



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**APORTES DESDE LA ANTROPOLOGÍA PARA LA FORMACIÓN DE  
PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO  
DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA**

**AUTOR: MAURICIO ESTEBAN BERRIOS HERRERA  
PROFESORA GUIA: MG. SALUD PÚBLICA ERIKA ROXANA RETAMAL  
CONTRERAS**

**TALCA-CHILE**

**AÑO 2021**

## CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2022



## **DEDICATORIA**

*A quienes están, estuvieron y estarán...*

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a la profesora Erika Retamal por acompañarme y guiarme durante este proceso de realización del modulo de memoria como profesora guía, y que bien queda ese título, ya que fue una guía a lo largo de este camino, no solo en la asignatura, sino que también en los múltiples ramos donde tuve el honor de que ella fuera la profesora.

También a todas las profesoras y funcionarios de la Escuela de Tecnología Médica, de quienes aprendí mucho, en todos los aspectos, que aunque muchas veces las cosas se veían complicadas, siempre daban el apoyo necesario para entender que la carrera, aunque difícil, no era imposible. Debo admitir que en un inicio no entendía el cariño al burdeo, como le llamaban, pero a medida que pasaban los años me encariñe mucho de este, y cada vez lo aprecio más.

A mi familia que siempre me apoyo en esta nueva carrera, que también fueron nuevos desafíos a superar, no sin dificultades, pero se pudo lograr y llegar a esta instancia. Todo lo que he ganado se los debo a ellos

Finalmente a mis amigos y amigas de la carrera, que siempre estuvieron ahí, tanto para estudiar como para compartir gratos recuerdos en laboratorios, clases y fuera de estos espacios de aprendizaje. También a mis amigos de Antropología, con quienes siempre estuvo apoyo y el cariño. Y a amigos de otras carreras, con quienes la relación es igual de fuerte.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
OBJETIVOS.....	7
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	8
MARCO TEÓRICO.....	12
1. DENTRO DEL AULA.....	14
1.1 DIRECTRICES.....	14
1.2 PLAN DE ESTUDIO/CURSO .....	21
1.3 INVESTIGACIONES EN EL AULA Y OTROS .....	29
2. INTERNADO .....	33
2.1 IDENTIDAD PROFESIONAL Y AMBIENTE .....	34
2.2 APRENDER HACIENDO.....	39
3. FUERA DEL AULA .....	48
3.1 SEXUALIDAD Y GÉNERO.....	48
3.2 CONCEPTOS Y ANALISIS .....	57
3.3 ETNOGRAFÍA Y OTRAS HERRAMIENTAS CUALITATIVAS.....	62
CONCLUSIONES .....	73
BIBLIOGRAFIA .....	75

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Recopilación inicial de artículos.....	9-10
Figura 1: Proceso de selección de artículos.....	10
Figura 2: Diagrama de Venn de la relación de los espacios de interés.....	13
Figura 3: Resumen subtema Directrices.....	21
Figura 4: Pool de oportunidades.....	45
Figura 5: Nodos primarios y secundarios.....	<b>47</b>

## RESUMEN

En la presente revisión bibliográfica se han descritos los aportes desde la Antropología para la formación de los profesionales del área de la Salud, en consecuencia con el objetivo general se analizaron los artículos recopilados y seleccionados desde diversas páginas web de revistas especializadas en el tema de enseñanza en salud dentro del periodo 2015 y mediados del 2020.. A continuación se presenta la información recopilada clasificada dependiendo del enfoque espacial que tenga, en concreto, dentro del aula, internado y fuera del aula, donde, por ejemplo, en el primer apartado se presentan directrices propuestas, distintos planes de clase e investigaciones realizadas en dicho espacio. Del mismo modo en el apartado de internado se presentan investigaciones realizados en dicho proceso del aprendizaje, donde se ponen en práctica los conocimientos adquiridos durante la formación dentro del aula. Y en lo que se refiere a fuera del aula se abarca un amplio campo de investigaciones que destacan como aportes en la comprensión de la aplicación de dichos aportes, como la etnografía, en el futuro que-hacer de los profesionales resaltando la relevancia de estos. Por último, se concluye que los aportes son variados pero enfocados en la metodología de investigación etnográfica, y se reconoce la ausencia de este tipo de investigaciones a nivel nacional y subcontinental.

Palabras clave: Antropología, Salud, Formación profesional, Etnografía, Internado, Aula.



## INTRODUCCIÓN

El ser humano, *Homo sapiens*, centro de la mayoría de los objetivos de investigación en el área de la salud, se caracteriza por poseer una naturaleza multidimensional, compuesta por su carácter biológico, social, cultural, psicológico y espiritual, por ende, es menester conocer todas estas dimensiones. Sin embargo de tener un origen común el conocimiento médico en la sociedad occidental, como bien queda plasmado en las obras relacionadas al tema escritas por Michael Foucault, esta se ha ido encasillando dentro de los paradigmas de la biología y la química principalmente, dejando la labor del especialista, solo en la zona de acción del paradigma biomédico. Si bien es cierto, esto ha permitido un avance exponencial del conocimiento, también lo limita y sesga. Con el avance de los años y la toma del peso de la importancia de los factores socioculturales, el campo de acción y el interés se ha ampliado, tomando enfoques multidisciplinarios, que buscan tener una imagen más amplia de los fenómenos de salud.

Una de las disciplinas que tiene mucho que aportar al respecto del tema salud, es la Antropología, disciplina fundada como ciencia que estudia al Ser humano en todas sus dimensiones. En sus cuatro corrientes principales proporciona una visión global del ser humano: Antropología Sociocultural, enfocada en los fenómenos sociales y culturales; Antropología Física, la cual se interesa en el aspecto biológico del Humano; Arqueología, encargada del estudio de los registros materiales del pasado; y la Lingüística, preocupada del estudio del lenguaje, su evolución y estructura. Uno de los temas importantes de la disciplina antropológica, es el estudio y entendimiento del proceso salud/enfermedad, como un proceso cultural, debido a esta necesidad surgió una subárea llamada Antropología Médica o de la Salud.

El primer paso en la formación de las y los profesionales de la salud es la universitaria, que se encarga de dar cuenta de los aprendizajes tanto técnicos como teóricos, sumando a esto: la formación humana, que es indispensable para el desenvolvimiento en la sociedad de un ser íntegro. Las instituciones de educación superior formulan perfiles de egreso de sus carreras, syllabus de los cursos, además de los respectivos objetivos y lineamientos que las distinguen de otras, pero siempre con el mismo fin, el de formar profesionales íntegros.

En Chile existe el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH) el cual está conformado por 29 instituciones, las cuales son tanto privadas como públicas, estas se encuentran adscritas al Prueba de Selección Universitaria (PSU), prueba, actualmente discontinuada, que debía ser rendida para poder ingresar a las distintas carreras ofrecidas. De todas estas, 24 instituciones imparten carreras del área de la salud (Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Nutrición y Dietética, Obstetricia y puericultura, Odontología, Tecnología Médica y Terapia Ocupacional), cada una posee sus propias mallas curriculares, dando así un amplio panorama de cursos ofrecidos que tienen ciertas similitudes, pero dejando la puerta abierta a diferencias entre ellas. Cabe señalar que desde el 2020 la PSU fue reemplazada por la Prueba de Transición Universitaria (PTU) y el país se encuentra en un proceso de transición hacia un nuevo mecanismo de admisión.

La pertinencia de la realización del presente escrito es la necesidad de recopilar y evaluar, mediante análisis documental, los distintos syllabus disponibles de los cursos impartidos en las carreras de salud pertenecientes al CRUCH relacionados con la Antropología. Esto nace debido a las necesidades actuales en la formación de profesionales de salud competentes, no solo desde el punto de vista técnico, sino que también humano, dada la creciente crítica de la deshumanización en el trato del paciente, tema principal desde finales del siglo pasado. En este un momento de inflexión en la sociedad chilena, los distintos movimientos sociales que han estado en el acontecer nacional han mostrado un descontento generalizado y una

búsqueda del fin de la sociedad del consumo neoliberal, en especial de la “industria” de la salud, y al ser la universidad la proveedora de los profesionales sanitarios, es menester saber qué se está enseñando y el cómo se está haciendo.

En base a lo anterior es necesario conocer lo que ha estado realizando el mundo académico en relación con la integración del conocimiento generado por la Antropología en la formación de los futuros profesionales de la Salud en el último tiempo. De este problema emanan las siguientes interrogantes: ¿Existen publicaciones relacionadas con la influencia de la Antropología en la formación de profesionales de la salud?, y de ser así ¿Qué es lo que se ha publicado últimamente con relación a esto?

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

- Realizar una revisión bibliográfica sobre los aportes de la Antropología a la formación de profesionales de la salud en revistas especializadas en idioma inglés y español entre los años 2015-2020

### Objetivos específicos:

1. Identificar los temas antropológicos en los artículos de revistas especializadas en educación universitaria en el área de salud entre el 2015-2020
2. Organizar los temas antropológicos identificados en los artículos de revistas especializadas en educación universitaria en el área de salud entre el 2015-2020

## METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La metodología que se utilizó se basa en la implementación de un estudio cualitativo en el marco del Análisis Documental. Esta es caracterizada por Pinto, quien destaca que *“está constituido por un conjunto de operaciones (unas de orden intelectual y otras mecánicas y repetitivas) que afectan el contenido y a la forma de los documentos originales, reelaborándolos y transformándolos en otro de carácter instrumental o secundarios, con el objetivo último de facilitar al usuario la identificación precisa, la recuperación y la difusión de aquellos”*(1). Este método nace de la necesidad surgida en el último tiempo por la explosión del conocimiento científico, de los documentos generados tanto por la comunidad científica, esta abrumadora cantidad agobia a los investigadores interesados en la utilización de estos, mediante la generación de un documento secundario.

Al tener parámetros de interpretación personal y subjetiva, se debe procurar ser sistemático en la organización de la información recopilada de los distintos documentos, como se menciona en el artículo de López, *“en tanto que esfuerzo de interpretación, el análisis de contenido se mueve entre dos polos: el del rigor de la objetividad y el de la fecundidad de la subjetividad. Disculpa y acredita al investigador esa atracción por lo oculto, lo latente, lo no aparente, lo potencial inédito, lo <<no dicho>>, encerrado en todo mensaje”*(2).

Dentro del análisis interno, se pueden encontrar diferentes formas para su realización, siendo estos: indización, subdividido en palabras claves y descriptores; resumen; y clasificación. Siendo el tercero el que se utilizara en este documento, este *“es “ordenar o*

*disponer por clases". Se entiende por clasificación documental el proceso de análisis por el cual un documento es identificado y ordenado por clases, definidas éstas según el contenido del propio documento"(3). Esta forma de análisis requiere que el autor posea ciertas características, como capacidad de síntesis, comprensión lectora y comprensión de los conceptos a tratar en los documentos a analizar. El objetivo es el de "permitir el agrupamiento de materias específicas en clases mayores o más genéricas para facilitar la organización, almacenamiento y recuperación de la información a partir de un tema amplio"(3).*

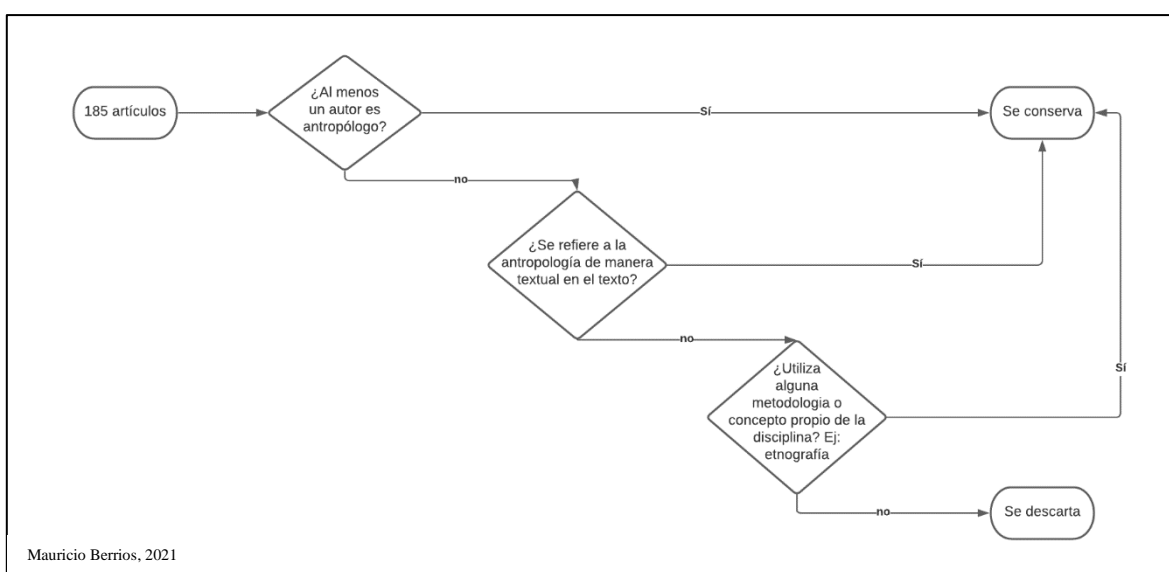
Primeramente se buscó la palabra *antropología* (*anthropology* para las revistas en inglés) para el periodo que comprende entre el 2015-2020 en revistas especializadas en la educación universitaria de las carreras del área de salud, siendo estas: Academics Medicine, Advances in Health Sciences Education, BMC Medical Education, Canadian Medical Education Journal, Health professions education, Investigación en educación médica, Investigación y educación en enfermería, Journal of educational evaluation for health professions, mededportal, Medical education, Medical education online, medical Science Educator, Medical Teacher, Perspectives on Medical education, Revista ciencias de la salud y Teaching and learning in medicine, esto se presenta en la Tabla 4.

