica Clínica*
- *Fundamentos de Cirugía*
- *Anatomía Patológica*

Como se ha mencionado en el apartado 2.2.2.1 del Capítulo 2, Semiología General y Propedéutica Clínica es la asignatura con mayor número de créditos de toda la carrera; en ella el alumnado experimenta la iniciación en el quehacer médico, aprende a interrogar, a auscultar y toma contacto con pacientes reales por vez primera, superarla implica un cambio radical en la forma de estudiar. De acuerdo con su objetivo general, esta asignatura es fundamental para afrontar la enseñanza clínica del segundo ciclo.

“...la transición... se inicia en tercero y continúa en las patologías médicas en toda la enseñanza clínica posterior. Yo creo que ese tránsito hay que verlo al inicio de Semiología General... Nuestro esfuerzo es intentar convencerles [a los estudiantes] de que ha llegado el momento de la verdad, es decir, que aquello que están estudiando tiene un sentido que ellos mismos han pensado cuando han iniciado esta carrera... Por lo tanto, veo ahí un punto de transición fundamental... creo que se produce en Semiología General y no en cuarto, en patología médica. Nosotros provocamos directamente, en nuestro proceso docente, ese choque.” Profesor3.

En el caso de Fundamentos de Cirugía, las prácticas en los ambientes asistenciales de cirugía, la visita a quirófanos y la participación en talleres de curas, suturas, punciones y reanimación, brindan al estudiante un acercamiento a la atención directa del enfermo real.

“... han tenido su contacto el año anterior con la parte Clínica cuando han hecho la propedéutica de Fundamentos de Cirugía,[por lo que] en cuarto ya están más metidos en todo lo que es la enseñanza clínica...” Profesor19.

“En tercero, tanto en la parte de Semiología propedéutica, como en la parte de Cirugía, les ponemos en contacto con enfermos. Tercero se considera PreClínico en el programa y en la docencia, pero ya hay un componente de Clínica que es la Semiología. Los estudiantes trabajan con enfermos simulados, hacen historias clínicas, exploraciones a enfermos reales y, a veces, bajar a quirófano... creo que es de cierto miedo en el PreClínico con la práctica del enfermo... Al año siguiente, hacen un poco más de esto y veo un cambio de actitud ya de más responsabilidad.... un poco más maduros, más expertos en los estudios de Medicina y de más interés también... esto es sutil, quizá, pero es esto.” Profesor25.

Por su parte, en Anatomía patológica, el alumnado puede aplicar sus conocimientos bioquímicos en la identificación de enfermedades, hecho que continuará realizando a lo largo de la formación, con asignaturas de cursos superiores.

“Anatomía Patológica es una asignatura puente entre básicas y clínicas. Es clave [para que] en este periodo de cuatro meses, [entiendan] por ejemplo, cuáles son los mecanismos que producen una neumonía, cuáles son las respuestas celulares y, al mismo tiempo, puedan ver en un pulmón, cuáles son las alteraciones características de una pulmonía. Para que mediante una historia clínica y unas imágenes, puedan diagnosticar una enfermedad de una manera esquemática... [Otra parte de su contenido] ha pasado a los cursos de cuarto y quinto en forma de asignatura relacionada con cada una de las especialidades, con nervioso, con patología renal, con patología respiratoria, cardiaca, etc.” Profesor14.

Además, existen dos asignaturas cuyo contenido es transversal al currículo, es decir, se reparte a lo largo de toda la formación, con una mayor carga básica en el ciclo PreClínico; en ambos casos, los contenidos habrán de apoyar el diagnóstico y la terapéutica de las enfermedades.

#### *Las Asignaturas Transversales*

Respecto de Farmacología, puede afirmarse que es una de las asignaturas fundamentales y base del quehacer médico, pues constituye el núcleo de la terapéutica, por lo mismo, se halla implicada en todas las enfermedades contenidas en asignaturas de casi toda la formación. De ahí su carácter transversal. Sin embargo, su profesorado considera que el tiempo destinado a la misma es insuficiente para dotar a los estudiantes de las herramientas básicas para prescribir medicamentos acertados a una terapéutica.

“[Farmacología] es una materia que podría ayudar mucho a esta transición entre la parte preclínica y la clínica... Cuando se ven abocados a tener que recetar... cogen recetas prefabricadas, más que pensar farmacológicamente y esto es un *handicap* importante... de hecho lo que les falta son los conocimientos de base para estructurar sus propias ideas.” Profesor15.

Las consideraciones del profesorado de Farmacología de Bellvitge, aunadas a los hallazgos de Prince y otros (2000 y 2004), podrían sugerir una escasa o deficiente preparación en esta asignatura, junto a la de Anatomía Patológica.

En el caso específico de Radiología General y Medicina Física, los estudiantes habrán de utilizar el recurso imagenológico para establecer diagnósticos y avances terapéuticos en la mayoría de las enfermedades, por lo que su contenido también está presente en todo el currículo utilizando la actual gama de tecnología aplicada. Por lo que atañe a Medicina Física, se trata de que el alumnado conozca y utilice todos los recursos actualmente disponibles para la rehabilitación de personas con secuelas de diferentes enfermedades, por lo que también se corresponde con contenidos de diversos cursos.

“...Tenemos unas clases en la parte PreClínica, en las que explico las bases del tratamiento con radiaciones, radiobiología, radioprotección. Y luego en la parte Clínica, de manera integrada con unos compañeros de Cirugía y de Medicina, ellos explican algún tumor, algún cáncer. El último día les explico cómo se hace la radioterapia de este tumor. Participamos en la parte PreClínica dando la visión general de la asignatura y, en la parte Clínica, el cómo aplicamos la radioterapia en los diferentes cánceres.” Profesor23.

“Radiología y Medicina Física reúne conocimientos y procedimientos físicos para tratar de hacer un diagnóstico o un tratamiento como son: el radiodiagnóstico, la medicina nuclear, la radioterapia y la rehabilitación... materias bastante diferentes.” Profesor24.

Como es evidente, estas asignaturas constituyen un “puente” entre los ciclos PreClínico y Clínico de la formación médica. Sus contenidos teóricos y prácticos relacionan, a su vez, contenidos entre materias de ambos ciclos, entre la ‘normalidad’ del organismo y sus patologías; vinculan el aprendizaje mediante textos y mediante un paciente real; y utilizan escenarios clínicos para su desarrollo. Conforman, así, una fuente de recursos facilitadores de la transición PCI-CI. Baste un testimonio para reconocer este potencial.

“No hay mucha diferencia entre 3º y 4º. Semiología y Fundamentos de Cirugía se parecen bastante. No me ha costado adaptarme y me ha gustado.” Alumno11-M2.

#### *Diferencias relevantes en la Transición curricular*

De acuerdo con el profesorado entrevistado, las principales diferencias entre los periodos PreClínico y Clínico que afectan el aprendizaje de los estudiantes de Medicina, residen en:

**Cuadro 26. Principales diferencias de la Transición PCI-CI**

	<b>PreClínico</b>	<b>Clínico</b>
<i>Contenidos</i>	Más declarativos y particulares	Más procedimentales y contextuales
<i>Enfoque pedagógico</i>	Más teórico	Más práctico
<i>Metodologías docentes</i>	Más expositivas Menos participativas Sin contacto con paciente real	Más demostrativas Más interactivas En contacto con paciente real
<i>Procesos cognitivos</i>	Más memorísticos	Más reflexivos e integrados, orientados hacia el razonamiento clínico
<i>Escenarios</i>	Aulas y laboratorios	Aulas y Salas de Hospital o Consulta Externa

Estas diferencias coinciden con las detectadas por Prince y otros, (2000).

*Sugerencias para facilitar la Transición curricular PCI-CI*

Una vez establecida la dificultad que entraña la superación de la transición, las consideraciones al respecto por parte del profesorado, se inclinaron hacia:

- Favorecer la comunicación del profesorado de ambos ciclos

“Primero, favorecería la interconexión entre los profesores de básicas y los profesores de clínicas, esto me parece fundamental; que los profesores de básicas sepan los requerimientos que tenemos los clínicos y que los clínicos sepamos un poco qué es lo que se está haciendo en este momento en las básicas.” Profesor1.

- Revisar el plan de estudios actual

“[Sería necesario] cambiar el plan de estudios.” Profesor26.

“...si pudiéramos tener la asignatura en un año eso sería un progreso. Ahora, en el plan de estudios esto debería perseguirse, porque si tuviéramos más tiempo para hacerlo, [la transición PCI-CI] se viviría con menos tensión... eso sería una mejora.” Profesor3.

- Enfatizar el enfoque clínico en todas las asignaturas, integrando la enseñanza desde cursos iniciales

“... plantearía en todos los cursos y en todas las asignaturas las bases clínicas como fundamento del desarrollo de la asignatura, el examen práctico y lo que fuera necesario...” Profesor17.

“...[lo mejor sería] una enseñanza más integrada, que cuando se hable de fisiología del aparato xxx, saber introducir un poco la clínica. De patología y de clínica desde primero en adelante más fácil [pasar la transición PCI-CI].” Profesor20.

- Adoptar el enfoque didáctico de la enseñanza basada en solución de problemas desde los cursos Preclínicos

“... intentaría hacer una enseñanza integral en el que anatomía, fisiología y patología se enseñaran juntas. En módulos de trabajo activo, por problemas.” Profesor18.

- Reestructurar la enseñanza práctica y redefinir sus objetivos

“... en primer lugar, redefinir otra vez los objetivos de la rotación. Esta redefinición comporta muchas cosas, posiblemente tener que ajustarse con el tiempo, integrarse en trabajos extras, potenciar algunas actitudes que sean muy personales de algún alumno, y redefinir cómo se va a evaluar todo eso.” Profesor9.

“Creo que el contacto con el paciente tendría que ser desde el primer curso y no en el tercero.” Alumna9-M1.

- Organizar las prácticas en grupos reducidos promoviendo un aprendizaje personalizado.

“Creo que es fundamental el acomodamiento de las prácticas. Lo ideal sería grupos más reducidos, más profesores involucrados en las prácticas y reducir las clases teóricas... Si yo tengo 2 alumnos y les tengo que dedicar cuatro horas, aprovecharé mucho más porque me podrán preguntar. Entonces, grupos reducidos y más tutores involucrados para poder practicar mejor una asistencia personalizada.” Profesor25.

- Establecer un sistema de tutorías a lo largo de la licenciatura, tanto de profesores como entre pares *-peer tutoring-*, de cursos posteriores sobre cursos iniciales

“...Que cada estudiante tuviera un tutor, esto sería muy bueno.... Un tutor a nivel personal, que quizá pudiera ser el mismo durante toda la carrera o durante el periodo PreClínico y luego otro en Clínico... quizá pudiera ser el que un estudiante de PreClínica tuviera como referencia a un estudiante del periodo Clínico, que el joven tuviera también de referencia a un estudiante que ya estuviera en las fases casi finalizando la carrera, un poco para hacerle ver cuáles pueden ser los problemas o las reacciones...” Profesor10.

- Desarrollar programas prácticos de introducción al hospital desde primeros cursos.

“Me parece importantísimo que hagan muchísimas más prácticas en los cursos previos. Las Básicas deberían estar llenas de alumnos con los cuales se manejara la gran mayoría de las labores administrativas. Es importante saber cómo funciona el hospital, tener la experiencia del manejo del hospital. Esto se debería hacer en primero, ir ocupando diversos puestos en el hospital en los tres primeros años; [así], cuando llegasen a los años clínicos podrían entender mejor, sabiendo en qué consiste la estructura organizativa de un hospital, los departamentos que tiene, qué se solicita, en qué sitios, cómo se hace, y aprovechar muchísimo mejor la experiencia que van a vivir en un tiempo muchísimo más corto.” Profesor2.

No obstante, entre el profesorado también hay quien duda de la factibilidad de estrategias facilitadoras de la transición PCI-CI.

“El que la fase PreClínica esté menos separada de la Clínica y que pueda seguir un ritmo ascendente, organizado, como debe de ser, yo no sé si es tan fácil, igual sí... pero es difícil de solucionar. Otra cosa es que en la fase PreClínica, se impartan algunas asignaturas que puedan influir al alumno, para que luego en la fase Clínica vaya en otra disposición, o mejor preparado.” Profesor31.

Estas sugerencias coinciden con las aportadas para la mejora del currículo actual, descritas en el apartado 5.1.2 del Capítulo 5; particularmente en la progresión hacia una enseñanza más integrada, mediante la adopción de un enfoque clínico desde los primeros cursos y un mayor peso de la práctica. Asimismo, se observa una coincidencia en la pertinencia de contar con un sistema de tutorías que favorezca la enseñanza personalizada en pequeños grupos; e igualmente se apuesta por una mayor implicación del alumno en su aprendizaje, mediante una participación más activa en las labores cotidianas de los Servicios hospitalarios.