**Tabla 1: Recopilación inicial de artículos.** Cantidad de artículos incluidos mediante la utilización de palabra clave

Nombre revistas	Cantidad de publicaciones encontradas
Academics Medicine	38
Advances in Health Sciences Education	10
BMC Medical Education	24
Canadian Medical Education Journal	6
Health professions education	2
Investigación en educación médica	1
Investigación y educación en enfermería	12
Journal of educational evaluation for health professions	1
Mededportal	4
Medical education	31
Medical education online	5

Medical Science Educator	10
Medical Teacher	6
Perspectives on Medical education	10
Revista ciencias de la salud	14
Teaching and learning in medicine	11
<b>TOTAL</b>	<b>185</b>

Luego se realizó un análisis manual del contenido de los artículos seleccionados en la instancia anterior, con el fin de determinar la presencia de contenido antropológico, proceso que quedó graficado en la Figura 1.



**Figura 2: Proceso de selección de artículos.** Se presenta de forma esquematizada el proceso de selección de artículos.

El primer filtro que se utilizó fue el ¿Al menos un autor es antropólogo?, esto ya que muchos artículos simplemente mencionan la palabra antropología como un ejemplo, por lo que al tener ya un autor correspondiente a esta disciplina implica que fue parte en la confección, aplicación y discusión del artículo en cuestión, aportando así el punto de vista antropológico que se busca en la revisión. Si la respuesta es positiva se agrega a la carpeta de artículos a utilizar.

Un segundo filtro corresponde a ¿Se refiere a la antropología de manera textual en el texto? Si ninguno de los autores corresponde a un profesional del área, esto no implica que no pueda usar los conocimientos emanados desde esta, por lo que se revisó el escrito para ver la presencia de estos. Si la respuesta fue positiva se agrega, por otro lado, si fue negativa pasa al tercer filtro.

El ultimo filtro responde a ¿Utiliza alguna metodología o concepto propio de la disciplina?, esto es una profundización del filtro anterior, ya que es mucho más específico. Si la respuesta fue positiva se agrega, pero si fue negativa se descartó.

Luego de este proceso de selección se utilizaron 52 artículos, siendo estos mayoritariamente en idioma inglés, y en menor medida en español.

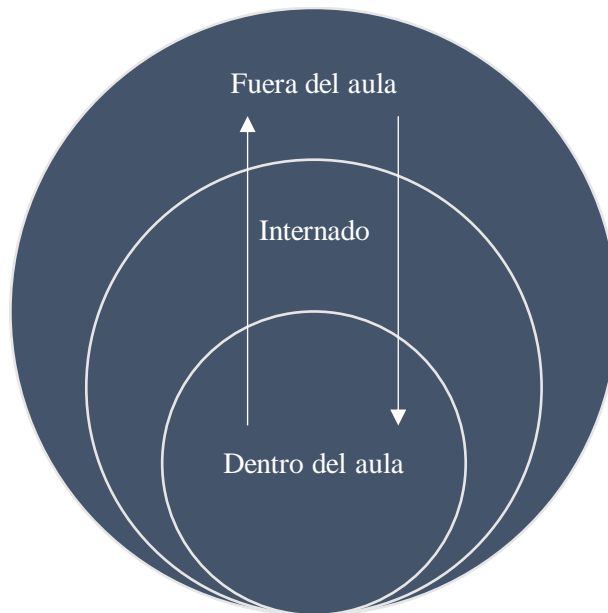


## MARCO TEÓRICO

En esta sección se encuentra dispuesta la información obtenida mediante la revisión bibliográfica realizada. Se toma el aula como punto de referencia, ya que, este es el epicentro de la formación de las personas que se inmergen en alguna de las tantas disciplinas del área de la salud, este espacio genera una visión comunitaria (alumnos, profesores y funcionarios) del lugar, en el cual existe un consenso y un reconocimiento explícito del valor que posee para dicha comunidad (4). Con el fin de una mayor comprensión de estas se consideran tres grandes secciones, siendo estas denominadas:

- Dentro del aula
- Internado
- Fuera del Aula

La relación entre estos tres espacios se representa en la Figura 2, en el centro se encuentra Dentro del aula, como espacio neurálgico del aprendizaje, donde se dan los primeros pasos teóricos y técnicos; seguido inmediatamente está Internado, que es un paso donde se difumina la frontera entre el espacio protegido, que es la universidad, con la praxis de la disciplina, que puede ser un hospital, una clínica, un laboratorio clínico, entre otros; como tercer espacio se encuentra todo el conocimiento que se genera fuera del aula. También se observan dos flechas, las cuales representan la retroalimentación entre estos espacios.



Mauricio Berrios, 2021

**Figura 2: Diagrama de Venn de la relación de los espacios de interés.** Se representa el como interactúan los distintos espacios de formación profesional. (Elaboración propia)

La sala de clase es el epicentro de la formación occidental institucionalizada, aquí se dan los conocimientos necesarios para desenvolverse dentro de un ambiente protegido y con una guía directa de profesores especialistas en diferentes áreas que conjuntan sus saberes y los transmiten a la futura generación.

Por su parte la unidad de “Internado” presento una cantidad considerable de artículos centrados en esta temática, donde los dos subtemas presentados fueron los de relación entre internos, residentes y trabajadores, y la importancia del aprender haciendo.

La tercera parte, la comprenden los artículos que se enfocan en temáticas nacidas fuera del aula, esto no refiere a que no tengan influencia fuera de la sala de clase ni en el posible aprendizaje que se quiere resaltar, sino que más bien, refiere a la que estos temas provienen desde investigaciones realizadas, por ejemplo, en una población y que los resultados que

obtuvieron pudiesen ser aplicados en la formación de los profesionales del área de la salud. Teniendo esto presente se dividió esta unidad en los siguientes subtemas: competencias culturales, género, historia de la disciplina, lugar de trabajo, método de investigación y raza (como concepto, no como clasificación biológica).

## 1. DENTRO DEL AULA

En primer lugar se definieron las principales directrices por las cuales se están apostando en la formación de los futuros profesionales, siendo estas como el enfoque en las Ciencias Sociales, en particular, y/o en conceptos relevantes como cultura, justicia y poder. Además se agruparon distintas experiencias de planes de clases y cursos enfocados en diversas carreras de formación, principalmente, de pregrado en el área de la salud, con un enfoque notorio en las profesiones Médica y de Enfermería. Otro subtema de igual relevancia son las investigaciones a nivel de aula que son realizadas, en la mayoría de los casos, por un grupo interdisciplinario donde hay por lo menos un antropólogo y/o se utiliza la técnica emblema de la disciplina, que es la etnografía en sus múltiples variantes.

### 1.1 DIRECTRICES

La formación dentro de las carreras del área de la salud se ha encontrado tradicionalmente ligada al conocimiento biocientífico, pero los nuevos requerimientos de la sociedad exigen que los nuevos profesionales vean más allá del paradigma biomédico y sus habilidades técnicas. Por este motivo Kuper, *et al* (5), busca identificar cuáles son los conocimientos que

traspasan el paradigma biomédico y que son necesarios para apoyar la formación y que se cumplan los seis roles “*non-Medical Expert CanMEDS*”, esto último refiere a que los médicos requieren ser competentes en distintos roles para poder ejercer como profesionales, estos son el rol de comunicador, colaborador, líder, de mánager, defensor de la salud y académico, además del séptimo rol que es el de experto médico. El artículo resalta la importancia de los conocimientos que no pertenecen al área netamente biomédica, pero que si son parte del constructo social que se genera alrededor de lo que es un “buen médico”, el cual pasa a ser un profesional que requiere un conocimiento holístico del ser humano, donde se clasificaron dos grupos de temas, el primero es la relación de los futuros médicos con el mundo, agrupando: contextualización, estatus socio-económico y diferencias/binarios; por su parte el segundo grupo de temas es el de la relación del futuro médico consigo mismo, que considera: ambigüedad, evolución del conocimiento, identidad/cultura médica, conflicto de su rol médico y la autoconsciencia.

Siguiendo con el artículo en Kuper, *et al* (5), estos temas considerados transversales nacen desde la epistemología del profesional, que en el caso particular del artículo refiere a la profesión médica, pero que puede ser expandida a la totalidad de los profesionales del área. Este punto epistemológico se divide en tres conocimientos que terminan por abarcar los mencionados en el párrafo anterior, siendo el primero la Cultura, el cual implica asumir que el conocimiento biomédico es una cultura en sí, y tiene el deber de ser útil para el resto de la sociedad desde sus paradigmas. Pero esto no es todo, también se requiere implementar programas que guíen en la comprensión de las otras culturas existentes y que rodean la propia, como mencionan Kuper, *et al*. existe un fuerte apoyo para la necesidad de que en los planes de estudio médicos se fomente explícitamente la conciencia y el respeto por las diferencias culturales, así como el conocimiento del impacto de la cultura en la salud, en el acceso a la atención médica y en las creencias en salud.

El segundo de estos refiere a Justicia, donde Kuper, *et al.* (5) lo divide en lo que respecta a la moral, leyes y ética profesional, y a la justicia social. La primera responde a las necesidades del profesionales, en este caso, médico, como el cumplimiento de la legislatura vigente, los códigos de ética interno establecidos por la misma profesión y además la moral que debe ser traducida para el rol que va a ejercer; la parte de la justicia social, abarca desde los conflictos de interés económicos, el acceso equitativo a la atención, grupos minoritarios de la población, entre otros.

El tercer y último punto es el Poder, el cual según la investigación de Kuper, *et al.* (5) los participantes de esta lo definieron como tener influencia o control sobre las creencias, comportamientos y los valores de individuos, grupos o instituciones, donde la finalidad de resaltar este aspecto. Es que en la formación de los futuros profesionales debe haber una concientización del poder que ellos poseen y sean responsables en sus accionar.

La idea del buen doctor también se puede abordar y pensar dentro de la teoría del Mundo figurado, siendo la relación entre estas planteada por Bennet, *et al.* (6), donde en simples palabras quiere decir que el espacio social es un modelo cultural socialmente construido, una herramienta del pensamiento que relaciona las prácticas sociales, donde se generan modelos típicos con comportamientos típicos que son reconocidos por todos los integrantes del grupo social, además de la existencia de relaciones de poder y jerárquicos como parte de la narrativa típica. El mundo figurado forma parte del contexto de interpretación de uno mismo con sus acciones y trabajo, formando así la identidad figurada.

Cabe señalar que en el artículo de Bennett, *et al.* (6) analiza desde esta teoría dos testimonios narrativos de estudiantes en internado clínico de medicina. En base a todo esto

se postula que los beneficios que acarrea la utilización de la teoría de los mundos figurados: 1) prever aspectos antes no visibles del desarrollo de la identidad de la educación médica, el cual se encuentra dominado por el discurso de la estandarización, como el término de "*good doctor*" o "*buen médico*", recalcando además de que la identidad es algo fluido, y que va variando con el tiempo, sumado a que no hay dos personas ocupando el mismo sitio; 2) dar otra mirada al examinar discursivamente como los individuos orquestan los discursos de género, raza y clase social desde la medicina; y 3) encontrar las influencias de la cultura en el mundo de la medicina, tanto el currículo formal como en el oculto en la formación de la identidad y de los comportamientos profesionales.

Son estos tres pilares los que se buscaron implementar/reforzar en los siguientes artículos, pudiendo ser tanto de manera implícita como explícita, los cuales se encuentran la siguiente sección, donde se abordó los distintos proyectos de planes de estudio/cursos que han sido impartidos en distintas universidades, principalmente en Estados Unidos.

El artículo de Kasper, *et al.*(7) destaca también la importancia de incluir en la formación de pregrado a las Ciencias Sociales como factores críticos, con especial enfoque en la Medicina Social y la Salud Global. La Medicina Social es el estudio sistemático de las relaciones entre la sociedad, enfermedad y medicina, incorporando disciplinas cuantitativas (como la economía, demografía y epidemiología) con cualitativas (como la antropología, historia y ciencias políticas) con el fin de entender como los factores sociales micro y macroscópicos influyen en la salud humana y su distribución en el mundo. Nace de la necesidad de entender los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad, la diversidad del comportamiento y las prácticas en salud, y los factores sociales que afectan la efectividad del tratamiento. Esta ayuda a esclarecer las siguientes interrogantes: ¿Quién es más probable de enfermar? ¿Por qué? ¿Cómo el médico puede prevenir la enfermedad?; una vez que la persona cae enferma y busca atención, ¿Qué se puede hacer para aprovechar los

conocimientos biológicos y sociales para mejorar la prestación en salud y, en última instancia, optimizar la salud y el bienestar de la población? Las críticas hacia la enseñanza de esta disciplina fueron agrupadas en tres grupos:

- pragmáticas, la cual refiere a que los estudiantes son formados dentro del paradigma biomédico, y debido al "currículum oculto" menosprecian la medicina social;
- la crítica antisocial, la cual refiere a que solo basta con el mejoramiento de la tecnología y el desarrollo de la ciencia;
- medicina local sobre la global, generando así una falsa dicotomía entre esta.

Para los autores el sumar estos conocimientos en la formación de pregrado regula la balanza entre los estudiantes que quieren dedicarse al ejercicio de la profesión tanto en el área clínica tradicional como a aquellos que buscan aplicar sus conocimientos fuera de esta.

Otro tema que se encuentra implícito en las directrices mencionadas con anterioridad es la de cómo es percibido el cuerpo por los profesionales, lo cual es un reflejo del como aprendieron sobre éste. Como reportan Kelly, *et al.* (8) la formación inicial en los múltiples programas relacionados al área de la salud, con respecto al cuerpo, es dividirlo en sistemas y luego volver a dividirlo a órgano, luego a tejido, células, componentes intracelulares e incluso llegando a los contenidos genéticos de estos, para luego, al momento de realizar el análisis de un caso se va desde lo simple a lo complejo, dejando de lado lo que implica la mente humana, en palabras de los autores, se genera un cuerpo-objeto. También influye el valor que se da a los distintos sentidos que disponen los humanos, donde últimamente y con los avances tecnológicos se ha dado una importancia vital a la vista, seguida muy de lejos por la auscultación y el tacto, los ejemplos que refieren para demostrar dicha preponderancia es la del microscopio, las radiografías y las ecografías, entre otras, ya que estas “muestran la verdad”. Se plantea la visión paradójica que existe entre la educación médica que trata al cuerpo como un “hecho bruto de la naturaleza”, en contraposición con la visión que se posee en otras disciplinas, como antropología, sociología, filosofía, educación y neurociencia, donde el cuerpo es una fuente rica para la comprensión humana. Para subsanar la diferencia

de perspectiva resumidamente presentadas los autores presentan el concepto de “body pedagogic” (pedagogía del cuerpo).

El concepto de pedagogía del cuerpo es definido por los autores como el lugar específico en el que se encuentra el cuerpo en la enseñanza y el aprendizaje, esto se refiere a los medios por los cuales la cultura transmite las técnicas corporales, habilidades y disposiciones, la experiencia que esta genera y los cambios que produce el proceso. En base a esta definición las autoras proponen una perspectiva interdisciplinaria para su aplicación en la educación de los profesionales de la salud, siendo los puntos de esta: significado institucional, experiencias corporizada y resultados corporizados. Para cada uno de estos las autoras mencionan alguna actividad asociada que facilitaría observar y mejorar en la percepción de lo que es el cuerpo (7).

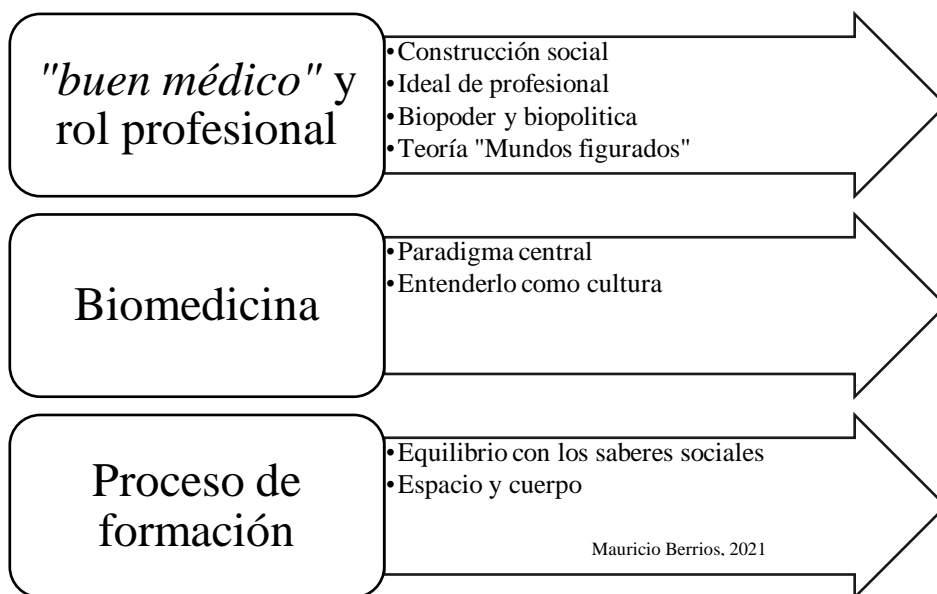
El significado institucional refiere a como las instituciones dan forma a las prácticas corporales de sus miembros. La educación en Ciencias de la Salud tiene lugar, por lo general, en espacios diseñados para el aprendizaje, como es una sala de clases o un auditorio, también se considera un lugar de aprendizaje las prácticas clínicas. Estos espacios poseen sus propias rutinas y rituales, los cuales son aprendidos por los neófitos para luego ser utilizados cuando corresponda, donde también existen fenómenos de emulación del comportamiento de profesores o superiores al momento de presentar o la posición en la que se presentan. En este caso se menciona que las técnicas asociadas son los lugares y la disposición del cuerpo, para el primero se mencionan la disposición de laboratorio, teatros, órganos de plásticos y lugares adecuados para la simulación profesional; la segunda técnica es la de disposición corporal, donde la postura y la ropa son ejemplos clarificantes (7).



El segundo punto es el de la corporeización de la experiencia, la cual refiere a como los individuos se sienten, como se autoperciben fisiológicamente afectados y como se orientan en las actividades a realizar, siendo el ejemplo utilizado por las autoras el de una sala de clase, donde el profesor debe estar de pie por un periodo prolongado de tiempo y además controlar el aparato digital que utiliza como soporte, y los alumnos por su parte, deben estar sentados dicha cantidad de tiempo, lo cual puede ser incomodo o no, donde varia lo que se escucha o ve dependiendo de la posición en la que se encuentre dentro del salón. Se deja en claro que estas son habilidades que encarnan en los sujetos y ocurren en las distintas áreas involucradas tanto en la formación como el lugar de trabajo futuro, sea este un pabellón, laboratorio, entre otros. En este caso las técnicas se basan en el lenguaje, el uso de representaciones gráficas, el uso del cuerpo y el uso de materiales improvisados (7).

El tercer y último punto son los resultados incorporados, lo cual refiere a los cambios en las capacidades corporales que ocurren como consecuencia del aprendizaje, siendo la técnica por desarrollar en esta la del hábito de practicar los conocimientos, como por ejemplo la venopunción (7).

En la Figura 3 se presenta una síntesis de lo mencionado en esta subtema. En primer lugar se encuentra el imaginario que impera y el ideal ser que se busca formar, se nombra por los autores como “*buen médico*”, ya que esa era la profesión central del estudio de Kuper, *et al.*(5), pero las características que menciona se pueden extrapolar a las demás profesional del área de la salud. Se suma a esto la idea de poder, del cual deben ser conscientes los futuros profesionales, de cómo este afecta y altera la percepción que va a tener la sociedad de él.



**Figura 3: Resumen subtema Directrices.** Hay tres directrices principales en la formación que se ha explicitado en los artículos analizados, siendo estos el imaginario del *"buena médico"* y el futuro rol profesional, Biomedicina como paradigma central y el Proceso de formación en sí.

Los otros dos temas, aunque se presenten de forma separada, se encuentran relacionados. La biomedicina es el paradigma central en el área de la salud y lo ha sido por bastante tiempo, lo que se menciona es que se debe empezar a ver como es, como una forma cultural de explicar los fenómenos de salud, lo cual permite no menospreciar las otras formas de explicar estos fenómenos, al tener eso ya en mente, el futuro profesional se encuentra en condiciones de entender la realidad de forma completa y valorar la diversidad cultural. También esta presenta la forma del cómo se adquieren los conocimientos y el rol que cumple el cuerpo en este proceso, el lugar y la forma de vestir, todo esto terminan siendo factores relevantes.

## 1.2 PLAN DE ESTUDIO/CURSO

Al aula no se llega en blanco, existe todo un bagaje que se acarrea desde el lugar de proveniencia y la educación que se recibió con anterioridad a la entrada a la universidad, lo

que motivo la generación de un programa de verano que fue estudiado por Crump y Steven (9), el problema en el que se basa la investigación es la disrupción que se genera en los estudiantes de medicina provenientes de áreas rurales que se trasladan a áreas urbanas para poder estudiar, lo cual genera que sean más reacios a ejercer su profesión en su lugar de origen. Se estudiaron intervenciones donde 59 estudiantes de provenientes del área rural en un programa de verano de tres semanas de estudios preclínicos, donde se les enseñaron aproximaciones holísticas a la entrevista con el paciente y aprender en base de la práctica rural. Se destaca en la contextualización un fenómeno en donde los estudiantes rurales llegan a la ciudad, se adaptan a esta vida urbana y luego no vuelven a ejercer su profesión a sus pueblos, esto lo explican mediante ese mismo proceso de adaptación. El objetivo principal del programa es hacer que los estudiantes inscritos en este se sientan cómodos al hablar con pacientes rurales. Uno de los resultados interesantes de estos programas es que los estudiantes se comienzan a cuestionar el paradigma biomédico, ya que comienzan a valorar las diferencias entre las prácticas médicas. El objetivo a largo plazo es preparar al estudiante rural para soportar la disrupción que se genera al estar dos años estudiando las ciencias básicas, inmerso en el ambiente urbano, factor difícil de medir.

Una nueva experiencia recientemente descrita y evaluada es la del Bachelor Health Humanities de la University of Toronto Scarborough, publicada por Costa, *et al.* (10), quienes realizaron entrevistas semi estructuradas y grupos focales en tres periodos de tiempo claramente definidos en: antes, durante y después del curso de Introduction to Health Humanities. Aunque no se profundizan los contenidos de dicho curso, si mencionan que su enfoque busca que se vea más allá de lo clínicamente visible durante la atención en salud, como son los puntos de las directrices anteriormente mencionadas. Lo importante es que los resultados indican un desarrollo progresivo en la valoración de los conocimientos en las humanidades y su aplicación en salud, registrados en los tres periodos mencionados. En la primera fase se constata escepticismo y desvaloración del conocimiento que pueden brindar las humanidades, para pasar luego a considerarla como una herramienta útil, pero de doble filo, y finalmente llegar a decir que los conocimientos que les han dado en el curso les han

tocado en lo profundo de su ser y llegando incluso a que cambien su opción profesional en algunos casos y se dediquen a estudiar alguna de esas carreras.

Más allá de las experiencias de los estudiantes partícipes del curso, los autores destacan que se demuestra que la exposición al punto de vista Humanista de la salud al nivel de Bachiller catapultó la participación de los estudiantes en los distintos programas relacionados con el área en su formación profesional futura (10).