Resumiendo, el paso del PreClínico al Clínico implica una discontinuidad curricular, en la que destacan más que la continuidad entre contenidos, diferencias en metodologías docentes, escenarios educativos y relaciones de apoyo; todo lo cual demanda al alumnado ajustes cognitivos, afectivos y comportamentales, expresados en:

- Adaptación a un nuevo escenario de aprendizaje
- Desarrollo de habilidades del pensamiento
- Contacto adecuado con enfermos: como medio de aprendizaje y como personas
- Superación del temor a experiencias desconocidas
- Desarrollo de habilidades sociales

### 7.2.2 Sucesos de la Transición PCI-CI que impactan la formación médica

De acuerdo con el marco teórico conceptual y las dimensiones de análisis, las 20 situaciones identificadas en la transición PCI-CI como de impacto en la formación, conformaron la subescala Sucesos. La Tabla siguiente presenta los resultados obtenidos por el alumnado sobre su valoración de los Sucesos propios de la Tr. PCI-CI.

**Tabla 35. Sucesos de la Transición PreClínico-Clínico con impacto en la formación<sup>86</sup>**  
(Promedios y desviaciones estándar. N = 43)

<i>Sucesos</i>		<i>M</i>	<i>S</i>
Estructura Curricular de la Enseñanza Clínica	El conocimiento de las enfermedades	3.58	.587
	La supervisión clínica de tus profesores	2.65	.720
	La relación con los médicos residentes	3.23	.649
	La rotación por las clínicas y servicios	3.35	.686
Trabajo del Médico	El trabajo de lo(a)s médico(a)s	2.93	.737
	La intervención médica oportuna	3.29	.673
	La recuperación de la salud con el tratamiento	3.58	.545
Relación con Pacientes	La relación con lo(a)s pacientes	3.47	.631
	Afrontar creencias religiosas, morales y éticas del paciente	2.49	.910
	El contacto con la familia de lo(a)s pacientes	2.72	.666
Sucesos Con Impacto emocional	La presencia de enfermos crónicos/terminales	2.79	.773
	La presencia de una urgencia vital (riesgo)	3.16	.843
	La presencia del dolor físico	2.81	.906
	La presencia del dolor emocional	2.70	.887
	El fallecimiento de pacientes	2.55	.993
Doble y Triple rol	Tu doble rol como estudiante y profesional en la Clínica	2.72	.826
	Saber que el paciente es: una <i>persona</i> que necesita sanar; un <i>medio</i> para tu aprendizaje y un <i>sujeto</i> de investigación	3.07	.961
Otros	La incertidumbre en la práctica profesional	2.19	.958
	Tu inseguridad profesional ante la enfermedad	2.07	.936
	El ambiente y cultura del hospital o consulta externa	2.84	.785

Los sucesos con el impacto más positivo fueron el Conocimiento de las enfermedades y la Recuperación de la salud con el tratamiento. Por otra parte, el suceso con el impacto menos positivo fue la Inseguridad profesional ante la enfermedad. Los hombres consideraron más positivo para su formación el impacto de:

<sup>86</sup> La valoración del impacto va de 1= Nada positivo; 2= Algo positivo; 3= Bastante positivo y 4= Totalmente positivo.

la Relación con los residentes ( $z = 2.00$ ;  $p = .045$ ) y el Fallecimiento de pacientes ( $z = 2.62$ ;  $p = .009$ ), que las mujeres. Por su parte, ellas valoraron como más positiva la recuperación de la salud con el tratamiento ( $z = 2.04$ ;  $p = .041$ ). El grupo de mayor rendimiento académico consideró más positiva la Relación con los pacientes ( $z = 2.46$ ;  $p = .014$ ).

Como se expuso en los Capítulos 3 y 4, en el análisis factorial de los 6 conjuntos de Sucesos, se observaron dos componentes que explicaron el 66% de la varianza:

**Tabla 36. Componentes implicados en los Sucesos de la Tr. PCI-CI, con impacto en la formación**

Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>

	Componentes	
	Quehacer del Médico	Incertidumbre profesional
Trabajo del Médico	,832	
Estruc. Curric. Enseñ. Clínica	,815	
Ambiente y Cultura Hospitalaria	,717	
Doble rol estudiante y triple rol paciente	,678	
Sucesos c/ impacto emocional	,651	
Relación con pacientes	,512	
Inseguridad Profes. ante enfermedad		,877
Incertidumbre en práct. profesional		,806

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

En el caso de las entrevistas al profesorado y las encuestas al alumnado, la tabla siguiente muestra cómo se distribuyeron las temáticas sobre los *Sucesos*, tanto entre los profesores como entre los alumnos. El número máximo de alusiones por persona fue: 7 veces en el profesorado; 12 en el alumnado, M1; y tres en el alumnado, M2.

**Tabla 37. Temáticas aludidas sobre Sucesos que impactan en la Transición PCI-CI (Frecuencias y Porcentajes)**

Temas	Profesorado N = 29		Alumn. M1 N = 23		Alumn. M2 N = 15	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Estructura de la enseñanza	28	30.8				
Trabajo del Médico	09	10.0	12	13.0		
Alumno frente al Paciente	14	15.2	14	15.0	05	20
Ambiente Hospitalario			04	5.0	05	20
Impactos	40	44.0	61	67.0	15	60
<b>Total</b>	91	100.0	91	100.0	25	100

Ver nota al pie<sup>87</sup>

En la tabla 37 puede observarse que tanto para el profesorado como para el alumnado, la temática más frecuente es la experiencia de la transición referida a partir, precisamente de los impactos que sobre la misma tienen diversos sucesos, cuya descripción se presenta a continuación.

<sup>87</sup> Profr. = Profesores

A-M1 = Alumnos en Momento 1

A-M2 = Alumnos en Momento 2

*Estructura de la Enseñanza clínica*<sup>88</sup>

Bajo este rubro se abordaron los principales sucesos inherentes a la estructura del currículo clínico, pero desde el punto de vista de cómo estos sucesos impactan la formación del estudiante. Por tanto, aquí se destacan el Afrontamiento de la Clínica y la vivencia de sus Primeras Experiencias Clínicas.

El Afrontamiento de la Clínica alude a una situación de primordial trascendencia en la Transición PCI-CI: la forma en que el alumnado enfrenta la nueva situación académica en una sala de hospital o el gabinete de un ambulatorio. Coincidentemente con los hallazgos de Prince y otros (2000), esta vivencia comporta para los estudiantes: una expectativa de incertidumbre; un deseo por conocer cómo se ejerce la Medicina; y un temor al contacto con el primer paciente; ante quien se presentan poco preparados:

“... En tercero han hecho alguna rotación por Servicios pero son cosas muy puntuales y prácticamente llegan bastante *peces* en cuanto a Clínica... han hecho grandes síndromes y saben una serie de cosas, pero se les nota que todavía les falta un poco de Clínica y de haber visto pacientes...” Profesor28.

“...es difícil que un chico venga con una preparación suficiente para hacer una exploración física. Están temerosos.” Profesor18.

Se afirma que, no obstante haber tenido alguna experiencia introductoria en tercer curso, la experiencia clínica inicia propiamente en cuarto, donde la principal fuente de la competencia está en atender enfermos.

“Unos de los grandes retos que tiene el alumno, es saber a ciencia cierta que será capaz, por lo menos, de identificar el problema clínico... la trascendencia es enorme y esto agobia un poco al alumno, porque además, sabe que cada vez queda menos tiempo para enfrentar al paciente; cada vez es más necesario vivir las experiencias con el paciente, hacer las rotaciones completas...” Profesor9.

Por tanto, para el alumnado implica un cúmulo de nuevas experiencias académicas, sociales y personales. Se trata de afrontar el reto de “hacer de médico”, presenciar y practicar intervenciones médicas supervisadas, tanto de profesores titulares, adjuntos, residentes, otro personal sanitario, como de ellos mismos en menor medida. Su iniciación implica comenzar a empaparse de la ‘jerga’ técnica médica, en entrevistar a pacientes reales, conociendo sus comportamientos y reacciones, aprendiendo cómo solventar diferendos con ellos, entre otras experiencias significativas.

“ [He sentido] satisfacción [al] entender el lenguaje médico con todos sus tecnicismos.” Alumna11-M1.

“[He observado] empatía del doctor con el paciente y familiares, al informar sobre un diagnóstico de un mal pronóstico... [Y la] resolución de situaciones complejas en el trato con pacientes descontentos o con conductas inapropiadas.” Alumna18-M1.

---

<sup>88</sup> Los hallazgos referentes a esta categoría han sido integrados en el apartado 7.2.1 sobre la Tr. Curricular, por su mayor vinculación temática.



Por su parte, las Primeras Experiencias Clínicas resultaron altamente valoradas por el alumnado. Varios fueron los elementos que los estudiantes destacaron en su primer cuatrimestre del primer curso de Clínica:

- Los nuevos conocimientos están directamente relacionados con la función médica de curar, posibilitando la aplicación del conocimiento teórico.

- Permite ‘hacer de médico’ y contactar con los pacientes

“En general, considero positivo y totalmente necesario hacer prácticas en el hospital, porque es donde realmente se aprende...” Alumna14-M1.

- Permite conocer el funcionamiento del hospital en su conjunto y, en particular, de los quirófanos

“[Lo más positivo] Contacto con el ‘mundo’ hospitalario: relación con pacientes ‘reales’, diagnóstico de enfermedades, contacto con la medicina ‘real’.” Alumna14-M1.

- Propicia la visualización del futuro profesional mediato a través de la relación con los residentes.

“...Y hacer un poco lo que hace un residente (en este primer cuatrimestre).” Alumna9-M1.

- Una ‘buena’ EC depende también de un profesorado motivador y personal sanitario acogedor

“Mi experiencia durante este cuatrimestre ha sido muy positiva. Incluso me ha pesado terminar los períodos de prácticas, ya que me he integrado bien y he recibido mucho apoyo y atención.” Alumno28-M1.

- Palia la discontinuidad pedagógica entre el ciclo PreClínico y el Clínico.

“La verdad es que me ha gustado mucho y me ha ayudado mucho para saber realmente qué es la Medicina... Pienso que se tiene que hacer...” Alumno24-M1.

Después del segundo cuatrimestre, cuando ambos subgrupos académicos habían pasado por la parte teórica y la práctica de las asignaturas, pudieron constatar que la experiencia clínica vino a reforzar su compromiso vocacional, modificando sustancialmente sus valores y creencias acerca de la profesión, tal como previó Parkes (1971). Las vivencias a lo largo de cada rotación tienen, generalmente, un impacto positivo en el alumnado y por tanto mayor satisfacción y motivación por los estudios (Prince y otros, 2000). Entre los aspectos destacados están:

- El primer contacto específico con las diferentes especialidades del curso.

“Lo más positivo, en general haber entrado más en el ámbito clínico y haber profundizado en cada especialidad.” Alumna4-M2.

- La estrategia docente a través de sesiones clínicas, seminarios y prácticas diversas a la par de una disminución sensible en las horas de clase en aula, también es una experiencia muy apreciada.

- Convivencia en el hospital con todos sus integrantes.

“Lo mejor ha estado en la práctica, en los contenidos, en la manera de evaluar casos prácticos. Está bien trabajar con un paciente y estar con los residentes.” Alumna8-M2.

- El conocimiento nuevo, a pesar de que pueda provenir de una experiencia lamentable.

“Lo más positivo fue que pude ver muchos infartos... Me sorprendió que -una chica con lupus quería quedar embarazada- una alegría tan grande pueda suponer un problema más grande aún.” Alumna25-M2.

El hecho de que la experiencia clínica pueda resultar positiva o negativa para el alumnado dependerá en gran medida del profesorado a cargo y, en menor medida, de las condiciones y circunstancias presentes en el servicio médico durante el mes que el estudiante realiza su práctica. Así, en un Servicio sobrecargado de trabajo asistencial, el personal tendrá otras prioridades antes que acoger al alumnado e integrarlo. Se evidencia, así, la necesidad de una figura o tutor responsable exclusivamente del alumnado rotante.

“En clase casi no se habla de la experiencia clínica, porque apenas hay tiempo. Durante las prácticas tampoco es mucho mejor...” Alumna15-M1.

También es probable que al principio del cuarto curso, exista una fase en que no reciben apoyo alguno –estructurado didácticamente para tal objetivo-. Esta fase inicial podría estar afectada por tres situaciones:

- El desconocimiento específico del nuevo escenario, aun cuando ya hayan “conocido” el hospital en la asignatura de Semiología en tercer curso.

“Los primeros días de Clínica vas perdido y luego, ya te adaptas.” Alumno9-M2.

- La enseñanza alternada de pasar primero por práctica en el primer semestre y luego por la teoría de enfermedades de un sistema o aparato.

“El curso ha sido duro para mí, porque hay un cambio importante.” Alumna21-M2.

“En general este año ha sido muy duro.” Alumna23-M2.

- Y, la falta de una implicación precisa en las tareas hospitalarias, limitándose a observarlas.

“Lo más negativo que me faltó implicarme más, saber hacer más cosas y no sólo mirar.” Alumna8-M2.

Lo anterior hace que este primer curso clínico sea un año escolar calificado como ‘duro’, en el sentido de que la adaptación no ha sido fácil para los estudiantes, aunque reconocen que el contenido es más interesante y motivador que en los cursos

precedentes. Lo anterior coincide con Prince y otros (2000), quienes sostienen que los primeros meses del ciclo clínico, comportan dificultades para el alumnado.

No obstante que la aplicación de las encuestas al alumnado se realizó en dos momentos diferentes –al final del primer cuatrimestre y casi al término del segundo-, no se observaron diferencias sustanciales en cuanto a las vivencias referidas. Antes bien, los testimonios reflejaron una experiencia similar mayoritariamente positiva y estimulante, salvo cuestiones puntuales sobre la organización de la enseñanza. Por tanto, puede afirmarse que, con excepción de la circunstancia de la alternancia cuatrimestral entre las enseñanzas teórica y práctica, la experiencia clínica y su afrontamiento conforman el cambio curricular de mayor impacto en la formación médica.