Un plan de estudio que busca comprender los tres pilares mencionados anteriormente es el descrito e investigado por Clementz, *et al.* (11), el cual se llama “*Original Identity*”, diseñado con la finalidad de abordar la disparidad en la atención médica basada en la diferencia/familiaridad con la cultura de la población y evitar los enfoques tradicionales. Para esto se produjo una asociación entre la Louis Stokes Cleveland VA Medical Center’s Center of Excellence in Primary Care Education Transforming Outpatient Care (CoEPCE-TOPC), programa interprofesional que tiene como misión preparar a los futuros profesionales del área de la salud en el modelo de hogar centrado en el paciente, y la colaboración del Cleveland Museum of Natural History (CMNH). Gracias al trabajo en conjunto de ambas entidades se pudo dar las herramientas a los estudiantes para reconocer y abordar los sesgos inconscientes usando un enfoque bioantropológico. El programa posee tres etapas, la primera se denomina human origins gallery donde se presentan los orígenes de la especie humana y la similitud genética con los ancestros; la segunda es Shared genetic heritage and cultural construction of race, donde se enseña sobre la herencia genética de la humanidad y la construcción biocultural del término raza para entender las implicaciones en el diagnóstico y el tratamiento; finalmente se aplica lo enseñado en casos clínicos de estudio, donde se ponen en juego prejuicios, estereotipos e incertezas clínicas. El programa ha sido bien valorado por los participantes, quienes destacan su utilidad para el desempeño de sus futuras profesiones, como Medicina y Enfermería.

El curso presentado y evaluado por Dao, *et al.*(12) es el de Introducción a la Medicina y Sociedad de la School of Medicine de la Universidad de Pensilvania, donde se busca agregar a este una introducción a las competencias culturales, esto basado en los esfuerzos realizados desde la estructura de formación basada en competencias que buscan incorporar los conocimientos de la intersección entre Medicina, Ciencias Sociales y las Humanidades. El prisma teórico en el que se basa este programa es el de la consciencia crítica al leer lo que ocurre en el mundo, que busca llevar más allá de lo que exterioriza el paciente, como son los conflictos de poder o la situación socioeconómica. Los tres conocimientos que se mencionaron son impartidos con los siguientes focos: Medicina, con el fin de darle relevancia clínica al curso; Ciencias Sociales, para dar una introducción a la rigurosidad de los estudios sociales y los marcos teóricos utilizados; y Humanidades, que busca generar una disrupción perceptual al estudiante respecto a sus creencias generando así nuevas perspectivas y emociones. Este ha sido evaluado por el periodo 2012-2015, donde se ha podido encontrar diferencias significativas en el efecto positivo que tiene este curso en los alumnos, quienes año tras año han ido mejorando la percepción y los efectos que éste tendrá en su ejercicio profesional a futuro. Por ejemplo la percepción de “valor educacional/cuanto se ha aprendido” ha tenido un aumento de un 2,8 inicial a 4,1 en el intervalo mencionado, similar aumento se aprecia en la evaluación de la carga académica, la coherencia y organización del curso, y la claridad de objetivos y metas. Aun así los autores destacan la necesidad de reconocer que el aprendizaje socio-médico debe ser longitudinal y se requiere mucho más que un solo semestre para que este eche raíces en los alumnos.

También en Arkansas se han realizado reportes/investigaciones relacionadas a la introducción de la educación interprofesional y las competencias culturales, esto queda registrado en el artículo de McElfish, *et al.*(13), donde se presenta un programa piloto de entrenamiento realizado por la University of Arkansas for Medical Sciences Northwest, siendo el principal objetivo de este el de “*facilitate learning and changes in knowledge, attitudes, and behavior by having medicine, nursing, pharmacy, and radiologic imaging science students work directly with different cultures and health professionals*”. Para cumplir

con el objetivo, el programa posee una asociación estratégica con una comunidad migrante proveniente de la República de las Islas Marshall, siendo este un flujo poblacional que ha ido aumentando en la zona a intervenir. Se generan tres instancias de aprendizaje, la primera de seminarios educativos, compuesta de dos presentaciones de 60 minutos con sus respectiva sesión de preguntas y respuestas, donde los expositores son un profesional de la salud que esté inmerso en la comunidad y un antropólogo cultural perteneciente a la población migrante y con estudios en la University of Hawai'i, estas abarcan la historia, creencias, cultura, disparidad y creencias en salud, y finalmente unas recomendaciones para trabajar con y en la comunidad objetivo. El segundo paso es el aprendizaje clínico mediante una clínica dirigida para ese fin, aquí los alumnos tienen la oportunidad de trabajar en el tratamiento de la diabetes en los pacientes de la población migrante, formándose grupos de estudiantes de las distintas áreas para que trabajen en conjunto. Finalmente se realizan trabajos en la comunidad los días domingo después de misa, donde se ponen puestos de autocuidado, medición de hemoglobina glicosilada y colesterol.

Los autores destacan que este es el primer programa universitario que integra la interprofesionalidad y las competencias culturales con un enfoque en una población local con una notable disparidad en las condiciones de salud en comparación con la población local. Con el fin de aprovechar la instancia, se realizó la evaluación tanto en forma cuantitativa, como cualitativa a nivel de los estudiantes, obteniendo resultados positivos en ambos casos, destacando la valoración que se daba a los temas de trabajo en equipo y colaboración, identidad profesional, roles y responsabilidades, aspectos que se evaluaron pre y post participación en el programa. Por otro lado, los resultados cualitativos mostraron cambios en tres temáticas a evaluar: la del cambios en el conocimiento, donde los estudiantes no solo aprendieron de los otros sino que con los otros; cambio de actitudes, tanto hacia las minorías como a los otros profesionales; y cambios en el comportamiento, similar al punto anterior (13).

Otra forma de generar los conocimientos esperados necesarios para los futuros profesionales del área de la salud son los denominados “role-play” basados en narrativas reales, con el fin de preparar a los futuros profesionales, siendo esta la base de la evaluación/presentación del programa reportado por Takahashi, *et al.* (14) en la Escuela de Medicina de la Universidad de Nagoya (Japón), donde refieren que desarrollaron en el cuarto año de formación un programa que combina la realización de la pasantía en atención ambulatoria con el “role-play” entre pares utilizando narrativas reales de los pacientes ambulatorios reales con los que han interactuado los estudiantes durante sus pasantías. El ejercicio “role-play” inicia con los estudiantes en las jornadas de mañana que van de a uno, divididos día por día, a una pasantía con pacientes ambulatorios, para luego dos días a la semana reunirse en el centro de simulación, y guiados por un tutor se discuten los objetivos del día y se pasa a realizar el ejercicio, para finalmente tener una discusión sobre lo observado. El “role-play” en sí, consiste en que dos estudiantes que anteriormente habían realizado una entrevista con un paciente hagan el rol del paciente y otros dos estudiantes efectúen el rol de médico, mientras que el resto del curso se encuentra en otra sala observando lo que pasa, esto dura aproximadamente diez minutos. Las habilidades que se espera que los estudiantes desarrollen se clasifican en los tres actores mencionados, así respecto a los estudiantes que hacen el rol de médico se espera que estos tengan las habilidades comunicacionales y aplicar el conocimiento clínico, además de entender la perspectiva del paciente; por su parte, se espera que quienes realizan el rol del paciente cumplan satisfactoriamente esta tarea, teniendo incluso que improvisar datos cuando se hagan consultas inesperadas, existe la precaución de que no se revele el nombre del paciente, pero si otros datos como el sexo, género y edad; finalmente los observadores están en una sala aparte, donde solo pueden ver lo que ocurre y no escuchar, esto con la finalidad de que al momento previo de la discusión el grupo curso vea y escuche en conjunto lo sucedido. Cuando culmina la actividad de simulación, se observa el video en conjunto, el estudiante que ejerció el rol de médico realiza un resumen y los demás estudiantes observadores realizan sus propias apreciaciones clínicas, además, esta la oportunidad de profundizar aún más respecto a la historia clínica del estudiante-paciente; luego de la discusión el estudiante-paciente simulado, revela lo sucedido durante la jornada en la que ocurrió la escena simulada, para así continuar con la discusión. Es importante señalar que el tutor no participa

activamente y solo entre en acción cuando la discusión se desvía del tema o de la realidad, además de participar al final para contestar dudas y realizar una conclusión.

Las carreras de la salud de los países desarrollados tienen un programa, llamado International Service-Learning Trips (ISLTs), donde llevan a estudiantes a países de muy bajos o bajos ingresos para realizar actividades relacionadas con salud y responsabilidad social, todo esto desde una perspectiva de la Salud Pública Global. El objetivo de la investigación realizada por Ventres y Wilson (2015) es enumerar las actitudes positivas, negativas y los aprendizajes posibles que puede ganar el estudiante. Los primeros serían: apertura de la mente, humildad, generosidad, paciencia y excelencia. Por otro lado, las actitudes negativas son: arrogancia, hegemonía (referido a la actitud existente entre el país desarrollado desde el cual provienen los estudiantes en relación al país objetivo del ISLT), balcanización (no pueden ver el bosque por culpa de los árboles), deuda (se refiere a que los participantes se ponen en la posición de que los habitantes les deben algo como forma de pago por sus servicios) y poder por proxy (se refiere a realizar las actividades internacionales meramente por conocer a alguien que conoce a alguien que le da la oportunidad y no por reales motivaciones). Finalmente, este tipo de metodología del aprendizaje brinda al estudiante actitudes de enseñar y aprender, ser curioso, a priorizar el aprendizaje, practicar la reflexión personal, elegir mentores y modelos sabiamente, crecer como persona, valores educativos/desarrollo, descubrir que es un proceso compartido, ya que el conocimiento va en ambas direcciones. El trabajo internacional los prepara para trabajar en el propio país, que reconocer el contexto es la llave del éxito y la importancia crítica del autoexamen (15).

Cabe recordar que el proceso de aprendizaje no solamente ocurre en pregrado, ya que luego de esto, continúan los procesos de especialización, ya sea programas de Magíster, Doctorado y Post Doctorados. Una propuesta curricular dada por Royer (16) da cuenta de la experiencia y evaluación de un programa de Magister en Ciencia en Anatomía Humana



Moderna de la University of Colorado Anschutz Medical Campus, en cual se busca que los estudiantes también sean educadores y desarrollen técnicas y competencias en una auténtica sala de clases, esto centrado en estudiantes que deseen seguir su carrera dentro de la facultad, para esto toman un curso electivo de enseñanza durante su segundo año de maestría, en el que realizan clases en el curso de Anatomía macroscópica a estudiantes de primer año, esto mediante distintos indicadores y un curso ya estructurado, durante el curso, el estudiante-educador va siendo evaluado. Esto según la autora es contrario a lo que ocurría antes, donde solo unos pocos miembros de los programas de magíster y doctorado recibían instrucción pedagógica para poder desempeñarse como docentes, aumentando así las oportunidades de desarrollarse dentro de esta área. También destaca la positiva evaluación de la experiencia, dando a los estudiantes-educadores mayor confianza y además de desarrollar sus habilidades. Otro factor importante es que la innovación que este espacio permite ayuda a que cada estudiante genere la herramienta que mejor se adecue a sus capacidades, destacando la utilización de aplicación, cuestionarios interactivos y lecturas de mayor interés para los estudiantes de primer año, debido a la experiencia reciente que tienen de haber cursado dicha asignatura.

Royer (16) menciona que este modelo de estudiantes-educadores se puede aplicar en múltiples programas de magíster, ya que el curso evalúa y pone en juego los siguientes saberes: conocimiento del contenido, aprendizaje centrado en el alumno, habilidades interpersonales y de comunicación, profesionalismo y modelo a seguir, reflexión basada en la práctica, y practica basada en sistemas. Finalmente destaca que este tipo de programas puede tener un impacto positivo en la calidad de la educación e las escuelas de medicina y otras profesiones afines al área de la salud.

Al completar el ciclo de estudio los estudiantes de Estados Unidos deben rendir una evaluación llamada United States Medical Licensing Examination (USMLE), que tiene tres

partes. Teniendo esto en cuenta se demuestra que los estudiantes deben realizar una integración de los conocimientos obtenidos a lo largo de su formación práctica-teórica, para así poder obtener la licencia médica y ejercer la profesión, por lo que esta prueba es el reflejo de la formación dada al estudiante. En base a esto Ripp y Braun (17) se dan el objetivo de describir y analizar el uso de raza y etnicidad en una de las revisiones más utilizadas como recurso de aprendizaje para la USMLE step 1. Descubrieron que la inclusión de estos conceptos en el banco de preguntas son meramente una rutina de una variable demográfica que no tiene relevancia en la pregunta. Pero cuando la raza/etnicidad es central en la pregunta esta se asocia a enfermedades basadas en mutaciones genéticas, como por ejemplo en población “blanca” la presencia de fibrosis quística, en población afroamericana sarcoidosis, entre otras clasificaciones racionales. Y aunque los autores llaman a ser cautos respecto a sus conclusiones, también llaman a realizar futuras investigaciones para estimar el efecto que tiene la educación en las creencias que tienen los profesionales sobre el concepto raza, ya que en base a esta concepción se van a poder tener efectos positivos o negativos sobre la población y el trato hacia estas.