De acuerdo con Schlossberg (1984), el afrontamiento de la clínica es una situación prevista, puesto que se anuncia desde la experiencia inicial en el tercer curso. Tal previsión indicaría un mayor nivel de conciencia y, por ende, una preparación cognitiva, afectiva y actitudinal para superar los impactos de la experiencia clínica. Sin embargo, cómo se deriva de las intervenciones de alumnado y profesorado, aún quedan huecos psicopedagógicos por atender. Los siguientes apartados dan cuenta de esta situación.

#### *Trabajo del Médico*

De manera similar a lo expuesto en el apartado 7.1.1 sobre el Ejercicio profesional, el contacto directo con el quehacer médico, además de tener un efecto profesionalizante, conlleva impactos de naturaleza sociocognitiva. La profesión inicia su desarrollo en la medida en que el alumnado aprende nuevos conocimientos a través de un proceso/escenario socializador. A lo largo de este análisis, se ha establecido que el quehacer del médico se pone de relieve justo al iniciar el ciclo Clínico. El alumnado no sólo porta ya una bata blanca, sino que ahora puede interrogar y tocar a esa persona, el paciente, que espera le ayude, le cure.

“...entran en contacto con personas que tienen algún problema y que esperan que tú, médico, o estudiante que aprende a hacer de médico, se los resuelva.” Profesor10.

Esto es Medicina, a decir del profesorado entrevistado. Ante esto, el alumnado toma conciencia de la responsabilidad que comporta el tratar con un paciente e intervenir para lograr su bienestar.

“Creo que el principal impacto, como también lo fue para mí, es aceptar y disfrutar la lección de Medicina, porque es cuando realmente ellos pueden entender lo que es la carrera de médico. Cuando están en contacto con el enfermo, con un hospital, o un ambulatorio, en una consulta o entran en una habitación y ven un enfermo... y llevan una bata... les decimos ‘explora, cúrale, dale un punto’, en Cirugía, esto es Medicina. Estudiando Farmacología o Anatomía, lo ven más distante.” Profesor25.

“...el estudiante se da cuenta que existe una gran responsabilidad cuando se toma una decisión de determinadas características, que puede poner en riesgo la vida del paciente.” Profesor18.

Presenciar y/o participar de la totalidad del acto médico, no siempre es posible para el alumnado debido a la organización de la enseñanza clínica que destina horarios determinados a clases en aula y hospital. Algunos profesores procuran un acercamiento gradual a los enfermos y sus patologías, con el fin de que los estudiantes visualicen el proceso completo de la intervención médica.

“... procuro mostrar enfermos con la parte positiva. Sobretudo al principio. Es decir, ‘esto es un hemipléjico, fíjense, no podía hacer nada, estaba en la cama, no podía moverse y miren, han pasado ocho días y ya es capaz de ponerse de pie, todavía no camina bien, pero el fisioterapeuta le está haciendo tal’, para que vean que indudablemente hay un problema grave o físicamente muy importante, pero que puede tender a la mejoría.” Profesor1.

En opinión del alumnado, el experimentar el oficio les genera motivación y satisfacción, particularmente al ser partícipes del proceso. También, el hecho de presenciar cómo el paciente supera una dolencia grave, les motiva y reafirma su compromiso con la profesión elegida.

“[He sentido] motivación al poder curar y mejorar la calidad de vida de los pacientes.” Alumna11-M1.

“Vivir la evolución de una paciente que de estar casi terminal, supera su enfermedad y se cura.” Alumno29-M1.

La falta de preparación psicopedagógica para esta circunstancia o de las particularidades psicológicas que habrá de presenciar trae como consecuencia un choque frontal con el quehacer médico y sus detalles.

“... ver como dan pronósticos malos a los pacientes o familiares.” Alumno29-M1.

“Una mujer que se hizo cirugía xxx llegó en un estado de desnutrición muy importante (¿qué hace la sociedad?, porque ella no [cumplía] criterios para esta cirugía).” Alumna16-M1.

“Un impacto negativo me lo dio un vagabundo que estaba muy mal en xxx. Tengo presente su cara cuando explicaba cosas que yo no entendía mucho, tenía cáncer y no quería que se lo dijeran a su familia.” Alumna25-M2.

Como han señalado Schlossberg (1984) y Nicholson (1990), la fase previa al acceso al escenario nuevo –profesional- implica una Preparación, durante la cual el alumnado ha generado diversas expectativas y motivaciones, o temores, con base en sus presunciones, el conocimiento de sus recursos, o en contactos previos con alumnado de cursos superiores; por tanto, tal preparación habría de generar mayor confianza en el afrontamiento.

Sin embargo, puede observarse que los estudiantes han referido diversos escollos y dificultades para ajustarse a la nueva situación, los cuales se aprecian susceptibles de paliar mediante una acción tutorial personalizada o de pequeño grupo, orientada a reflexionar sobre la trascendencia de esta experiencia dentro de su formación, elucidar dudas acerca de las reacciones de los pacientes y de sí mismos, y a identificar recursos propios y externos de apoyo.

*Incertidumbre en la práctica profesional y la inseguridad personal ante la enfermedad*

Entre los sucesos o situaciones que más afectan al alumno de Medicina y, posteriormente, aunque en menor medida, al médico, están la incertidumbre con que se ejerce de médico, es decir, la ausencia de garantía total de poder curar una enfermedad o de poder identificar con total precisión un padecimiento. El profesional de la Medicina ha de ir desarrollando tanto una confianza personal en sus propias capacidades para diagnosticar y tratar, como una confianza en su profesión y los recursos de esta para sanar a las personas; mientras este desarrollo esté menos avanzado, el profesional será más susceptible a sentirse inseguro de su proceder y, por lo tanto, de ejercer con tino su oficio.

Por ello, no es menos importante que, al afrontar el trabajo real del médico, ante situaciones en que se pone en cuestión la eficacia de la Medicina, el alumnado puede llegar a manifestar desánimo, rechazo e impotencia, no sólo hacia la profesión sino a sus profesionales.

“Impotencia ante los enfermos de cáncer no curable, sabes lo que tienen pero eres incapaz de curarlo.” Alumna11-M1.

“Ver que hay médicos que creen que los pacientes son como máquinas a las que hay que reparar, olvidando que son personas. Hay gente que no ve enfermos sino sólo enfermedades.” Alumna14-M1.

“Rechazo a veces” Alumno27-M1.

Desde su posición como estudiantes, la incertidumbre se incrementa con la falta de objetivos didácticos claramente establecidos en las prácticas clínicas, como sostienen Prince y otros, (2000). Este proceso ameritaría una atención especial desde un enfoque pedagógico, formativo, cuyo espacio puede ser la tutoría personalizada.

*Alumno frente al Paciente*

Afrontar a un enfermo real, para un aprendiz de médico, puede ser el suceso más relevante y de mayor impacto de la formación, pues se trata de una persona que necesita su ayuda y que puede no pensar como él o ella. A la vez que espera ser sanada y atendida por él, es su objeto de aprendizaje y colabora en ello. Así, en opinión del alumnado, se establece una relación especial en que cada uno aporta algo que el otro necesita y ambos suelen agradecerlo.

“...Hablar con los pacientes, preguntarles por sus síntomas... es la parte más impresionante de estar en el hospital.” Alumna14-M1.

“[Valoro] pensar que el paciente puede estar agradecido” Alumno19-M1.

El encuentro personal con el primer paciente marca un hito en la formación del alumnado. No es más una enfermedad, sino una persona que sufre y demanda su ayuda, con la cual puede identificarse o relacionar con alguien cercano.

“El primer impacto es tener un señor o una señora delante que, a lo mejor, se parece a tu padre y tener que interrogarle y preguntarle cosas, a veces íntimas, y luego tocarle arriba y abajo.” Profesor27.

“... En situaciones en que el paciente está presente les impacta más, porque correlacionan problema y paciente. No es un problema médico sino que es un problema que está en Fulanito de tal, tiene nombre y apellidos.” Profesor5.

Entonces, según el profesorado, el alumnado puede reaccionar con retraimiento y distancia por inseguridad o temor.

“[La reacción es de] de distancia. En general, ellos adoptan con nuestros pacientes una actitud de distancia. Es un mundo difícil de abordar y entonces, por ejemplo, en el pase de visitas, si tienen que preguntar alguna cosa, adoptan una postura un poco de distanciamiento respecto de algún problema. Como si fuera absolutamente inabordable. Insisto, en xxx.” Profesor2.

Este primer encuentro casi siempre es acompañado. El estudiante se presentará e iniciará el interrogatorio, debiendo obtener información relevante para un posible diagnóstico.

“Desde el punto de vista del estudiante, lo primero es el choque de no leer la cosa en un libro, sino tener un señor delante y saber hacerle hablar.” Profesor27.

Conforme se realizan entrevistas e historias clínicas, se va ganando confianza y habilidad. El resultado de este afrontamiento casi siempre es de incremento en la motivación y en el compromiso con la carrera, además de reafirmar la vocación.

“Me he encontrado con estudiantes que quizás estaban totalmente desmotivados y que han recuperado la ilusión con los pacientes y a veces con los propios profesores.” Profesor3.

“... Si tú eres amable, los pacientes se explayan más y es más satisfactorio.” Alumna23-M2.

#### *Doble rol del estudiante ante el triple rol del paciente*

La vivencia clínica permite experimentar al estudiante un reto personal: actuar como estudiante porque lo es, pero a la vez, como médico en formación ante un paciente. En ese momento empieza a ejercer la profesión, comienza a comportarse como médico tanto a nivel cognitivo como actitudinal; mediante esta relación, el paciente se convierte en el objeto de estudio y aprendizaje del estudiante, de hecho, cuanto más pacientes atiende, aprenderá más sobre su profesión. Si, además, el paciente presenta un padecimiento raro o difícil de superar, su tratamiento le implicará participar en protocolos de investigación, con lo que también jugará el papel de sujeto de investigación.

El asumir esta doble-triple participación no es una cuestión sencilla para el alumnado que, apenas llegado del ciclo Básico, donde se conduce y lo tratan como estudiante, es invitado a adoptar un comportamiento y conminado a ejercitar un

razonamiento de carácter profesional, si bien es cierto que sin responsabilidad directa. Los alumnos y alumnas a quienes se les dificulta más esta adaptación, suelen no aprovechar al máximo las situaciones de aprendizaje que la experiencia clínica provee, por lo que se hace necesario un enfoque didáctico integrador con estrategias psicopedagógicas que le favorezcan la asunción de roles tan especiales. Los estudiantes son conscientes de esta demanda, valorándola como una situación bastante positiva para su formación. A diferencia de lo reportado por Prince y otros (2000), en Bellvitge no se advierten sentimientos de culpabilidad por ‘usar’ al paciente como medio de aprendizaje.

“[Valoro positivamente] la paciencia de los pacientes con los estudiantes” Alumna11-M1.

Sensible y en una fase inicial de su formación médica, el estudiante puede llegar a resentirse por el trato inadecuado que sus profesores, otros médicos, residentes o personal sanitario den a los enfermos, el que puede parecerle frío, inhumano o desconsiderado.

“En algunos casos en que crees que hay una actitud poco humana con el paciente reaccionas con sorpresa y rechazo.” Alumna6-M1.

“Algunos adjuntos y residentes presentan gran frialdad respecto al enfermo y a los familiares y a veces no tienen mucho en cuenta sus sentimientos.” Alumna5-M1.

“Ver cómo dan pronósticos malos a los pacientes o familiares. Indignación” Alumno29-M1.

Si se acepta que una competencia profesional esencial en Medicina es la Relación Médico-Paciente, como se ha concluido en el apartado 5.4.2.1 del Capítulo 5, también ha de señalarse que su desarrollo está profundamente vinculado al Afrontamiento y primeras experiencias de la Enseñanza Clínica. Esto quiere decir que en Medicina, el aprendizaje real de la profesión ocurre *in situ*.

Nicholson (1990), ha postulado que la persona que transita a un escenario en donde habrá de jugar un rol distinto al precedente, puede optar por una estrategia de afrontamiento de la transición, sea de desarrollo personal: modificando sus propios marcos de referencia y valores, o bien, de desarrollo del rol, intentando adaptar las exigencias a sus propias capacidades. En este caso, los testimonios del alumnado y profesorado indicarían que el estudiante se inclina por la estrategia de desarrollo personal, absorbiendo y asimilando las exigencias y características del rol de profesional de la Medicina, habida cuenta de la alta estructuración del escenario clínico.

Pero, también se observó que algunos estudiantes con mayor iniciativa, actitud abierta y mayor rendimiento, reportaron mayor aprovechamiento de la experiencia. Lo cual induce a pensar que la estrategia de Explorar –Nicholson, 1990-, posibilitaría fomentar de forma significativa el desarrollo de las competencias profesionales específicas, concretamente, las clínicas. Lo anterior también coincide con la propuesta de Baubion-Broye y Hajjar (1998), en el sentido de que la persona –estudiante- tiene la capacidad de no permanecer pasivo ante las exigencias externas, es decir, que puede y debe ejercer un papel activo ante las condiciones estructurantes de la enseñanza clínica actual.