### 1.3 INVESTIGACIONES EN EL AULA Y OTROS

En esta tercera sección se agruparon los conocimientos obtenidos de los artículos que, a diferencias de las anteriores, son investigaciones que se realizan al proceso de enseñanza en sí y propuestas en base a los resultados obtenidos.

Un artículo que va de la mano con la propuesta de “body pedagogic” (8) ya mencionado es la investigación de Harris y Rethans (18) que busca determinar cómo influye la creatividad e improvisación en los estudiantes de medicina, dando como antecedentes que esto se ha

dejado de lado. Se utilizó el método etnográfico para este fin, concentrándose en las clases relacionadas con el sistema respiratorio y la ginecología. Se evalúan estas capacidades mediante la capacidad que tienen los profesores para ser creativos e improvisar en sus clases al usar el propio cuerpo como los materiales "a mano", con el fin de dejar ideas claras, como puede ser los sonidos que se pueden escuchar al auscultar a un paciente, como las distintas formas del cérvix uterino. Un ejemplo particularmente interesante fue el utilizar dos guantes, uno lleno de agua y otro con poca, esto buscaba generar una analogía con la ruptura de membrana al momento del parto, donde la primera representaba la membrana sin ruptura.

La premisa por la cual inician su investigación Harris y Rethans (18) es que dentro del área de la salud la improvisación y la creatividad no han sido investigadas con la rigurosidad que merece, señalando además la visión que se tiene de estas prácticas, mencionando que la creatividad y la improvisación son conceptos controversiales debido a que parecen, en la superficie, trabajar en contra de los objetivos de estandarización en la enseñanza y el aprendizaje, y la necesidad de planes de estudio definidos para alcanzar los objetivos de aprendizaje, como respuesta a esta idea superficial de lo que implican los conceptos ya mencionados, señalan que para poder ejecutarlos se requiere de un largo periodo de tiempo de desarrollo de habilidades y conocimientos, ya que estos son traducidos, en el caso de la enseñanza, de formas complejas a unas que son de fácil entendimientos para los alumnos.

Un factor trascendental en la formación de los futuros profesionales son los objetivos que tienen cada clase, los cuales, deberían, ser evaluados en los exámenes que se realizan, generalmente, al final de cada unidad de aprendizaje, asumiendo de por sí que estos tienen una correlación, pero el estudio realizado por Jalloh, *et al.* (19) demuestra la existencia de discordancias. En el caso particular de la University of Manitoba (Canadá), específicamente en el curso de pregrado de Population Health para estudiantes de medicina. El estudio en si fue una instancia para cuestionar, sino que, para construir y mejorar lo que se llevaba

haciendo. Para esto se mapearon las preguntas que se encontraban en el “banco de preguntas”, la cuales eran de naturaleza de selección múltiple, esto en base a los objetivos de aprendizaje planteados. El resultado fue que existe una relación entre estos de un 80,6% para el primer año del curso y de 73,5% para el segundo año. Esto llevo a que se generarán cambios, que han sido aceptados y bien evaluados por los alumnos.

El estudio en si busca dar la relevancia que tiene la revisión de los objetivos de aprendizajes y como estos se evalúan, en este caso, en las pruebas de selección múltiple. Se resalta la importancia de la coherencia entre estos, ya que los objetivos de aprendizaje, son un punto central para la comunicación del contenido del curso, las expectativas entre alumnos y educadores, y el primer paso crítico en la creación de exámenes con validez de contenido. Mencionan que existen ciertos momentos en los cuales se puede realizar dicha evaluación de contenidos, destacando la preparación para la acreditación. También destacan la importancia de mecanismos de retroalimentación, tanto a nivel alumnos-profesores, como en escalafones más altos de la jerarquía académica, como por ejemplo encargado del módulo y directivo de la carrera (19).

Los planes de clases también son constructores de la visión/acción que tendrá el futuro profesional de su realidad ocupacional, y dentro de esta se encuentra la relación que tendrá con los pacientes provenientes de grupos minoritarios de la población. Con esto en discusión Zanting, *et al.* (20) plantearon evaluar en que parte y como se construye la diversidad cultural dentro de tres programas de formación, y además, cómo estos afectan los objetivos y los contenidos de aprendizaje. Los resultados obtenidos revelaron que existen cuatro mecanismos para construir el concepto de cultura en la formación, siendo el primero de estos que la cultura (no) es relevante, esto refiere a la existencia de una dualidad marcada entre los cursos de los distintos programas, donde en algunos no se menciona o apenas se nombra y otros donde es explícitamente mencionada y aplicada, los pertenecientes al primer caso se

aprecia que el núcleo se basa en que ciertos temas médicos (como el cáncer) son solamente explicados mediante información técnica, aun teniendo en cuenta que en muchas de esas asignaturas se plantean objetivos como la resolución de casos clínicos, en este aspecto los actores mencionan que tanto los pacientes como las enfermedades se presentaron sin ambigüedades, aparentemente partiendo de la suposición de que el conocimiento médico se aplica a todos por igual, con solo la edad y el sexo identificado como aspectos de diversidad relevantes. Para la segunda se utiliza con mayor frecuencia y profundidad el concepto de cultura y diversidad, pero cabe señalar que estos son cursos no convencionales, como el de Interculturalidad, donde sí se profundiza con mayor atención y repercusión, habiendo instancias de análisis de casos clínicos que consideran este factor.

El segundo mecanismo lo denominaron Pacientes y extraños, muy relacionado con el punto anterior, pero con la inconveniencia de que se utilizan las clasificaciones solamente para los extranjeros o que son distintos a lo que se consideraría propio y normal, en el caso del artículo, serían los holandeses o algún país cercano de Europa occidental. Así por ejemplo cuando se da el caso clínico solamente se menciona la procedencia o el grupo étnico cuando es diferente a la zona nacional/geográfica. Esta presentación asimétrica de “normal” frente a “diferente” implica una noción inherente de un paciente “estándar” holandés u occidental, y de personas no occidentales que se desvían de este estándar y, por lo tanto, son extraños (20).

El tercer mecanismo lo denominaron Estereotipos estáticos, en referencia a que la forma en que se define el concepto de cultura más la forma en que se presenta en los casos clínicos. Al analizar los programas, y con una excepción que da la característica de dinámica, la mayoría menciona que estos son “entidades culturales” como algo que se debe arreglar, uniforme y absoluto. Los autores resumen este punto como el resultado de que en la mayoría de los casos de pacientes se presenta la cultura como un concepto estático, describiendo a las personas no occidentales como “otros” estereotipados utilizando categorías fijas y amplias,

destacan además que esta práctica también aplica a otredades socioeconómicas y religiosas (20).

El cuarto, y último, mecanismo mencionado es el de Correlación o causalidad, partiendo de la interrogante de ¿Qué conexión hay entre el trasfondo cultural del paciente y el problema médico? La respuesta de los autores es que esta conexión es mayoritariamente imprecisa, indirecta o carentes de una clara explicación, dando por ejemplo casos donde la religión es un antecedente al cual se le da una relevancia preponderante dentro del caso. Se arguye el hecho de que un paciente profese una religión o provenga de una zona geográfica determinada no puede ser considerado como la causa inmediata de un problema de salud (20).

## 2. INTERNADO

Luego de la preparación en el aula viene la puesta en práctica, bajo supervisión, de lo aprendido durante el periodo preclínico, además de adquirir nuevos conocimientos y habilidades prácticas, esto con el fin de completar la formación profesional. Esta segunda unidad se divide en dos secciones, la primera de estas se denomina Identidad profesional, la cual reunió los estudios en cómo se construye la identidad del profesional de la salud durante el periodo de internado; en la segunda sección se recopilan los artículos que tratan el tema de aprender haciendo, lo que es un factor relevante dentro de la formación durante el periodo mencionado.

## 2.1 IDENTIDAD PROFESIONAL Y AMBIENTE

La identidad del profesional de la salud es un factor importante al momento de tratar de comprender su modo de pensar, actuar y el cómo se relaciona con las demás personas que se encuentran en el área del acontecer médico, de las instituciones de salud y el día a día.

Pero el rol del médico, en este caso, no pudiese existir sin la figura del paciente, por lo que la definición que tenga de este último el profesional va a ser fundamental para la relación que se genere y además para la formación de identidad del primero. Para contestar a esto Schrewe, *et al.* (21) se preguntan ¿Qué efectos pueden tener ciertas concepciones de paciente? con la finalidad de mejorar la concatenación entre formación de la identidad profesional con la atención médica responsable. Para esto se hizo un análisis crítico del discurso, los cuales fueron obtenidos mediante micro etnografías realizadas por los estudiantes de medicina durante su periodo de internado. El resultado, de manera macro, es que los estudiantes utilizan el lenguaje biomédico tanto para comunicarse con el paciente como para hablar sobre él. En un primer punto de desarrollo se habla sobre como la identidad profesional se mantiene fluida hasta cierto punto, que es cuando se acumula un cantidad considerable de años de ejercicio de la profesión, y que estos van a ser las mayores influencias en el cómo los internos van a construir la idea del paciente, sumando además la historia, la cultura y el contexto. El traspaso de la visión del paciente se va consolidando a medida que ocurren actividades que implican el intercambio de información entre profesionales, como es el cambio de turno, aquí el interno adecua el lenguaje para entregar o recibir el turno y así comunicarse con el personal que ya se encuentra trabajando, es decir, en los espejos gemelos del médico como modelo positivo a seguir y el paciente como el Otro que no es un profesional, se logra la identidad del estudiante como profesional. Esta forma genera que el paciente más que un Otro se vuelva un objeto de análisis que se encuentra en una posición de desnivel en la relación de poder con el profesional.

Otro punto relevante es la construcción de qué es el paciente por sobre quién es el paciente, teniendo esta superposición por la necesidad de acotar la identidad del individuo, pero que puede llevar a transformarla solamente a una parte del cuerpo o a un caso clínico. La traducción al lenguaje Biomédico produce que se eviten conceptualizaciones más completas que interpreten la encarnación de la enfermedad como una red en la que las consideraciones biomédicas son un hilo importante, pero parte de un entretejido mayor de identidad y reconocimiento, esto quiere decir, que solo se está observando y traduciendo al lenguaje conocido para tratar la condición presentada, pero que lo demás no se aprecia no por desinterés, sino por la formación. Los autores mencionan, finalmente, que si se quiere tener una real medicina centrada en el paciente se tiene que partir por preguntarse ¿Quién es el paciente? (21).

El estudio realizado por Renting, *et al.* (22) también busca ahondar en la construcción de identidad, pero poniendo en relación con el modelo CanMEDS anteriormente mencionado en el apartado anterior, para esto se plantea como objetivo explorar cómo el modelo CanMEDS toma parte en la capacitación basada en la práctica de los residentes (y/o internos) y las interacciones con los supervisores, para esto se utilizó la etnografía como metodología para la recopilación de información, incluyendo entrevistas. Los resultados obtenidos por esta investigación se pueden dividir en dos grandes temas, uno de estos es la falta de comunicación y de un lenguaje común entre el evaluador y el interno, como por ejemplo el hecho de que no se informa explícitamente lo que se espera de ellos, basado en el imaginario de que esto mejora la formación del aprendiz, sumando además de que no existe una uniformidad en lo que se espera del interno por lo que varía entre evaluadores. Los factores a favor de esto es el rico ambiente para el aprendizaje que ofrece la labor clínica, donde los internos aprenden a formar su identidad y rol profesional a medida que participan en actividades e interaccionan con los miembros de la comunidad.