### *Impactos emocionales*

En opinión del profesorado, durante el periodo PreClínico casi no hay ocasiones de presenciar sucesos con impacto. Incluso en las asignaturas ‘puente’, los profesores sostienen que se da un escaso contacto del alumno con pacientes, además de que éste siempre va acompañado del médico a cargo o el residente.

“Quizás no tenemos tiempo de percibirlos porque el periodo es corto, es novedad y tampoco se les exige que tengan que sufrir las inclemencias de tratar según qué problema... en esta asignatura la viven como un poco a distancia, no son los responsables directos y no creo que tenga una gran repercusión.” Profesor3.

“Si presentásemos un video o cosas de operaciones, o de grandes quemados, sí, pero ver una mamografía no emociona a nadie... una radiografía tampoco suele impactar demasiado, a no ser una fractura ósea muy espectacular, pero lo demás, a la gente la deja bastante igual.” Profesor26.

“... los estudiantes, todavía tienen muy poco contacto con la Clínica y se comportan más como personas normales [*sic*]... [Reacciones] no de temor, pero cuando se ve un individuo con una parálisis severa o un doble amputado -cosa muy lamentable-, o individuos que no son capaces de moverse ni de hablar, son situaciones que impactan a todo el mundo y los estudiantes no dejan de ser unos críos que no han tenido demasiada ocasión en su vida de entrar en contacto con estos pacientes.” Profesor16.

Pero es en el periodo Clínico que inicia en cuarto curso, cuando afrontan por primera vez varios sucesos y situaciones: un paciente grave, un deceso, el dolor físico o emocional, o una intervención quirúrgica.

“... el cuarto curso es un cambio radical para el estudiante de Medicina... está muchas horas al lado de la cama del paciente, ven sufrir al paciente, entonces es su primera sacudida...” Profesor20.

Esto se experimenta al tratar con enfermos cuyo padecimiento es crónico o terminal, al comunicar pronósticos fatales al paciente o a su familia, al asistir a una intervención urgente en la que existe riesgo para la vida y, finalmente, al presenciar el deceso de los pacientes, producto de condiciones traumáticas, de padecimientos terminales o en la propia intervención médica.

La enfermedad o el dolor físico o emocional están asociados al sufrimiento humano y al ser estos la materia de trabajo del médico, pudiera creerse que la formación les preparara para afrontarlo. No es el caso en estricto sentido. Al menos así lo considera un amplio sector del profesorado entrevistado. Aunque sostienen que con la práctica constante las dificultades para afrontar el dolor humano se logran superar, hasta que se asumen como intrínsecas al ejercicio profesional.

“Es el primer año de vivencia clínica y al principio se enfrentan por primera vez con un enfermo de carne y hueso y tienen sus problemas adaptativos desde el punto de vista personal y vivencial, pero desde el punto de vista de la enseñanza de la asignatura, enseguida se agarran a los aspectos teóricos y a los seminarios prácticos para desarrollar sus conocimientos. En cuanto a la adaptación psicológica... esto es un tema que se evalúa mal en la licenciatura de Medicina. Probablemente, tendríamos que dedicar un poco de atención a esta adaptación... yo creo que no se hace. Los estudiantes van con los médicos, ven a los enfermos y supongo que estos les transmitirán sus angustias...” Profesor12.



“Un impacto negativo ha sido ver a las personas en fase terminal. No estás acostumbrada, aunque tengas un año visitando pacientes.” Alumna24-M2.

El proceso de afrontarlo requiere un cierto tiempo de adaptación supervisado por el tutor. El alumnado considera que ha de aprender a manejar sus propios sentimientos y a tomar la distancia necesaria para analizar la situación del paciente y tratarle en consecuencia.

“Sí. A veces, no es la norma, algún estudiante, por razones... las que sean, siente apego por un paciente determinado y después necesita apoyo psicológico para superar la muerte de ese paciente.” Profesor18.

“He sentido tristeza cuando veo casos de personas a las que les han encontrado cáncer.” Alumna2-M2.

“...Ver una persona, si no muriéndose, una persona muy enferma, verla sufrir y saber que se va a morir, que tiene un cáncer que no se va a curar. Supongo que al alumno también le debe producir un cierto *shock*.” Profesor27.

Los procesos de identificación consigo mismo o con un familiar cercano favorecen emociones negativas en el alumnado como tristeza o depresión. En opinión del profesorado, toman contacto por vez primera con la inminencia de la muerte en algunos casos. Cabe preguntarse si está previsto esto en alguna parte del currículo.

“Posiblemente, las crisis nerviosas más acusadas pertenecen al género femenino; al ver un hombre joven, o un muchacho, que tiene xxx y va mal. De llanto o lo que sea. Mientras que en el varón, en general, se dan más los cuadros depresivos, no tanto de ansiedad, ante la identificación y la cercanía de una persona joven igual que él. Pero, todo el mundo se defiende como puede de esto. Forma parte del aprendizaje. No les enseñan eso tampoco.” Profesor18.

“Al ver morir a una señora me puse a llorar, también otros estudiantes” Alumna2-M2.

“Lo mas negativo a nivel personal ha sido al principio, en las prácticas de xxx, ver gente que estaba muy grave y te desanimabas un poco. Pero luego te acostumbras.” Alumno10-M2.

“Me impactó ver a jóvenes con leucemia, conocerles sí que impacta.” Alumno9-M2.

Ante la gravedad de un enfermo o su muerte, los alumnos se afectan emocionalmente, manifestando tristeza y sentimientos de impotencia.

“Ver la desolación de médicos adjuntos o residentes jóvenes, después de la muerte inesperada de un paciente.” Alumno29-M1.

Este es un hecho a tener en cuenta, puesto que su manifestación no está directamente relacionada con la cantidad de tiempo que el estudiante haya estado con el paciente, sino con la calidad de la relación que entre ellos se haya establecido.

“Tristeza al enterarme de la muerte de algún paciente que yo había visto.” Alumna17-M1.

Ante ella, el alumnado puede eludir la situación no mirando, manifestando a la vez, intranquilidad y falta de concentración.

“[Lo más negativo] rechazo: no mirar. Intranquilidad, nerviosismo. Falta de concentración por el impacto” Alumna18-M1.

Por lo general, el estudiante se encuentra bastante solo en este proceso, si acaso hablará del suceso con otro compañero o con el médico residente, y menos frecuentemente, con el tutor, pero en ningún caso lo hace con una persona preparada profesionalmente para ello. No existe en el actual currículo, una preparación específica para afrontar la muerte desde el punto de vista psicológico.

Antes de la fase anterior, es frecuente que surja un proceso de identificación personal con la enfermedad; el alumno cree padecer la enfermedad que se está describiendo y genera un cierto nivel de ansiedad que le lleva a indagar y preguntar al profesor.

“Lo que les atormenta es que muchas veces se creen enfermos. Son un poco hipocondríacos. Lo he observado durante toda la vida. Es real y pasa...” Profesor21.

“Muchas veces piensan en la posibilidad de tener aquella enfermedad. O, en la práctica de palpar el xxx, piensan si tienen xxx. A veces, te explican que un familiar suyo tiene esta dolencia.” Profesor29.

La presencia de una urgencia vital en directo también es un hecho que puede marcar la visión profesional de un estudiante, tanto en sentido positivo como negativo, dependiendo de la atención y la evolución del caso, como lo mencionaron ellos.

“[Valoro positivamente la] actuación rápida ante una emergencia quirúrgica de vascular, con el residente del último año.” Alumno21-M1.

“Me impactó mucho ver a una chica en *shock*, de 28 años, que estaba inconsciente.” Alumna19-M2.

O bien, observar la primera intervención quirúrgica o el contactar con padecimientos raros.

“... en xxx, en la primera operación que asistía, pude ver cómo abrían el cráneo y me impactó mucho” Alumna2-M2.

“Lo más positivo fue ver pacientes con enfermedades poco frecuentes, porque te dan más ganas de estudiar.” Alumna26-M2.

El profesorado señala como estrategia educativa en el manejo de estos impactos, la actuación del propio profesor-médico ante el paciente que, con frecuencia, está angustiado, y la preparación teórica del caso que ayude al alumno a comprender y asimilar la situación del paciente en cuestión.

“... la actitud, por ejemplo de pacientes que se tienen que hacer una biopsia de xxx porque tienen una alta probabilidad de carcinoma de xxx. Si al paciente le quitas la angustia y no manifiestas angustia, obviamente, los alumnos no tienen ningún

problema. Esta situación se da porque el paciente está demasiado angustiado y se le puede transmitir la angustia al alumno, pero si le explicas estas situaciones, lo que pasa o no después, habitualmente lo integran bien.” Profesor24.

Un sector del profesorado de Clínica ‘prepara’ los casos que verán sus alumnos para evitar situaciones de impacto que no puedan manejar, suelen iniciar la experiencia presentándoles casos sencillos; otro sector considera más conveniente para la formación, el afrontar los casos que en ese momento tenga a su cargo el profesor-médico, sea cual fuere su condición.

“Normalmente, en la rotación normal no se presentan estos casos.” Profesor24.

“... el estudiante tiene que ver los pacientes que está llevando su tutor. Sí, sea cual fuere las características que tengan y así se hacen la idea de cuál es el problema. Yo tengo esta política.” Profesor18.

También opinan que todos los estudiantes lo superan porque lo toman como una práctica más, aunque se reconoce que puede afectar a unos más que a otros.

“No, no hay [reacciones afectivas]. Ellos lo toman como una práctica que tienen que hacer, donde hay unos que lo viven más y hay otros que pasan más superficialmente sobre este tema.” Profesor13.

“... evidentemente, la primera vez que ven morir a alguien, la primera vez que ven a un enfermo grave, la primera vez que ven un quirófano..., se impresiona ‘¡Ostras! Esto no lo había visto nunca’... creo que todos lo superan perfectamente bien. No creo que haya problemas ni traumas en esto.” Profesor28.

No obstante que las diferentes vivencias clínicas impactan al joven alumnado y pueden estimular su motivación y aprendizaje, también se dan casos de impactos negativos. Los impactos negativos de la experiencia clínica tienden a ser mayoritariamente de índole psicológica, las primeras vivencias ante casos críticos toman al alumnado casi siempre por sorpresa. Es decir, aun cuando haya una introducción teórica, cognitiva, la atención al estado afectivo del alumno se ve relegada. ¿Es acaso adecuado acostumbrarse al dolor ajeno? ¿Debe curtirse este alumno para ejercer profesionalmente con calidad? No es lo mismo aprender a manejar la propia emocionalidad en aras de la acción médica correcta, que aprender a revestir esta emocionalidad con una coraza de fortaleza que cada vez más orienta hacia la indiferencia y deshumanización en la relación médico-paciente.

Como han alertado Nicholson (1990) y Schlossberg (1984), experiencias de fracaso durante la fase de Encuentro con la nueva situación, dificultan el ajuste necesario y pueden generar aprendizajes inversos, es decir, adopción de conductas o valores y actitudes contrarias a las que se ha pretendido modelar desde los objetivos didácticos de la Enseñanza Clínica. Las vivencias descritas ameritarían una atención psicopedagógica puntual de forma que el alumnado logre comprender el ciclo vital desde la perspectiva psicológica y su propio rol como profesional de la Medicina.

### Reacciones fisiológicas

Otra consecuencia de los impactos emocionales son las reacciones fisiológicas, como mareos, lipotimias, desmayos, palidez que, según mencionan algunos profesores y estudiantes, llegan a presentar algunos alumnos al afrontar: disecciones, cirugías, punciones o decesos, en las que el estudiante ha de ser auxiliado o invitado a dejar el espacio, hasta que se recupere. No existe reporte alguno de que estas impresiones hayan sido comentadas por el alumnado afectado con los profesores.

“Hay gente que puede marearse cuando ve una punción xxx. Rápidamente tienen un desequilibrio. Hay personas que sí. Pero, después, no necesariamente son los que más se van a asustar ni después se irán, sino que pueden superar perfectamente los problemas iniciales.” Profesor1.

“Mareo: Aceptarlo y marcharme antes de caer” Alumna16-M1.

El alumno ha de ir entrenándose para autocontrolar incluso estas reacciones, sobre todo ante aquellos pacientes cuyas dolencias comportan olores o imágenes desagradables.

“si un paciente tiene un xxx puedes encontrar que huele muy mal, esto es probable en determinadas complicaciones infecciosas, o en manifestaciones de neoplasias puedes ver a una paciente que esté sufriendo y en situaciones relativamente desagradables, o que tengas que ver algún tipo de manipulación del paciente, de colocación de tubos, o maniobras que puedan ser relativamente agresivas y que, como primer contacto, te puedan repeler un poquito.” Profesor10.

“...Ver una autopsia no es una cosa agradable ni mucho menos, ni por el escenario, ni por la práctica, ni por los olores que se desprenden, ni por nada. Quizás es una imagen muy brutal de lo que somos. En el momento en que se abre y que se ve lo que hay ahí dentro, el *shock* a veces es bastante importante para los estudiantes y algunos se han desmayado, o se han mareado o han salido, pero también entienden que es una cosa que se ha de ver, ellos han decidido hacer Medicina...” Profesor14.

“No es infrecuente que en el primer contacto que tienen con un quirófano, algunos se mareen. Esto siempre pasa en todos los cursos, lo cual no está relacionado con una falta de interés por la Cirugía, sino [que se debe] al impacto de ver el ambiente de quirófano, las incisiones, o los abordajes quirúrgicos. Pero, a lo mejor, estas personas lo superan y luego son cirujanos. Creo que esto es momentáneo.” Profesor13.

“Mareo al entrar por primera vez al quirófano y ver mucha sangre.” Alumna17-M1.

“... muchos de ellos es la primera vez que ven la muerte de cerca, y esto lo veo sobretodo aquí en la Unidad, cuando están en xxx y hay un paro xxx... claro, se quedan pálidos, porque nunca han visto una cosa parecida y yo creo que les impacta. ¿Han hablado de eso con usted?” Profesor28.

Es evidente que la falta de preparación cognitiva y emocional para afrontar la presencia de una herida, accidental o quirúrgica, tiene como consecuencia que el alumnado presente estas reacciones fisiológicas.

“Alguna vez me he mareado por la poca delicadeza de los cirujanos o médicos.”  
Alumno25-M1.

“Mareos: Me ha dado rabia marearme en determinadas circunstancias.” Alumna16-M1.

El hecho de que la cirugía o la atención urgente conlleven estos sucesos de forma intrínseca y que, a decir de un sector del profesorado, sean una cuestión pasajera, no justifica la falta de preparación psicopedagógica para estos eventos.

#### *Ambiente y Cultura Hospitalaria*

Los hospitales y centros de atención primaria, como organizaciones de trabajo, mantienen una cultura interna, un modo de ser y hacer determinados, en la que interactúan factores humanos (médicos, paramédicos, enfermeras, técnicos, otros profesionales de la salud, profesores y alumnos, con sus características personales y socioprofesionales); y factores físicos (edificio, espacios, mobiliario, iluminación y clima), que dan lugar a un ambiente específico propio de un servicio de salud. Este ambiente funciona como una comunidad especial que puede llegar a contener diferencias sustanciales entre las áreas que lo conforman. De ahí que varíe la experiencia del estudiante, pero, por lo general encuentran un ambiente de acogida, si bien novedoso.

“En general, la valoración es positiva, tanto el personal del hospital como el universitario y los compañeros mantienen un buen ambiente en las prácticas”  
Alumno26-M1.

“[Valoro positivamente las] relaciones con personal clínico y pacientes.” Alumna17-M1.

Durante su estancia rotatoria en los diferentes servicios, el alumnado se inserta y convive con el personal del hospital; inicia, de acuerdo con Prince y otros (2000), un activo proceso de socialización profesional. Así, desde su óptica, los estudiantes aprecian las diferencias y discordancias que existen, no sólo entre los diferentes servicios, sino incluso, entre los hospitales participantes.

“...ver cómo es el hospital xxx, el tipo de trato más familiar entre ellos, mejor que en xxxx.” Alumna3-M2.

Así, pueden percibir ambientes más o menos integradores, más o menos cálidos en la atención con los pacientes y favorecedores de su propio aprendizaje.

“Lo más negativo, es el sistema, hay muchos doctores que no se implican y el paciente no se puede quejar.” Alumna22-M2.

“Los que [tienen una responsabilidad] están mucho más tiempo que los otros médicos.” Alumna23-M2.

“Lo mejor ha sido la práctica de xxx porque te integra más.” Alumno13-M2.

Conocer el hospital y su cultura organizacional es una experiencia muy estimulante para el alumnado, tanto por lo novedosa y excitante, como por su influencia profesionalizante; es una experiencia que logra impactar al joven alumno, en los niveles cognitivo y afectivo; por tanto, convendría retomar las sugerencias de

profesores y alumnos en el sentido de instrumentar ‘visitas guiadas’ desde los primeros cursos de la carrera, preparadas didácticamente. Tales programas educativos potenciarían las capacidades personales de afrontamiento, ajuste y participación del estudiante, entre el escenario facultad y el escenario hospital (Bronfenbrenner, 1987; Gimeno, 1997).

El análisis integrado de los resultados cuantitativos y cualitativos de la investigación invitan a modificar el Modelo de las Transiciones en la carrera de Medicina propuesto en el Esquema 5, del Capítulo 3, en cuya parte central se observan los conjuntos de *Sucesos* con impacto en la formación y *Elementos* profesionalizantes.

**Cuadro 27. Aspectos y componentes de la Tr. PCI-CI**

Sucesos con impacto	Elementos profesionalizantes
<b>Estructura curricular</b>	<b>Experiencia Clínica</b>
Contacto con paciente	Valores profesionales
Trabajo del Médico	Vinculación socioprofesional
Impactos emocionales	Percepción social del profesional
Incertidumbre profesional	

En el cuadro anterior, se han destacado los primeros aspectos de ambos componentes, *Sucesos...* y *Elementos...*, los cuales corresponden a la Estructura curricular: contenidos y organización de la enseñanza clínica, así como la supervisión de profesores y residentes; por su parte, la Experiencia clínica incluyó: las primeras experiencias clínicas, el paciente como medio de aprendizaje y las relaciones entre los estudiantes. Tal distinción obedece a que, no obstante, que en el marco teórico conceptual la definición había sido establecida en la forma expuesta, en la realidad estos aspectos se presentaron cada uno dentro del otro conjunto. Lo cual no resulta contradictorio, puesto que el componente *Elementos...* -se perfiló como el de mayor preponderancia en la constelación curricular-, mostró la más alta correlación significativa con el componente *Sucesos...*, tal y como se observa en la subsiguiente Tabla 42, de este Capítulo.

### 7.3 Una prospectiva: La transición al mundo laboral

Cuando los jóvenes alumnos comienzan a estabilizarse en su rol *pre*-profesional, la asimilación de conocimientos, adquisición de actitudes y desarrollo de diversas competencias, así como su implicación en el proceso salud-enfermedad, hacen que en

el estudiante del ciclo Clínico, comienzan a generarse nuevas expectativas y motivaciones hacia su aún no consolidada profesión. El contacto con las especialidades médicas, las situaciones, experiencias clínicas y vínculos sociales contribuyen a interesarle en profundizar en áreas específicas. Así preparado se halla en el preámbulo de una nueva transición: egresar de la licenciatura e insertarse en el mundo del trabajo.

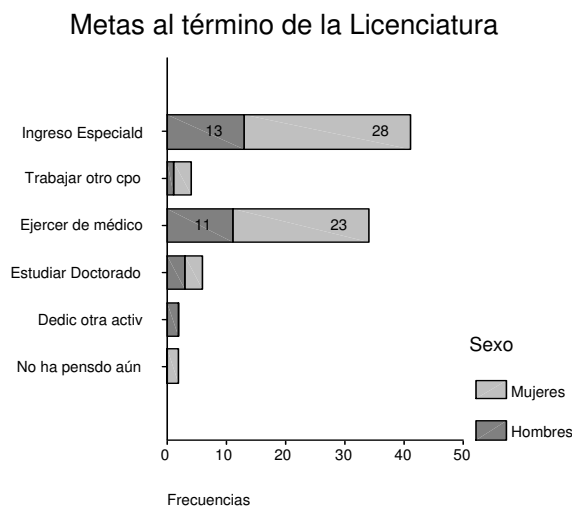
Cada transición superada, prepara para la siguiente (principios de Recurrencia e Interdependencia, Nicholson, 1990); hacia el término de los estudios de Pregrado, el estudiante ha logrado una mayor confianza en sus capacidades, ha refrendado su compromiso con la profesión y ha reconocido su propio rol en el entramado social hospitalario, identificando aspectos estructurales y funcionales de este ámbito; información y conocimientos que le preparan en el desarrollo de estrategias para planear y tomar decisiones acertadas acerca de su futuro profesional.

“...Se nota una madurez enorme en sexto respecto a la que tenían en tercero.” Profesor3.

Por tanto, habiendo recorrido el 90% de la formación de Pregrado, el alumnado de sexto curso de Medicina posee los recursos suficientes para afrontar el proceso de elección de especialidades –ha madurado personal y profesionalmente, el momento decisivo se aproxima, posee información sobre las opciones formativas y laborales, ha desarrollado intereses ocupacionales y se conoce mejor. Está, de acuerdo con Super (1977), maduro vocacionalmente.

Dado que esta carrera comporta una nueva decisión profesional se consideró pertinente explorar las metas, intereses y expectativas que, en el meridiano de sus estudios, se habían establecido los estudiantes. Así, en el Cuestionario se reportaron las metas que tiene en mente el alumnado para el momento en que egrese de la licenciatura en Medicina, habida cuenta de la casi obligatoriedad actual de participar en el examen MIR. N = 43.

### Gráfica 5.



La pregunta sobre cuáles serían las metas al término de la Licenciatura, admitió más de una respuesta. Se observó que la mayoría de hombres y mujeres refirieron tener como metas el ingreso a la especialidad y ejercer como médicos.

Lo anterior pone de manifiesto el compromiso que el alumnado ha establecido con su propio desarrollo profesional, así como que la formación posgraduada es parte de su horizonte mediato. Tanto así, que ejerce una profunda influencia en su manera de cursar la licenciatura. Asimismo, confirma las tendencias referidas por J. Rodríguez (2004) respecto de su proyección profesional; esto es, que los profesionales de la Medicina de Cataluña, mantienen la expectativa de progresar dentro de la profesión médica.

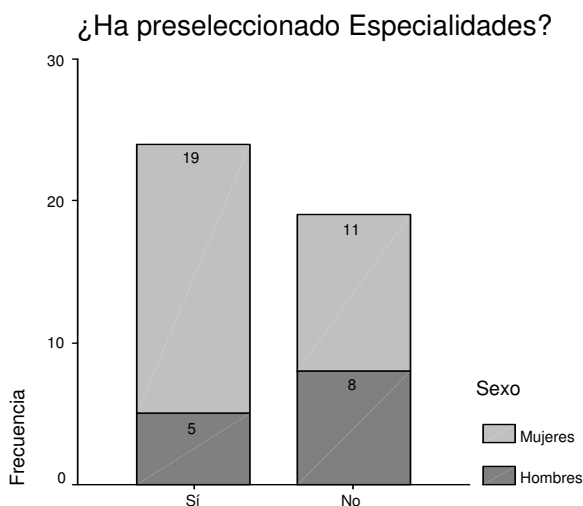
A continuación, la investigación procedió a identificar los principales factores que podrían estar implicados en la elección de las especialidades médicas; particularmente aquellos que el alumnado tiende a considerar en la selección de la posible especialidad a cursar, tomando en cuenta la etapa escolar (final de cuarto curso), que podría incidir en la madurez vocacional requerida para afrontar una decisión de esta naturaleza.

### 7.3.1 La Preselección de una Especialidad Médica

El elegir una carrera –en este caso Especialidad- comporta: preparación psicológica, acopio y análisis de información, habilidades para la toma de decisión y el desarrollo de un plan de acción para instrumentarla (Krumboltz, 1983). En Medicina, las situaciones que pueden activar el inicio de la elección son: el grado de madurez alcanzado durante la formación, el contacto y experiencias con las especialidades y el límite de tiempo disponible para la elección. En el caso del alumnado participante en esta investigación, el proceso ha iniciado al finalizar el cuarto curso y aún quedan dos años para la decisión.

En el Cuestionario para el alumnado se interrogó sobre si ya había preseleccionado alguna especialidad; esta demanda hizo que el alumno realizara un ejercicio de autorreflexión y visualización sobre un suceso por venir, y elaborase –al igual que los estudiantes de bachillerato- algunas tentativas de elección.

Gráfica 6.



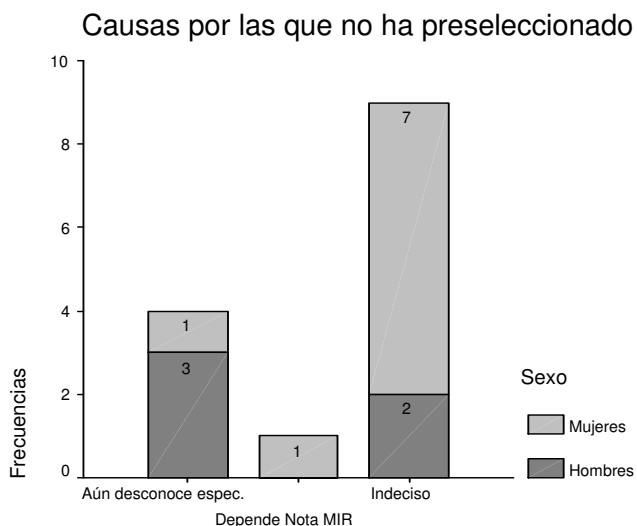
La mayoría del alumnado ya había preseleccionado alguna especialidad. Pero, 19 (44%) estudiantes afirmaron no haber previsto algunas.

El hecho de que un alto porcentaje no haya ‘preseleccionado’ aún, da cuenta del proceso de madurez vocacional implicado en esta decisión.



Las respuestas permitieron establecer que la mayoría de los alumnos habían considerado alguna. Una posible explicación es que no todas las especialidades médicas pertenecen únicamente al ciclo Clínico, ya que desde el ciclo PreClínico, se comienza a tener contacto con áreas concretas como Medicina Física, Radiodiagnóstico o Anatomía Patológica.