Olmos-Vega, *et al.* (23) también buscan profundizar la relación que se genera entre interno y supervisor y como esta afecta las partes involucradas. Para lo que plantean como objetivo explorar como los residente y los supervisores llegan a un entendimiento compartido de cómo brindar atención al paciente de manera conjunta y los procesos que están involucrados en dicho desarrollo, para responder a esto se realizaron grupos focales y etnografía. Los resultados obtenidos indicaron que existe, a diferencia de lo que le indicaban los antecedentes, una relación de aprendizaje bidireccional entre el interno y el supervisor, dando como analogía lo que ocurre en un baile, donde se produce una adaptación continua que va mutando y madurando a través del tiempo, generando cambios y transformaciones en los participantes, con la finalidad de cumplir el objetivo en común, que es el de proveer los cuidados al paciente. Recomiendan tres implicaciones prácticas que pueden ser exploradas, la primera es maximizar el potencial de los encuentros clínicos; comprender todos los posibles patrones de adaptación que podrían utilizarse para llegar a un entendimiento común; y reconocer la existencia de herramientas que podrían facilitar el desarrollo satisfactorio de la interacción.

El estudio realizado por Skipper, *et al.* (24) posee dos puntos a resaltar: la metodología, y el objetivo, que es el de examinar las actitudes y creencias de internos y asesores relacionados al aprendizaje en el lugar de trabajo y los factores organizacionales y contextuales que influyen en la organización y planificación del entrenamiento de los especialistas médicos. Con relación al primer punto mencionado, es importante destacar que la metodología fue basada en la exploración de casos de estudio en tres departamentos pediátricos de Dinamarca, a lo que se sumó nueve días de etnografía y "focus group"; se optó por la realización de estas técnicas debido a que la etnografía combina la observación con la entrevista, lo cual permite la realización de una descripción densa de los casos, además de permitir entender la naturaleza de los puntos de vistas y las acciones de los participantes, siendo este método ya utilizado en varios estudios relacionado con el campo médico; por su parte el focus group permite la recolección de datos desde diferentes puntos de vistas que además se contrastan al momento de ser recopilados. El segundo punto permitió reconocer que existen factores

relevantes para la correcta realización de estos, análogos a lo que conocemos como internados, los temas destacados fueron: las creencias del aprendizaje sobre el cuidado del paciente son inseparable de la práctica médica; el contexto de aprendizaje; la cultura organizacional y la regulación es tanto un potenciador como un inhibidor al momento de garantizar aprendizaje en el lugar de trabajo.

La interacción de la demás comunidad médica, como se acaba de mencionar, es importante y son actores trascendentales para la formación de la identidad y las competencias profesionales que se buscan desarrollar en estas instancias. Esto queda plasmado en la investigación realizada por Olmos-Vega, *et al.* (25), quienes buscan determinar cómo se relaciona el interno con dicha comunidad, lo cual incluye a los múltiples profesionales que componen el equipo de salud, siendo entender esto crucial para maximizar el aprendizaje. Para esto utilizaron la metodología de entrevistas y el grupo de estudio eran los internos de diferentes disciplinas y niveles. Uno de los temas que se pudieron constatar fue la importancia de alinear las metas del interno con las de la comunidad, si esta alineación ocurría y se daba al interno una directriz clara de acción y propósitos, las interacciones fueron mucho más dinámicas en comparación a cuando esto no ocurría, lo que generaba relaciones de tensión y desinterés. Otro comportamiento que se pudo observar fue que los internos tratan de mantenerse al margen del acontecer de la comunidad, pero que esto va a variar dependiendo de si el tema es del interés del interno, aunque se vuelve a destacar el valor de dejar claro desde el inicio el rol que debe tener el interno en el que hacer que le corresponde. Por lo que los autores mencionan que es necesario reconocer los distintos roles que pueden tener los internos, esto va a impedir que se desperdicien oportunidades de aprendizaje, que se puede producir tanto por desinterés del interno, como de la comunidad. El último punto que desarrollan es la importancia de la generación de relaciones sociales dentro de la comunidad, que beneficia la experiencia, para que esto se cumpla, los autores recomiendan promover el compromiso de los internos con el equipo de atención médica que podría incluir la presentación de este a todo el equipo, la promoción del dialogo abierto sobre los objetivos que se tengan y comprender como cada miembro de la comunidad podría ayudar a su agenda

de aprendizaje, pero no solo eso ya que el interno también debe ser lo suficientemente flexible para equilibrar sus objetivos con las necesidades del equipo de salud.

Y aunque existan instancias para llegar a consensos entre los funcionarios, entre practicantes-residentes y trabajadores del área clínica, también se generan conflictos, los cuales deben ser interpretados ya que sin este ejercicio buscar una solución sería un trabajo arduo y a ciegas. En base a esto está la investigación de Bochatay, *et al.* (26), quienes en base a la teoría de la identidad busca entender la dinámica del conflicto en el ambiente laboral, y desde la perspectiva de residentes. Pero en primer lugar, esta teoría refiere a que los individuos se autocategorizan como perteneciente a cierto grupo, donde se reúnen individuos con características comunes, diferenciándose así de otros grupos, lo que genera también una visión de bueno al propio grupo, y de malo al otro grupo, además cabe señalar que esta teoría considera los procesos de grupo altamente dinámicos, por lo que el estatus del individuo va a poder variar por factores como profesión o la jerarquía del cargo.

En base a la visión que da la teoría de la identidad, los autores (26) realizaron entrevistas semiestructuradas a 42 participantes, de estos 30 eran médicos y 12 enfermeras, el lugar de trabajo es el Hôpitaux Universitaires de Genève (Hospital Universitario de Ginebra), en Suiza, donde además de profesionales se encuentran personas realizando internados y residencias. En las entrevistas y análisis participaron activamente profesionales de Antropología, Sociología y Educación con vasta experiencia en el estudio cualitativo en hospitales.

Las conclusiones que pudieron obtener Bochatay, *et al.* (26) son bastante llamativos, uno de estos es que el poder y la jerarquía son los mayores factores generadores de conflicto

dentro de un mismo grupo, teniendo su clímax cuando ocurren rotaciones o transiciones, dando a entender que los procesos de cambios generan estrés en el personal; otro punto de interés para el grupo es el ingreso a este, donde se deben conocer los requisitos implícitos y además conocer los límites para diferenciarse de los otros. Se genera un proceso interesante respecto a estos dos factores, donde los conflictos entre grupos producen una solidificación en la identidad de grupo pero además genera ideas negativas sobre los otros grupos. En el caso de residentes y profesionales que ya están ejerciendo se generan conflictos intragrupo, pero con diferencia en la jerarquía y el poder, donde el que está instruyendo se percibe con una posición de poder superior al que está siendo entrenado, por lo que las diferencias de poder y la disponibilidad de los supervisores están asociados con la salud mental de los residentes, que se refiere a su capacidad percibida para expresarse sin temor a respuestas negativas. Esto indica que la interacción entre supervisores y residentes no van a depender únicamente de las habilidades comunicativas de este último, sino que van a haber factores relacionados con los roles que estos posean.

## 2.2 APRENDER HACIENDO

Siendo esta la culminación y pináculo del proceso de aprendizaje tanto a nivel de pregrado como de grado de formación, donde la puesta en práctica solidifica lo aprendido de manera teórica, donde se pone cara a cara al futuro profesional con el paciente, futuros colegas y demás miembros del equipo de salud, incluyendo funcionarios administrativos. También se toma por primera vez, en el caso del pregrado, la responsabilidad de la pulcritud del trabajo que se debe realizar al ejercer la profesión, ya que hay vidas humanas que dependen de esto.

El artículo realizado por Rattray, *et al.* (27) destaca la importancia de aprender haciendo, esto mediante la investigación del traspaso de turno, donde el objetivo planteado es el de obtener información sobre las perspectivas de los residentes sobre los factores culturales y contextuales que dan forma al conocimiento y habilidades adquiridas para realizar transferencias efectivas, para esto utilizaron la metodología de la observación y de entrevistas semi estructuradas. Los resultados indicaron que el desarrollo satisfactorio de las habilidades requeridas para realizar el traspaso de los pacientes se produce de forma informal mediante la observación y la experiencia, siendo seis las habilidades que se mencionan como críticas: identificar la información pertinente, brindar orientación anticipatoria, aplicar el conocimiento clínico adquirido, ser conciso, incorporar estrategias de entrega, y apreciar estilos/preferencias para las transferencias. Pero de manera general, los autores destacan la necesidad de seguir desarrollando estrategias de aprender haciendo, dando tres propuestas, la primera es cambiar la actitud mediante reuniones de aprendizaje colaborativo entre internos y supervisores, con el fin de comprender las perspectivas, competencia y expectativas de los demás; la segunda se refiere a proporcionar programas de educación que mejoren las practicas con los objetivos de seguridad y eficiencia; y tercero la utilización de historias que sean significativas y memorables, esto en relación con la acción de transferencia específicamente.

Por su parte, Billett (28) presenta los beneficios existentes del aprender haciendo, en este caso, las actividades correspondientes a la labor dentro de un hospital. Las consideraciones que se deben tener son que el aprendizaje ocurre todo el tiempo, ya que esto es inherente al pensamiento y la acción humana, y no se limita a un área física determinada, como sería una sala de clase o un laboratorio pedagógico, pero aun así para que el aprendizaje sea más enriquecedor se requiere que exista una guía en los integrantes noveles del área, ya que sin esto se pueden generar reacciones negativas frente a las situaciones que se consideraran natural en las actividades futuras del individuo. En segundo lugar se destaca la necesidad de involucrar al trabajador en las actividades que está haciendo y el ambiente que se genera. El tercer punto por destacar es que el conocimiento clínico es producto de una historia, cultura

y requerimientos situacionales que deben ser entendidos por los trabajadores. Cuarto, se hace mención de que aprendizaje y desarrollo son dos procesos separados, pero dependientes. El autor propone las siguientes actividades que deben ser incorporadas en el curriculum para tener un mejor desarrollo en el proceso de aprendizaje:

- Plan de estudios prácticos, que se basa, dentro del conocimiento antropológico de que el aprendizaje se incrementa al estar inmerso en las actividades de la ocupación en el día a día;
- Prácticas pedagógicas, permiten que el alumno genere intencionalmente el enlace entre lo enseñado en el aula y la ocupación a la cual se dedicara, esto puede incluir el relato de historias de realización de actividades durante el trabajo de un experto;
- Prácticas epistemológicas, se refiere a como los individuos eligen lidiar con las experiencias ofrecidas, las acciones realizadas son meditadas de forma personal, lo cual va a estar influenciado por la historia de vida del sujeto, además de su cultura y la sociedad donde este inmerso.

Siguiendo la misma línea, en el artículo de Sheehan, *et al.* (29) buscan explorar los factores ambientales que toman parte y soportan el aprendizaje en el ambiente clínico, para esto utiliza y destaca el aporte de la disciplina antropológica, mediante la etnografía, para poder cumplir los objetivos de descubrir contextos y prácticas en los que se produce la participación y describir cómo el entorno ofrece oportunidades para la participación de los internos. Los resultados obtenidos los llevaron a estipular que el ambiente genera variadas oportunidades de interacción y en consiguiente de aprendizaje, pero que también se encuentran barreras implícitas que se deben superar para maximizar las interacciones entre internos y trabajadores, una de estas es que muchas de estas oportunidades son tácitas, por lo que no se explicitan, además de que es necesario encontrar una intersección entre las tensiones que se generan.

Proponen tres temas principales que destacaron durante la realización de la investigación:

- Espacio y entorno: este se construye socioculturalmente, como los espacios propios para cierta profesión y/o actividad dentro del que hacer clínico, en donde la proximidad de estos influye en el compromiso, interacción y trabajo en equipo, se menciona que para sacar un máximo provecho de este tema la necesidad de un gran espacio, con una zona central que propicie la interacción espontánea, pero también la existencia de zonas privadas donde se pueda generar un desplazamiento fluido y sin interrupciones;
- Equipamiento: donde se constató que facilita los encuentros, debido a que genera instancias de comunicación y planificación de los procedimientos y las estructuras acostumbradas en el centro clínico, sumando a esto prácticas de enseñanza y colaboración entre las partes implicadas. Se destaca el rol que juegan estos artefactos, basados en la teoría del actor-red, donde, en simples palabras, juegan un rol relevante tanto personas, como objetos y discursos, los cuales pueden ser analizados como iguales. Como forma de mejora para sacar el mayor provecho, los autores postulan que los artefactos deben ser contruidos de tal manera que permitan el acceso simultáneo a todos los miembros del equipo, pero manteniendo la privacidad y evitando las interrupciones, esto se encuentra enfocado en los artefactos que entregan información sobre los pacientes;
- Ritmo de trabajo: se evidenció que se encuentra muy influenciado por el movimiento de pacientes y el cambio de su condición de salud o estatus, siendo la mayor dificultad que estos procedimientos son tan naturales para el equipo que muchas veces se obvia su implicación en el proceso de aprendizaje, es una acción rápida, por lo que el proceso de interacción se encuentra limitado, sumado a que no se puede disminuir su duración para enfocarse en dicho factor, por lo que los autores recomiendan que se debe aprovechar el poco tiempo enfocándose en la frecuencia con la que ocurre, involucrando al interno en el proceso.

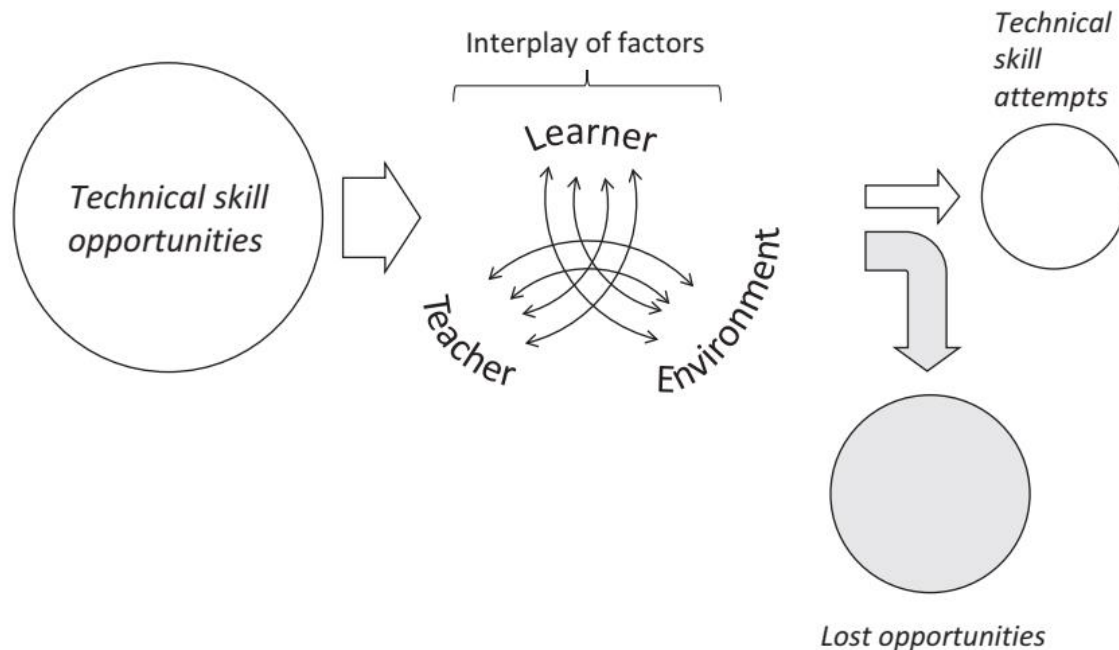
La investigación realizada por Baim (30), enfocada en residentes de oftalmología, según palabras del autor, se requiere experticia en la interpretación de lo que se está observando para poder obtener resultados satisfactorios. Teniendo en consideración que la interpretación visual es una habilidad importante en distintas áreas del que-hacer clínico, como radiografías, lesiones de piel, entre otros, esta habilidad posee dificultad implícita para su estudio, ya que es una actividad altamente intuitiva e inconsciente, que a menudo se basa en un conocimiento tácito que elude la descripción. El objetivo fue la de describir los valores y disposiciones que se enseñan a los aprendices de oftalmología a medida que aprenden a razonar a través de la información visual, y explorar cómo se evalúan estas cualidades durante la formación de los residentes; para esto utilizaron el método etnográfico, observación participante y entrevistas. Como resultado destaca que los residentes consideran el diagnóstico visual uno de los aspectos más desafiantes en el entrenamiento relacionado con la oftalmología, en base a esto el autor propone que uno de los factores que influyen en el desarrollo del razonamiento visual es el habitus y campo, los cuales son definidos por el autor, en base al trabajo de Pierre Bourdieu, como las disposiciones culturalmente condicionadas hacia formas particulares de pensar, actuar y percibir el mundo, y el campo, se refiere a las jerarquías que se forman dentro de los grupos sociales a medida que los individuos se esfuerzan por adoptar y mostrar los rasgos deseados; el concepto de habitus es por tanto, trascendental para la adquisición del razonamiento visual, destrezas constantemente evaluadas por los supervisores de los internos, mediante un doble ejercicio, donde los residentes interpretan la información visual, mientras que los encargados interpretan como las personas en entrenamiento se acercan a la habilidad que se busca, dando también la importancia del campo, en donde los aprendices adquieren el lenguaje y las habilidades de quienes los entrenan.

Otro punto importante destacado por Baim (30) es la generación de discurso en relación con el razonamiento visual, siendo esta narración requerida por los entrenadores, ya que deja en evidencia la internación del conocimiento, exigir que los residentes narren sus interpretaciones visuales puede, de hecho, proteger contra errores de diagnóstico, ya que las narrativas impiden que los residentes diagnostiquen basándose en asociaciones instintivas y



primeras impresiones, se busca un estado de equilibrio entre la interpretación sistemática con las formas no analíticas de interpretación.

El estudio realizado por Bannister, *et al.* (31) además de tener en consideración lo anteriormente mencionado, agrega nuevos factores que influyen en la adquisición de habilidades mediante la actividad práctica de, en este caso, en residentes en el área de emergencias pediátricas, para esto también resalta la utilidad del método etnográfico, menciona que utilizaron un estudio previo de similares condiciones, además de incorporar grupos focales y entrevistas. Con el análisis de los datos obtenidos mencionan que las oportunidades de aprendizajes se pierden, ya que no basta la presencia del aprendiz en el ambiente clínico ni la confianza del supervisor para convertir una oportunidad de practicar las habilidades técnicas en un paciente real en un intento, esto debido a que el residente, en la mayoría de los casos (~80%), no participa y solamente observa el procedimiento, lo que no ocurre por mera casualidad o suerte, sino que existen factores que influyen directamente, que pueden provenir tanto del aprendiz como del supervisor. En base a esto Bannister, *et al.* (31) presenta una figura (Figura 4) que esquematiza el proceso, donde finalmente se aprecia que no siempre las oportunidades se convierten en intentos de ejercer los conocimientos adquiridos, como se puede ver, en primera instancia se genera la oportunidad, luego existen una serie de factores que se entrecruzan, los cuales implican al aprendiz, al profesor y el ambiente, para luego dar como resultado la aplicación de las habilidades o la pérdida de la oportunidad según como hayan sido la interacción.



**Figura 4: Pool de oportunidades.** La figura muestra cómo se transforman las oportunidades de aplicar el conocimiento técnico, donde los factores que influyen terminan volviéndole una oportunidad aprovechada o perdida. Tomado de Bannister, *et al.* (2018)

Bannister, *et al.* (31) menciona que la solución, inicial, a la pérdida de oportunidades de aprendizaje es disminuir la cantidad de oportunidades de aprendizaje y enfocarse en ellas.

Finalmente se puede generar una mezcla entre el aprender haciendo durante el periodo de internado con la metodología de investigación característica de la Antropología, que es la etnografía, siendo esto lo que reportó Hsieh, *et al.* (32), quienes tienen como objetivo "*usar la mini-etnografía como método de aprendizaje para mejorar las competencias culturales de los estudiantes de medicina*". La base para esto es la necesidad de mejorar la calidad de los servicios médicos, donde es crítico que los profesionales de la salud tengan en consideración las diferencias culturales, del lenguaje, las creencias en salud, y el ambiente que se van a encontrar entre los pacientes; por lo que las competencias culturales son cruciales para reducir las inequidades en el cuidado. Se mencionan dos comités que recomiendan la integración de este enfoque en la formación temprana de los médicos (la *Liaison Committee*

on *Medical Education* y el *Accreditation Council for Graduate Medical Education*), que mencionan tres competencias claves que se pueden desarrollar mediante la integración de las competencias culturales: comprensión de las competencias culturales en el área del cuidado del paciente, profesionalismo, además de habilidades interpersonales y de comunicación. Otro fundamento para este estudio es la diferencia existente entre una evaluación cuantitativa y una cualitativa de los estudiantes, la primera se presenta como un cuestionario, que no puede medir de forma precisa si los estudiantes realmente adquirieron sensibilidad y conocimiento para leer temas culturales en la práctica clínica; por su parte un análisis cualitativo, o de manera mixta, es rico en información para cualquier investigación que explora áreas que no son visibles mediante el análisis cuantitativo. El uso en conjunto de la Etnografía y la Antropología Médica proveen una comprensión completa del individuo en cuanto a cierto ambiente social, incluyendo su vida, cultura y visión única; en forma similar a los antropólogos, el clínico debe documentar la historia médica del paciente y sus creencias, sentimientos, y reacciones ante la enfermedad y su tratamiento en los registros médicos, pudiendo este último considerarse como una mini-etnografía del paciente individual.

La metodología utilizada por Hsieh, *et al.* (32) se basó en la recopilación de mini-etnografías de 91 estudiantes por un periodo de dos años (septiembre del 2013 a junio del 2015), donde existía discusión entre estos mediante la formación de grupos de tres personas más un profesor que les daba retroalimentación y guía en la reflexión. Se baso además en ocho preguntas propuestas por Arthur Kleinman (psiquiatra y antropólogo), siendo estas:

- 1) ¿Qué cree que le causo su problema?
- 2) ¿Por qué cree que usted que este inicio cuando lo hizo?
- 3) ¿Qué cree que hace este problema al interior de su cuerpo?
- 4) ¿Qué tan severo es su problema? ¿Tendrá una corta o larga duración?
- 5) ¿Qué tipo de tratamiento piensa que debería recibir?
- 6) ¿Cuáles son los resultados más importantes que espera recibir por el tratamiento?
- 7) ¿Cuál es el problema principal que la enfermedad ha causado en usted?
- 8) ¿Cuál es su mayor miedo sobre su enfermedad/tratamiento?

Los resultados obtenidos se agruparon en tres núcleos temáticos: primero en los modelos explicatorios y percepción de la enfermedad, luego, cultura y cuidados en salud, y finalmente sociedad, recursos, y cuidados en salud. Estos tienen nueve nodos secundarios: expectativa y actitud frente a la enfermedad/tratamiento, percepción sobre su propio pronóstico en particular, conocimientos y sentimientos relacionados con la enfermedad, causas de la enfermedad, elección del método de tratamiento (incluyendo el tratamiento tradicional), prejuicios y discriminación, influencias de las tradiciones culturales y el lenguaje, apoyo social y recursos, e inequidad en el cuidado de salud. En la Figura 5 se puede apreciar como se organizaron los temas presentados (32).



Mauricio Berrios. 2021

**Figura 5: Nodos primarios y secundarios.** La figura muestra cómo se relacionan los nodos primarios con sus nodos secundarios en los distintos temas identificados por Hsieh, *et al.* (32), estos van de izquierda a derecha de los factores que se relacionan con el paciente como individuo, pasando por su cultura y para terminar en los factores socioeconómicas identificados por los internos. (Elaboración propia).

Los estudiantes de medicina son formados con el moderno modelo occidental de medicina, por lo que ellos están acostumbrados a los modelos explicatorios basados en el paradigma del modelo biomédico y naturalmente usan esos conceptos para explicar las enfermedades a los pacientes, siendo este una perspectiva monolítica a superar mediante diversas innovaciones en la formación, sin embargo, esto causa que pasen por alto la importancia de los modelos explicatorios de los pacientes así como también las diferencias entre los valores de los pacientes y los propios. Como consecuencia, renuncian a la

posibilidad de entender mejor a sus pacientes, lo cual podría influir en la eficiencia del tratamiento. La realización de estas mini-etnografías permite además comprender a los propios estudiantes, esto mediante el qué y el cómo escriben, pudiendo analizar así la sensibilidad cultural del entrevistador y el entrevistado. En conclusión, al formar a los estudiantes en competencias culturales no se le está solamente enseñando sobre la diferencia entre culturas y etnias, sino que además se le instruye en el examen y la comprensión de los modelos explicatorios de los pacientes relacionados con su propia enfermedad (32).

### 3. FUERA DEL AULA

#### 3.1 SEXUALIDAD Y GÉNERO

Dentro de la Antropología existe un área de estudio que cada vez toma más importancia en el estudio del Ser humano y que se afianza en las mallas de las carreras del área de la salud, siendo la de la Antropología del Cuerpo, la cual define el cuerpo humano como *“una representación que obedece a un contexto social y cultural de la historia personal, especie de construcción social, imposible de confundirse con la realidad de la que depende”*(33), la cual busca identificar e interpretar la influencia cultural en el cuerpo humano, cómo este es percibido y su comportamiento en el teatro social. Aquí se consideran temas como sexualidad, género, biopoder e identidad.