**Gráfica 7.**



Las causas referidas en esta pregunta abierta, se han clasificado en tres categorías, entre las que destaca la indecisión. Sólo una estudiante consideró que su elección de especialidad dependerá de la nota en el examen MIR. Omitieron su respuesta cinco de los 19 alumnos que no habían previsto especialidades.

Como se recordará la mayoría del alumnado no tendrá oportunidad de elegir previamente la especialidad, como antaño, o bien, esto sólo podrá hacerlo un porcentaje reducido. El alumnado ha de elegir la especialidad con base en los puntos obtenidos en el examen MIR sumados a su promedio de licenciatura. Es en ese momento, cuando, de entre un listado de hasta 20 opciones, selecciona la especialidad que habrá de cursar, la cual no siempre es aquella en la que había pensado.

“Y, sobretodo, [el MIR] limita la elección. Si a ti te gusta Psiquiatría y te gustaría hacerla en... Barcelona, puedes acabar haciendo Pediatría en Murcia. Y esto puede resultar frustrante para el alumno.” Profesor4.

Lo antes mencionado llega a determinar cualquier intento de proyecto de vida profesional en la mayoría del alumnado de Medicina.

“...el alumnado... hasta que no se examina y no tiene el MIR, no se atreve a hacer un proyecto de futuro profesional. Y esto, creo que es un grave error, o una dificultad para el alumnado.” Profesor13.

Asimismo, en la Gráfica 7 se observa que la percepción de Indecisión crece, respecto de la reportada en el tercer curso<sup>89</sup>; lo cual indica que ahora cuentan con un mayor cúmulo de información que, precisamente, dificulta la toma de decisión; bien es cierto que esta situación permite a los estudiantes ampliar su gama de opciones (Rodríguez y otros, 1993).

<sup>89</sup> En la aplicación del Cuestionario para el tercer curso, realizada en abril de 2002, la causa más frecuente de no haber elegido, fue el Desconocimiento de Especialidades (49%), mientras que la menor fue la Indecisión (3%).

Al finalizar el cuarto curso han conocido las especialidades establecidas curricularmente, pero también habrán tenido oportunidad de contactar con otras, ya sea dentro del mismo hospital, en alguna Práctica de Verano, o por contactos familiares. La Tabla siguiente enlista las especialidades preseleccionadas y la frecuencia con que fueron señaladas.

**Tabla 38. Especialidades preseleccionadas**  
(Frecuencia de mención)

<i>Especialidad</i>	<i>Frec.</i>	<i>Especialidad</i>	<i>Frec.</i>
Cardiología	11	Radiodiagnóstico	4
Medicina Interna	8	Oncología	3
Pediatría	7	Traumatología y Cirug. Ort.	3
Obstetricia y Ginecología	7	Anestesiología	2
Medicina Familiar	7	Cirugía Cardiovascular	2
Endocrinología	7	Dermatología	1
Psiquiatría	6	Reumatología	1
Neurología	6	Rehabilitación Med. Física	1
Neumología	6	Oftalmología	1
Cirugía Plástica	6	Medicina Intensiva	1
Hematología	5	Enfermedades infecciosas	1
Neurocirugía	4	Cirugía torácica	1
Aparato Digestivo	4	Anatomía patológica	1
Cir. Gral. Ap. Digestivo	4		

Se mencionaron 27 especialidades. Puede observarse que la especialidad seleccionada con mayor frecuencia por estos 11 estudiantes, fue la de Cardiología, seguida por Medicina Interna. Cabe recordar que aun cuando la asignatura de Enfs. del Ap. Cardiocirculatorio no tiene la mayor nota media lograda por el alumnado, éste consideró que había sido en esta asignatura –junto con Enfs. del Ap. Respiratorio–, en donde más Competencias Profesionales Específicas (Clínicas) había desarrollado, dotándole, además de la mayor importancia sobre otras asignaturas.

Es probable que la experiencia globalmente valorada como positiva en esta asignatura, incida en una posterior elección de esta especialidad. Los expertos (Bosco y Galli, 2000; y Howe e Ives, 2001) sostienen que existe una relación entre la especialidad seleccionada y el tipo de apoyo educativo que se brinde durante la práctica clínica; si el alumnado está mejor atendido, aprovechará más y se integrará mejor.

*Factores asociados con la Preselección de una Especialidad Médica*

A continuación, se presentan los resultados de la escala que exploró la posible influencia de los factores asociados a la preselección de una especialidad. Las dos dimensiones propuestas en el marco conceptual fueron: la *personal*, directamente relacionada con la persona que elige, que incluye sus intereses, aptitudes, motivaciones, valores y su prospectiva de desarrollo profesional; y la *contextual*, que incluye tanto los elementos de la situación en que se realiza la elección, como los elementos estructurales y de contenido de la formación de posgrado.

La tabla muestra los promedios de la valoración del nivel de influencia que el alumnado atribuyó a los factores asociados con la Preselección de Especialidad médica. La valoración se expresó de la manera siguiente: 1= Nada; 2= Algo; 3= Bastante; y 4= Totalmente.

**Tabla 39. Factores asociados con la preselección de Especialidades**

(Promedios y desviación estándar. N = 42)

<i>Subdimensiones</i>	<i>Factores</i>	<i>M</i>	<i>S</i>
Factores Personales	Intereses y motivaciones propias	3.76	.617
	Capacidad profesional propia para la Especialidad	3.24	.726
	Satisfacción con la profesión médica	3.52	.671
Valores de la Profesión	Interés por el bienestar de la sociedad	2.71	.864
	Interés por el paciente y su familia	2.93	.838
	Valor de la colaboración entre colegas médicos	2.69	.841
Estudios de la Especialidad	Contenido de estudio de la Especialidad	3.24	.624
	Avances científicos en la Especialidad	2.19	.804
	Duración de los Estudios	1.88	.861
	Facilidad de los Estudios	2.26	.734
Contacto con la Especialidad	Contacto c/Especialidades desde los primeros cursos	2.40	.871
	Profesorado con esa Especialidad	2.21	1.048
	Familiares con esa Especialidad	1.07	.342
	Otras personas con esa Especialidad	1.50	.707
Estructura de acceso y curso de la Especialidad	Oferta de plazas en la Especialidad	2.64	.932
	Nota de acceso en Examen M.I.R.	2.88	1.131
	Nivel de Institución hospitalaria donde cursarla	2.50	.890
	Prestigio de la institución donde se cursará	2.02	.841
	Distancia geográfica entre tu casa e institución	2.17	.935
Prospectiva Desarrollo Profesional	Posibilidad de trabajar en otros países	2.45	3.217
	Oferta de puestos de trabajo de la Especialidad	2.62	.854
	Perspectiva de ingresos económicos	1.95	.825
Otros	Imagen social del Especialista	1.33	.570
	Opinión de tus familiares	1.48	.594

El factor valorado con mayor influencia en la preselección de especialidades fue el de Intereses y Motivaciones propias. En tanto que el valorado con menor influencia fue el de Familiares con la Especialidad de interés. Estos resultados confirmaron el supuesto teórico de la elección vocacional, el cual sostiene que en toda decisión profesional prevalecen los intereses y motivaciones personales de los electores (Super, 1977).

Por otra parte, a diferencia de hace algunos lustros, cuando se sostenía que el contar con familiares de la misma profesión o especialidad, comportaría una influencia determinante en la elección profesional (Williams y otros, 1997); actualmente esta relación no se halla tan acentuada. Lo anterior se pone de manifiesto en las respuestas del alumnado a la pregunta acerca de contar o no con familiares médicos, que se registró afirmativa sólo en el 28% (12 estudiantes) del alumnado. 7 mujeres y cinco hombres, refirieron tener 20 familiares médicos y/o estudiantes de Medicina. Las especialidades de estos familiares son las siguientes:

2 Pediatría	1 Ap. Digestivo	1 Análisis Clínicos
2 Ginecología	1 Otorrinolaringología	1 Gerencia Hospitalaria
2 Medicina Familiar	1 Oncología	1 Medicina General
1 Psiquiatría	1 Radiología	1 M.I.R.
1 Neurología	1 Geriatría	3 Estudiantes de Medicina

De los doce, siete estudiantes se ubicaron dentro del 50% de alumnos de mayor rendimiento académico.

A diferencia de las alumnas, los alumnos atribuyeron mayor influencia a los factores de Imagen social de la especialidad ( $z = 2.34$ ;  $p = .019$ ); y Prestigio de la institución donde cursar la especialidad ( $z = 2.18$ ;  $p = .029$ ), que podría sugerir una mayor atención hacia la posición social del especialista en cuestión, por parte del alumnado masculino. Por otra parte, el grupo de mayor rendimiento académico le otorgó más influencia al Contacto con Especialistas de la especialidad prevista ( $z = 2.11$ ;  $p = .034$ ), y a la Colaboración entre colegas de una misma especialidad ( $z = 2.23$ ;  $p = .026$ ).

El análisis factorial posibilitó corroborar la prevalencia de dos dimensiones bien establecidas en la elección vocacional: la personal y la contextual, cuyos componentes explicaron el 54% de la varianza.

**Tabla 40. Componentes implicados en la preselección de Especialidades Médicas**

**Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>**

	Componentes	
	Contextuales	Personales
Imagen social del especialista	.795	
Contacto con la Especialidad	.705	
Estudios de la Especialidad	.700	
Opinión de los familiares	.674	
Estructura de acceso y curso de la Especialidad	.643	-.259
Prospectiva de desarrollo profesional	.528	-.506
Factores Personales		.758
Valores de la profesión médica	.344	.601

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Los Factores Personales son los de mayor peso en toda decisión profesional (Super, 1977, Hackett, 1999); implican los aspectos de autoconocimiento y confianza en capacidades propias, que llegan a orientar la elección en forma significativa; también implican los aspectos valorales y éticos de la persona. Sin embargo, en el caso de la elección de una especialidad médica -suceso casi al término de los estudios profesionales-, es evidente que para esta etapa se han asimilado los valores propios de la profesión, es decir, deontológicos, de ahí que éstos se asuman como parte de la persona, el alumno de Pregrado que elegirá la especialidad.

Con respecto a las metas personales que, en el marco teórico conceptual y en las dimensiones de análisis, habían sido ubicadas como parte de los Factores Personales, aquí se observa que el peso de las estructuras sociales diversificadoras (MIR y sistemas de salud) hace que la Prospección de Desarrollo Profesional del estudiante se ubique más como un factor Contextual, que no Personal.

La preponderancia del factor Contacto con la Especialidad confirma asimismo, las conclusiones de Hays (1993) acerca de la influencia que opera un contacto inicial con las especialidades en la posterior elección del estudiante de Medicina; también cabe recordar la relevancia que el aspecto social tiene en la consolidación profesional, ya

que este contacto es precisamente con personas, los especialistas médicos, además de los procesos pedagógicos modeladores.

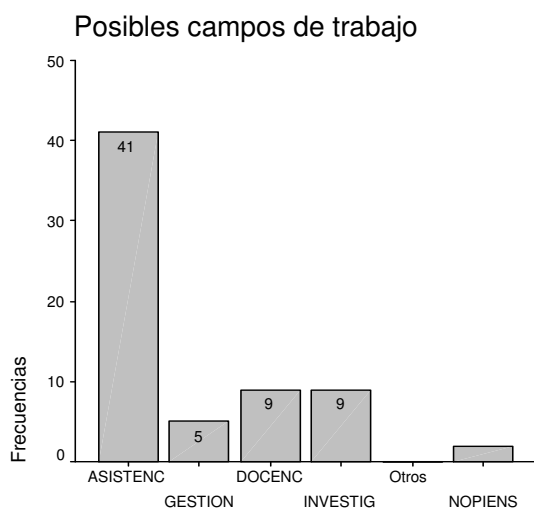
Independientemente del momento –prematureo– para la elección de una especialidad médica, estos resultados confirman la validez de los principios teóricos sobre la elección de carrera (Super, 1977; S. Rodríguez y otros, 1993), puesto que los estudiantes han venido desarrollando y reconociendo en sí mismos, aquellos atributos que los caracterizan, a la vez que al entrar en contacto con las especialidades médicas, particularmente las clínicas, y obtener información más amplia y variada, han comenzado a generar expectativas acerca de posibles escenarios laborales.

También es probable que inicien las primeras valoraciones acerca de las opciones de Especialidades médicas mediante acciones orientadas a la toma de decisión y elección de un trío de especialidades que consideren podría satisfacer sus expectativas.

### 7.3.1 La futura inserción profesional

Antes se ha señalado que las metas profesionales y de inserción laboral en Medicina se ven altamente impactadas por las estructuras sociales, cuestión que los estudiantes de Medicina tienen presente desde el inicio de los estudios. Un pequeño ejercicio de visualización permitió explorar, tanto las inclinaciones y expectativas personales, como su conocimiento sobre los ámbitos en que los profesionales de la Medicina pueden ejercer su labor calificada.

Gráfica 8.



La pregunta sobre en cuáles campos de trabajo se imaginaban ejerciendo dentro de siete años, admitió más de una respuesta. La mayoría de los estudiantes se inclina por el ejercicio asistencial. Sólo nueve marcaron la investigación, y nueve la docencia, como posibles campos de trabajo.

Se observó que la Asistencia fue el campo de trabajo más mencionado, lo cual coincide con la determinación para ejercer de médico (Gráfica 5), tal resultado también podría estar asociado a que en esta etapa de su formación los estudiantes están en mayor contacto con médicos en ejercicio. Por otra parte, una posible explicación para las menores menciones a los ámbitos de investigación, docencia y gestión, puede residir en que tales ámbitos no se promueven durante los estudios de

licenciatura, excepto mediante algunas asignaturas optativas señaladas en el apartado sobre Currículo, del Capítulo 5.

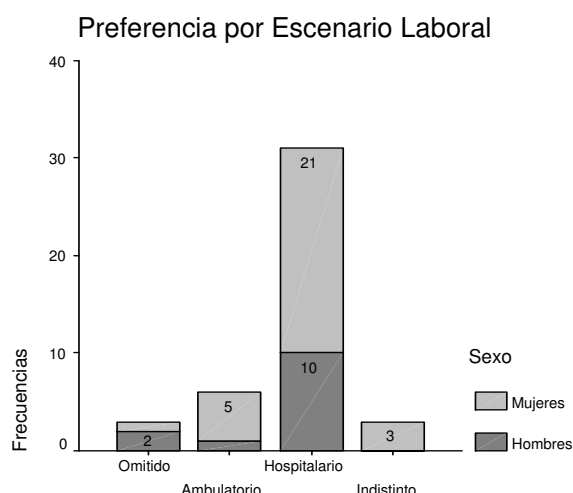
“Algunos más brillantes se dedican después a la investigación... porque su nivel intelectual parece que les aleje de la cotidianidad repetitiva, que no es tan interesante...” Profesor5.

“La industria farmacéutica absorbe un volumen importante de médicos.” Profesor15.

Por otra parte, la orientación laboral hacia la actividad investigadora es menor, habida cuenta de las dificultades para obtener ingresos suficientes para vivir con calidad. (J. Rodríguez, 2004; AQU, 2005).

En cuanto al escenario en donde desearían ejercer la Medicina, el alumnado se inclinó por el hospitalario, toda vez que es precisamente éste donde, inician su contacto con el quehacer médico. Aun cuando algunos estudiantes opten por combinar su práctica con la Consulta Externa, la misma se hallará relacionada con la especialidad en cuestión, además de realizarse en las instalaciones del hospital. Esta organización de la enseñanza clínica contribuye a desviar el interés del alumnado por la atención primaria, propia de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Howe e Ives, 2001).

### Gráfica 9.

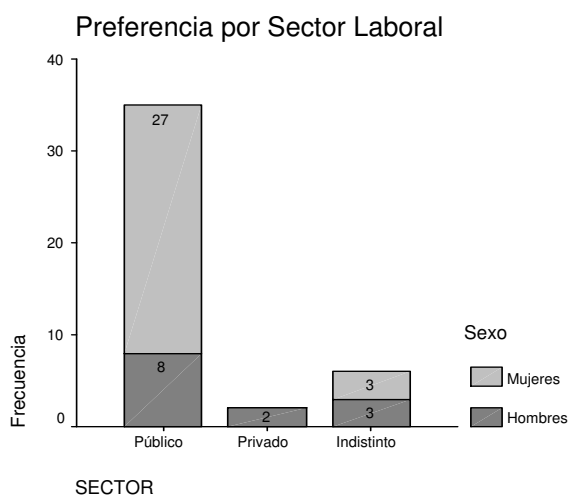


La pregunta sobre la preferencia por un determinado escenario laboral, admitió más de una respuesta. La mayoría de los estudiantes se inclinó por el escenario de hospital. Sólo seis marcaron el ambulatorio y a 3 estudiantes les fue indiferente.

Como han señalado Bosco y Galli (2000); y Howe e Ives (2001), la Atención Primaria es un área clave tanto en el proceso epidemiológico como en la estructura de los sistemas nacionales de salud; además, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es una de las especialidades en donde mejor se desarrollan habilidades básicas del médico, como son la comunicación, el razonamiento clínico; por tanto, sería pertinente fortalecer el contacto con esta especialidad, contrarrestando estereotipos acerca de la misma mediante una reforma curricular que incluya dicha especialidad desde los primeros cursos. Un ejemplo podría ser su vinculación estructural con la asignatura de Semiología General y Propedéutica Clínica.

Finalmente, se exploraron las inclinaciones del alumnado por el sector en donde podrían ejercer su profesión. Nuevamente, los resultados dan cuenta de su conocimiento sobre el mercado laboral de la Medicina en el Estado español.

**Gráfica 10.**



La pregunta sobre la preferencia por un determinado sector laboral, admitió más de una respuesta. La mayoría de hombres y mujeres preferirá el sector público. Sólo a seis estudiantes les pareció indistinto.

Como se ha reportado en estudios recientes (J. Rodríguez, 2004 y AQU, 2005) el sector público –sistema nacional de salud- es el mayor empleador de los egresados de Medicina, así se confirma en los resultados descritos. Pero, no ha de soslayarse el hecho de que los egresados mantienen un alto compromiso social y orientación hacia el bienestar de la sociedad.

#### 7.4 Elementos favorecedores de la transición académica y la identidad profesional

Una vez explorados y detallados los principales elementos y componentes curriculares –contextuales y personales- de la Tr. PCI-CI, se procedió a identificar aquellos que podrían apuntar a favorecer un tránsito exitoso del proceso, tomando como base los puntajes globales de Rendimiento académico total<sup>90</sup> y de Sucesos con impacto en la Tr. PCI-CI, se establecieron dos grupos extremos (al 25%), que permitieron ubicar a cuatro estudiantes con los mayores puntajes, y a dos estudiantes con los menores puntajes, en todas y cada una de las escalas y subescalas (Anexo 16).

**Tabla 41. Posibles patrones de elementos favorecedores de la transición académica**

Grupo	Categoría	Casos ordenados				Observaciones
		1º	2º	3º	4º	
Altos	Rendimiento	22	1	21	4	Coincidieron cuatro estudiantes; 2 hombres y dos mujeres.
	Sucesos	22	1	21	4	
Bajos	Rendimiento	40	12			Se ubicó a un estudiante.
	Sucesos	40	15			

Los cuatro estudiantes del grupo *Altos* destacaron por su mayor: Rendimiento académico, Logro de objetivos académicos, Desarrollo de Competencias Profesionales Específicas, Desarrollo de Competencias Académicas Genéricas, ponderación de los

<sup>90</sup> El Rendimiento académico total fue calculado a partir de la suma de los puntos alcanzados en tercer y cuarto cursos, respecto a las notas obtenidas en las asignaturas y su ponderación de acuerdo con el número de créditos de cada materia académica. Ejemplo: Semiología tiene 22 créditos y el estudiante alcanzó la nota Sobresaliente, cuyo valor como variable fue de 3. El Cálculo: 22 x 3 = 66 puntos para Semiología.

Elementos personales y situacionales que contribuyen a su formación, ponderación positiva de los Sucesos con impacto; y ponderación de los factores que considerarían para elegir una especialidad médica.

Asimismo, 2 de ellos no habían suspendido asignaturas, no tenían familiares médicos y no habían preelegido alguna especialidad; en tanto que los otros dos estudiantes reportaron afirmación para estos tres aspectos; tal situación impide establecer orientación ninguna acerca del posible peso de estos elementos en la Tr. PCI-CI.

En lo que respecta al grupo *Bajos*, sólo un estudiante coincidió en reportar **menores** puntajes en: Rendimiento académico, Logro de objetivos didácticos, Desarrollo de Competencias Profesionales Específicas, Desarrollo de Competencias Académicas Genéricas, ponderación de los Elementos personales y situacionales que contribuyen a su formación, ponderación positiva de los Sucesos con impacto; y ponderación de los factores que consideraría para elegir una especialidad médica.

También había suspendido asignaturas, no tenía familiares médicos y no había preelegido alguna especialidad médica. Al revisar su situación personal, refirió no contar con apoyos económicos para estudiar Medicina, por lo que trabajaba un semestre y estudiaba otro, y así iba avanzando.

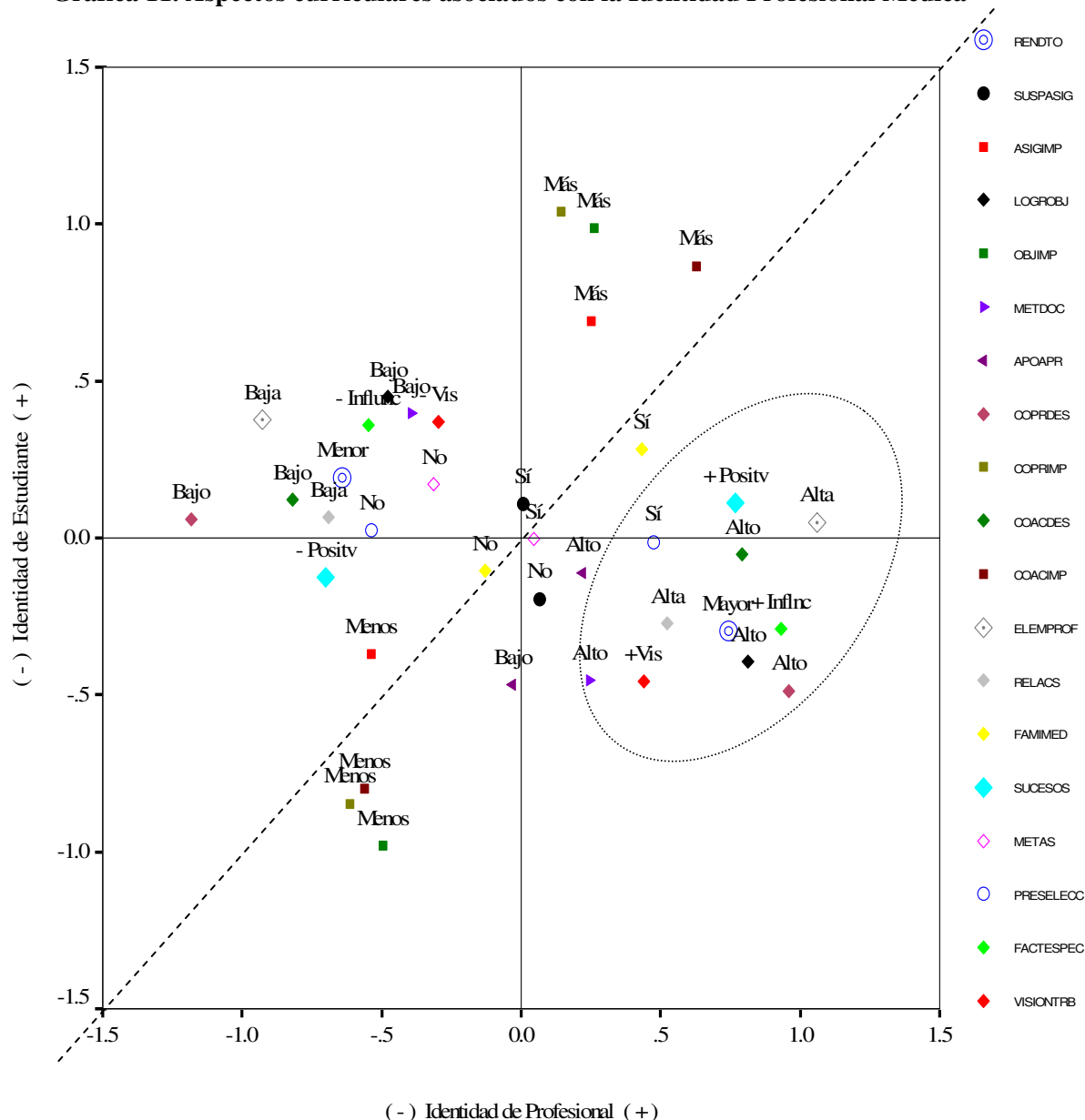
Pero, en el grupo *Bajos* lograron ubicarse nueve alumnos más, que reportaron hasta seis escalas de las ocho mencionadas con bajos puntajes –no coincidentes entre casos-, además de afirmar haber suspendido asignaturas, no contar con familiares médicos y no haber preelegido especialidad médica. Esto parece confirmar que las dificultades para la transición afectan de manera diferenciada a cada estudiante.

Como se desprende de la descripción anterior, para los estudiantes superar la Tr. PCI-CI comporta diversos esfuerzos socioacadémicos, que pueden ser facilitados por elementos contextuales –apoyos institucionales y sociorrelacionales- y personales –actitudes y motivaciones-. Ciertamente, no se trata de un proceso insalvable, pero se observa que contar con mayores apoyos podría favorecer el aprovechar de manera óptima la experiencia de la transición y, por ende, contribuir a lograr una formación médica de calidad, acorde a las demandas sociales actuales y a sus retos profesionales.

Ahora, conviene observar la forma en que se ubicaron los rasgos *Altos* y *Bajos* de las escalas del Cuestionario para Alumnos. Con el apoyo del Análisis de Homogeneidad –descrito en el capítulo 4-, los puntajes se han ubicado en un cuadrante, cuyos ejes podrían estar identificando el doble proceso identitario: el pasar de ser Estudiante de, a convertirse en Profesional de la Medicina.



**Gráfica 11. Aspectos curriculares asociados con la Identidad Profesional Médica**



En la gráfica puede observarse cómo los aspectos curriculares contextuales, institucionales y personales, más desarrollados y ponderados por los estudiantes se agrupan en el lado derecho del cuadrante, en el cual se ha ubicado el mayor grado de conformación de la identidad profesional; asimismo, se observa que este grupo de aspectos se extiende hacia la mitad superior, donde se ha ubicado la mayor conformación de la identidad de estudiante. Tal acomodamiento podría obedecer a que el egresado del Pregrado médico, tiene claridad acerca de continuar los cursos de una especialidad, en calidad de profesional-estudiante.

Así, puede observarse un grupo que incluye: el mayor Rendimiento académico, un alto grado de desarrollo de Competencias Académicas Genéricas, una alta satisfacción con las Metodologías docentes, una más positiva valoración de los *Sucesos* de la experiencia clínica que impactan la formación, una alta valoración de la contribución de los *Elementos* profesionalizantes, así como de las

relaciones personales; además de una percepción de mayor logro de objetivos didácticos, un alto grado de desarrollo de Competencias Profesionales Específicas y mayor visión del posible campo de trabajo. También se observa la afirmación de haber preseleccionado alguna especialidad, aunada a la mayor ponderación de la influencia de factores asociados con la elección de especialidad médica; finalmente se detecta una mayor satisfacción con las actividades institucionales de Apoyo al aprendizaje.

La gráfica 11 se propone sugerir que en la medida en que avanza la conformación de la identidad profesional de médico, la identidad de estudiante no se pierde, sino que también se fortalece, puesto que este licenciado en Medicina habrá de continuar su educación, sea mediante los estudios formales de una especialidad o bien, a través de la actualización, indispensable para su adecuado ejercicio profesional.

Así, pues, con base en los supuestos previstos en el marco teórico conceptual, el análisis correlacional realizado con las escalas y subescalas del Cuestionario para el alumnado, permitió explorar posibles relaciones y vínculos entre los componentes contextuales, académicos y personales del currículum.

**Tabla 42. Correlaciones entre Componentes y aspectos curriculares<sup>91</sup>**

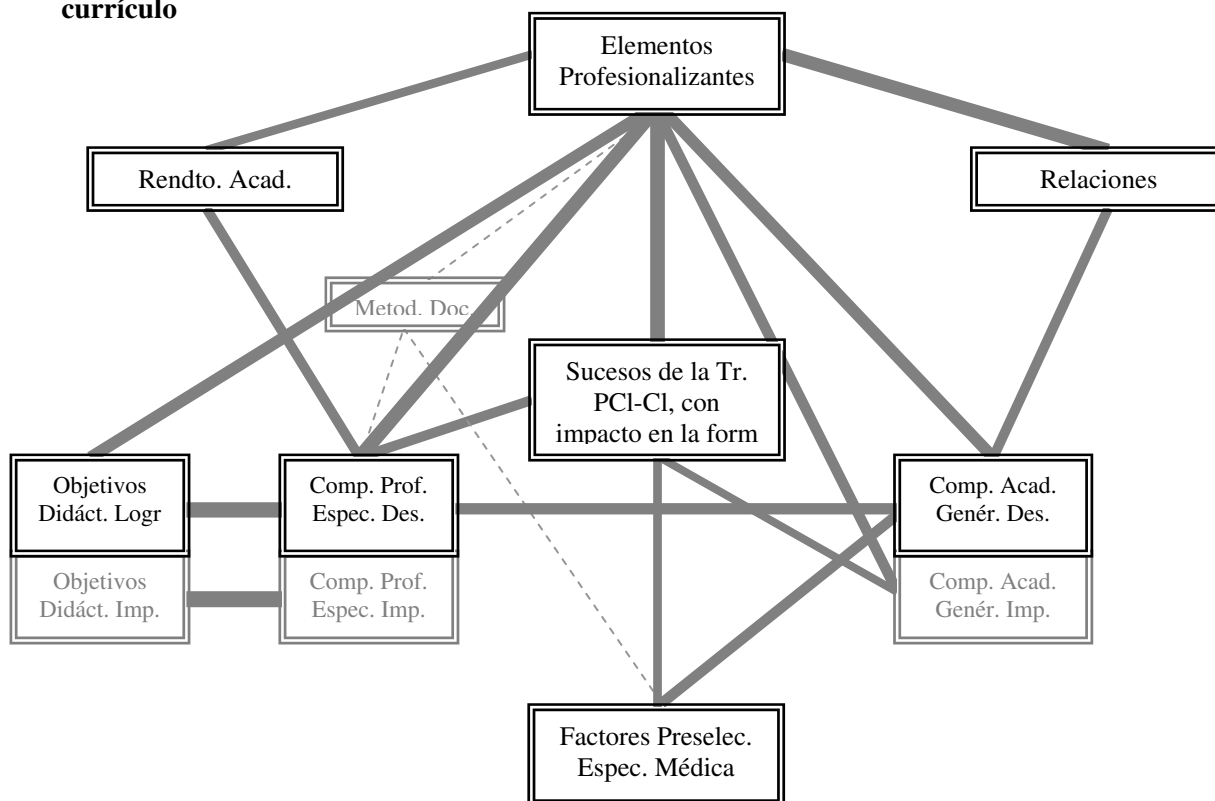
		Correlaciones no Paramétricas (Rho de Spearman)													
Rho de Spearman		RENTDO	MDFREC	AAAFREC	ASIGIMP	LOGROBJ	OBJJIMP	COPRDES	COPRIMP	COACDES	COACIMP	ELEMPRO F	RELACS	SUCESOS	FACTESP
RENTDO	Coefficiente de correlación	1.000	.195	-.228	.109	.287	.135	.388*	-.006	.295	.127	.324*	.099	.177	.107
	Sig. (bilateral) N	. 43	.210 43	-.151 41	.488 43	.062 43	.388 43	.010 43	-.967 43	.055 43	.416 43	.034 43	.534 42	.257 43	.498 42
MDFREC	Coefficiente de correlación	.195	1.000	.003	-.069	.150	-.209	.310*	-.226	.272	.159	.387**	.139	.069	.337**
	Sig. (bilateral) N	.210 43	. 43	-.986 41	.662 43	.337 43	-.179 43	.043 43	-.145 43	.077 43	.307 43	.010 43	.379 42	.659 43	.029 42
AAAFREC	Coefficiente de correlación	-.228	.003	1.000	.000	.026	-.144	-.043	.276	.202	.172	.039	.145	.091	.088
	Sig. (bilateral) N	.151 41	.986 41	. 41	1.000 41	.871 41	-.370 41	.789 41	-.081 41	-.205 41	-.283 41	.808 41	-.367 41	-.573 41	.583 41
ASIGIMP	Coefficiente de correlación	.109	-.069	.000	1.000	.193	.396**	-.109	.213	.097	.329*	.121	.017	.267	.270
	Sig. (bilateral) N	.488 43	.662 43	1.000 41	. 43	.216 43	.009 43	.485 43	.171 43	.537 43	.031 43	.439 43	.913 42	.083 43	.084 42
LOGROBJ	Coefficiente de correlación	.287	.150	.026	.193	1.000	-.022	.600**	.053	.355*	.108	.457**	.136	.266	.253
	Sig. (bilateral) N	.062 43	.337 43	.871 41	.216 43	. 43	.889 43	.000 43	.734 43	.020 43	.489 43	.002 43	.392 42	.084 43	.106 42
OBJJIMP	Coefficiente de correlación	.135	-.209	-.144	.396**	-.022	1.000	.125	.628**	.105	.485**	.150	-.180	.284	-.086
	Sig. (bilateral) N	.388 43	.179 43	.370 41	.009 43	.889 43	. 43	.423 43	.000 43	.502 43	.001 43	.336 43	.254 42	.065 43	.587 42
COPRDES	Coefficiente de correlación	.388*	.310*	-.043	.109	.600**	.125	1.000	.175	.445**	.232	.537**	.236	.371*	.207
	Sig. (bilateral) N	.010 43	.043 43	.789 41	.485 43	.000 43	.423 43	. 43	.261 43	.003 43	.135 43	.000 43	.133 42	.014 43	.187 42
COPRIMP	Coefficiente de correlación	-.006	-.226	.276	.213	.053	.628**	.175	1.000	.154	.570**	.072	-.088	.178	-.067
	Sig. (bilateral) N	.967 43	.145 43	.081 41	.171 43	.734 43	.000 43	.261 43	. 43	.325 43	.000 43	.646 43	.580 42	.254 43	.675 42
COACDES	Coefficiente de correlación	.295	.272	.202	.097	.355*	-.105	.445**	.154	1.000	.229	.457**	.386*	.207	.405**
	Sig. (bilateral) N	.055 43	.077 43	.205 41	.537 43	.020 43	.502 43	.003 43	.325 43	. 43	.139 43	.002 43	.012 42	.184 43	.008 42
COACIMP	Coefficiente de correlación	.127	.159	.172	.329*	.108	.485**	.232	.570**	.229	1.000	.410**	.146	.328*	.181
	Sig. (bilateral) N	.416 43	.307 43	.283 41	.031 43	.489 43	.001 43	.135 43	.000 43	.139 43	. 43	.006 43	.357 42	.032 43	.252 42
ELEMPROF	Coefficiente de correlación	.324*	.387**	.039	.121	.457**	.150	.537**	.072	.457**	.410**	1.000	.503**	.540**	.278
	Sig. (bilateral) N	.034 43	.010 43	.808 41	.439 43	.002 43	.336 43	.000 43	.646 43	.002 43	.006 43	. 43	.001 42	.000 43	.075 42
RELACS	Coefficiente de correlación	.099	.139	.145	.017	.136	-.180	.236	-.088	.386*	.146	.503**	1.000	.227	.157
	Sig. (bilateral) N	.534 42	.379 42	.367 41	.913 42	.392 42	.254 42	.133 42	.580 42	.012 42	.357 42	.001 42	. 42	.147 42	.321 42
SUCESOS	Coefficiente de correlación	.177	.069	.091	.267	.266	.284	.371*	.178	.207	.328*	.540**	.227	1.000	.353*
	Sig. (bilateral) N	.257 43	.659 43	.573 41	.083 43	.084 43	.065 43	.014 43	.254 43	.184 43	.032 43	.000 43	.147 42	. 42	.022 42
FACTESP	Coefficiente de correlación	.107	.337**	.088	.270	.253	-.086	.207	-.067	.405**	.181	.278	.157	.353*	1.000
	Sig. (bilateral) N	.498 42	.029 42	.583 41	.084 42	.106 42	.587 42	.187 42	.675 42	.008 42	.252 42	.075 42	.321 42	.022 42	. 42

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).  
 \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

<sup>91</sup> Si bien los índices de significancia estadística reportan valores entre .05 y .01, las correlaciones se observan en el rango de Baja o Moderada (Bisquerra, 1987), por lo que estos resultados tienen un carácter únicamente orientativo.

Una representación gráfica de las correlaciones más relevantes es la siguiente.

**Esquema 10. Vínculos entre Componentes contextuales, académicos y personales del currículo**



Cabría recordar que el análisis cualitativo de las entrevistas al profesorado y las encuestas al alumnado, M1 y M2, reportó una mayor atención hacia la Profesionalización (23.7%) –Elementos Profesionalizantes-, y la Tr. PCI-CI (23.8%) –Sucesos-, sumando el 47.5% del total de menciones<sup>92</sup>; por tanto, es posible establecer una coincidencia entre los resultados estadísticos del Cuestionario, con el análisis de contenido de los textos de las entrevistas al profesorado y de las encuestas al alumnado M1 y M2.

El Esquema 10 sugiere que los Elementos Profesionalizantes –aquellos que convierten al estudiante en médico- se hallan estrechamente vinculados con los Sucesos de la Tr. PCI-CI con impacto en la formación, sucesos propios del Ciclo Clínico –corroborando la aseveración de ‘aquí es donde hacen de médico’-, ciclo donde los estudiantes comienzan a adquirir las Competencias Profesionales Específicas, mediante determinadas Metodologías docentes, a través de las Relaciones con profesores-tutores, residentes, médicos y otros miembros del personal sanitario. Interactuar en este ámbito les exige el desarrollo de las Competencias Académicas Genéricas –empatía, comunicación, técnicas de estudio, etc-, y a las que otorgan gran

<sup>92</sup> Los porcentajes corresponden a la suma (Profesorado + AlumnM1 + AlumnM2) de las menciones a las temáticas referidas, de acuerdo con las tablas 12, 13 y 14, del Apartado 4.5 sobre Instrumentos aplicados, Capítulo 4; excluyendo las temáticas Profesorado y Alumnado.

importancia. Tales atributos hacen que el alumnado pondere en alto el logro de los objetivos didácticos de las asignaturas y obtenga un mayor rendimiento académico. Es entonces, cuando se infiere una mayor vinculación entre la maduración personal y académica del alumnado que podría verse reflejada en su consideración acerca de los factores a tomar en cuenta para preseleccionar una especialidad médica.

#### **COROLARIO**

Transitar académica o laboralmente son dos de los procesos más complejos para el estudiante y para el egresado de una institución de educación superior. Ambas transiciones le suponen esfuerzo, motivación, adaptación y generación de nuevas expectativas, que habrán de estimularlo para transiciones venideras. En este tenor, la institución educativa ha de procurar que la experiencia formativa del alumno se vea afectada positivamente en la mayoría de aspectos posibles: desarrollo personal, competencias profesionales y académicas, rendimiento académico, entre otros.