La sexualidad es un tema que ha estado en los programas de educación desde tiempos remotos, siendo su principal especialización dentro del área de la salud la Obstetricia y Puericultura, la cual se enfoca en el desarrollo sexual de las mujeres (34–39).

Para tener un completo panorama se han realizado diversos estudios del comportamiento sexual de las y los jóvenes con el fin de dilucidar cuales son los factores que llevan, por ejemplo, el inicio de la actividad sexual y reconocer las claves para el cuidado de los individuos. Este último subtema permite reconocer, mediante el estudio cualitativo, los sentimientos y pensamientos de los sujetos a estudiar, tal es el caso de la investigación realizada por Valencia *et al.*, publicado el 2015, quien al utilizar entrevistas a jóvenes de entre 17-24 años, de distinto género y orientación sexual, en donde pudo identificar el inicio de la actividad sexual en jóvenes de la ciudad de Cali, Colombia, siendo los resultados de este estudio la existencia de una confluencia de expectativas, dudas, habilidades y conocimientos, las cuales condicionan la calidad y el movimiento del proceso de transición, pudiendo así distinguir dos extremos del proceso, siendo uno la forma saludable, la cual ocurre cuando el encuentro sexual es concertado y planeado por ambos miembros de la pareja, en un ambiente seguro y tranquilo, fluyendo en el marco de relaciones simétricas, llevando esto a los individuos a estados de bienestar; por otro lado está la transición no-saludable la cual orientó al individuo en dirección a un estado de vulnerabilidad y riesgo, generando sentimientos de desconfianza, resentimiento, inseguridad, bloqueos y limitaciones físicas y emocionales con gran impacto en su desempeño sexual posterior (34).

Pero al integrarse la Antropología dentro de los intereses médicos se generan investigaciones basadas en etnias distintas a la hegemónica de la zona, esto permite traducir la cultura que es ajena a la propia, y si aun así el lenguaje de las Ciencias Sociales se complejiza, el Antropólogo de la Salud puede aterrizar aún más los resultados para que sean de fácil entendimiento para los profesionales de la salud. Esta el caso de la investigación

realizada por un equipo interdisciplinario de enfermeras y antropólogos para estudiar el calendario reproductivo de población indígena colombiana de la zona de Antioquia, donde lo permitió identificar por qué en una de estas poblaciones indígenas las edades de comienzo de la actividad sexual y embarazo variaban respecto a las otras, siendo el motivo el aislamiento de la cultura occidental existente en las últimas mencionadas, donde las primeras poseen un mayor contacto con los beneficios estatales y cuidados biomédicos, además de mayor acceso a la educación; otro factor importante es la alta tasa de natalidad, en contraposición de la alta tasa de mortalidad, las investigadoras asocian este fenómeno a la búsqueda de mantener vivas sus culturas, por lo que pronostican dificultades para aplicar programas de control de la natalidad en dichas poblaciones (35).

Al tomar en cuenta ambos estudios, uno inmerso en la cultura occidental versus el de la otredad se puede ver como hay problemas similares que son inherentes a la especie, pero que se necesitan abordar con el prisma de la diversidad cultural, de la antropología en particular.

Santa, *et al.*(36) busca dilucidar el por qué las mujeres embarazadas de bajos ingresos de Ciudad de Cotia (Sao Paulo) no buscan atención prenatal. Para esto utilizaron etnografía con observación participante de 10 mujeres embarazadas. Los antecedentes para esto se basan en que las mujeres no buscan este tipo de servicios debido a: problemas financieros, miedo a las instalaciones de cuidado de salud, dificultad en agendar una cita, la larga distancia entre el hogar y la instalación de salud, dificultades en el transporte, baja confianza en la calidad del servicio, falta de apoyo familiar y social para agendar las citas, y creencias y valores culturales. A nivel latinoamericano las barreras son: privación socioeconómica, bajos niveles educativos, larga distancia para acceder a las prestaciones, falta de cuidado para los otros hijos de la madre, y embarazos no planificados. La justificación se encuentra en que es parte de la función de las enfermeras, en particular, el considerar las perspectivas y las necesidades de las personas que están, y podrían recibir, el cuidado de estas. El estudio se realizó entre

agosto del 2010 a marzo del 2011, donde se seleccionó de forma aleatoria a las participantes, donde las condiciones de inclusión fueron que hayan vivido en la comunidad durante el último embarazo y que no vivan más allá de un radio de 3000 metros del recinto asistencial, y el criterio de exclusión fue que no poseyeran deficiencias cognitivas y/o físicas que impidieran la expresión verbal. Los resultados a los que se llegó en el estudio demuestran que los motivos por los cuales no se buscaba atención están asociados mayormente a la condición de pobreza, lo cual se enlaza con la falta de educación y conocimiento de sus propios cuerpos, como el no asociar la amenorrea con el embarazo, lo que lleva a que consulten cuando el embarazo ya está avanzado. Los autores mencionan la necesidad de una mayor preparación lingüística y cultural de los profesionales para entender a las personas a las cuales está dirigido el programa.

Quedando demostrado el fenómeno biocultural que es el embarazo, este posee su clímax durante el parto, siendo un tema que ha tomado relevancia en los últimos años debido a los movimientos de humanización de este proceso. Al existir este tipo de movimientos se puede inferir que la actividad que se realiza es la de deshumanizar el proceso, lo cual va en concordancia con el modelo biomédico rentista. El estudio que toma este tema es el Mejía, *et al.* (37) que tiene como objetivo “*describir los significados construidos a partir de la experiencia vivida por mujeres en relación con la atención recibida por parte del personal asistencial en el momento del parto*”, todo esto en la red pública de la ciudad de Medellín, Colombia. Participaron 18 personas entre 14 y 40 años que tenían entre 40 días y 6 meses de tiempo postparto. La conclusión más importante a la que pudieron llegar es que las mujeres requerían mantener un “*comportamiento estoico durante del parte asumido por la mayoría de las mujeres, siendo relevante la relación entre esta actitud y el trato dispensado por parte del personal sanitario, que sin duda puede representar una de las elocuentes señales de dominación, deshumanización y violencia de diferentes tipos: institucional y de género*”.



El personal sanitario tiene el control sobre el cuerpo de la mujer, pero no solo esto, también tienen el control emocional, ya que, se critican las expresiones de dolor, pena o miedos, con el fin de poder mantener el control de la situación, pero al mismo tiempo hace perder la naturaleza humana de la parturienta, esto queda plasmado en la siguiente cita de Mejía, *et al.* (37) donde refiere a que “*las mujeres experimentan durante su parte por lo menos tres tipos de violencia: en los procedimientos, verbal o psicológica y por negligencia, que nos habla no solo de la apropiación de su cuerpo sino también de sus emociones y concepciones sobre la maternidad*”. Estas violencias encadenadas provocan una reacción de sumisión de la mujer que esta o estará en labor de parto, donde el problema mayor se produce cuando este ya se encuentra tan instalado en el imaginario del actuar que ya no se cuestiona. Finalmente se destaca que “*surge la necesidad imperante de que los profesionales de enfermería y en general los profesionales de la salud aboguen, se capaciten y se comprometan para brindar un cuidado humanizado del proceso de parto*”.

El estudio de Ortiz (38), también tratando el tema del embarazo pero dentro del contexto de la salud sexual y reproductiva (SSR) en adolescentes de tres comunidades del Resguardo indígena San Lorenzo, Caldas (Colombia), quien luego de una ardua investigación cuali-cuantitativa donde se utilizaron diversas herramientas metodológicas (etnografía, entrevista abierta y semiestructurada, observación y observación participantes, más una recopilación de datos cuantitativos) busco caracterizar la población objetivo y dar respuesta al porqué de la alta incidencia del embarazo adolescente en estas comunidades. Parte de la primicia de la vulnerabilidad en la que se encuentra la mujer adolescente indígena por el ambiente que existía en Colombia en ese tiempo de guerrillas, además de lo que implica el choque cultural de occidente con lo tradicional, lo que produce en el ambiente de la salud que “*muchos jóvenes tienen un desarraigo cultural que los aleja de la medicina tradicional y, con ello, no encuentran un acceso adecuado, ni en la medicina occidental ni en la tradicional*”, esto además, en algunas comunidades, produce una conversión de patrones en relación a los embarazos, ya que las mujeres adoptan métodos anticonceptivos occidentales debido a la

cercanía que tienen con los centros urbanizados. Teniendo esto en consideración más los datos obtenidos la autora identifico los siguientes puntos:

- Trabajo de la mujer indígena y su salud sexual y reproductiva: donde debido a las presiones económicas las mujeres indígenas, a temprana edad (alrededor de los 14 años), van a la ciudad a trabajar como criadas en casas de adinerados con el fin de enviar dinero al hogar, dejando así a sus hijas al cuidado de los abuelos, lo cual interrumpe el traspaso de conocimientos relacionados con la SSR, llevando así a nuevos embarazos adolescentes y posterior alejamiento del hijo, generando así un ciclo auto replicativo y un proceso de cortocircuito en el traspaso de los saberes tradicionales a las nuevas generaciones. Esto además genera fuertes conflictos internos en la madre, ya que *“Varias mujeres se ven forzadas de abandonar su rol de mujer emberás, y, por lo tanto, se quedan sin su territorio y sin la posibilidad de criar a su hijo como ellas quisieran”*
- Acceso a la partería para el parto: aunque exista la posibilidad de acceder a una partera tradicional para llevar a cabo el parto, esta práctica se ha ido perdiendo a medida que el tiempo pasa, debido a que las nuevas generaciones tienen una mejor visión de la atención hospitalaria (aunque luego dan testimonio de que les hubiera gustado que el proceso hubiese sido llevado a cabo por una partera) o porque son tan pocas que algunas desconocen de su existencia. El autocuidado también ha perdido adeptos, ya que son las abuelas las que manejan el conocimiento y se niegan en enseñarlo a las nuevas generaciones.

Como se mencionó, la violencia generada durante hacia la mujer durante el proceso que implica un parto son variados, siendo estos identificados por Vallana (39), quien mediante una autoetnografía de sus dos embarazos y partos, más testimonios de otras mujeres que han pasado por este proceso reflexiona y analiza lo que fue vivir dicho proceso. Y aunque estos ocurren dentro del recinto de salud, menciona que son prácticas que se han ido reproduciendo y naturalizando dentro del que hacer basado en la forma protocolar de actuar. Los tipos de violencia que encontró fueron:

- Violencia simbólica: siendo esta el “*resultado de la interiorización y la naturalización de la relación de subordinación y dependencia de las mujeres dentro del sistema de salud*”. La mujer tiende a asumir el rol pasivo, casi como un objeto, frente al embarazo y parto, lo cual contraviene derechos humanos fundamentales.
- Violencia institucional: va de la mano con la violencia anterior, donde intervienen procesos protocolizados sin distinción personalizadas, además de la transformación simbólica de la mujer en un paciente con apelativos como “mamitas” o “gorditas”, donde deja en claro la diferencia jerárquica entre mujer gestante y personal obstétrico.
- Violencia física: también en relación con la protocolización del proceso de embarazo-parto, incluye en esto la generación de miedo en la mujer, “*tactos vaginales reiterados y realizados por más de una persona y la realización de maniobras e intervenciones de manera brusca y poco considerada con la mujer que las recibe*”, sumando a esto además la realización de cesáreas sin consultar y/o es innecesaria.

Según la autora (39) estas violencias se explican debido a que la medicina esta imbuida dentro del modelo tecnocrático de parir/nacer, caracterizadas por: estandarización de los protocolos; fragmentación cuerpo-mente, donde se trata solamente el cuerpo dejando de lado el sentir de la mujer; las “*lógicas neoliberales donde las instituciones buscan ganancias económicas y reducir los gastos*”; darle un rol central y sobrevalorado a las tecnologías.

Es normal encontrar que las profesiones en general son caracterizadas por un género en particular, y cuando el otro se inmiscuye e ingresa al ámbito se presentan los problemas relacionados con el biopoder, la cual lleva a la discriminación y abusos del género dominante, que en la mayoría de los casos es el masculino. Ejemplos en las carreras de salud hay muchos, como el de Enfermería y Obstetricia como carrera solo para mujeres, a diferencia de Médico Cirujano el cual es solo para hombres. El estudiar estos fenómenos desde el punto de vista

antropológico permite realizar las preguntas correctas para entender por qué ocurre y mediante esto proyectar posibles soluciones (40).

Como se mencionó en uno de los ejemplos, el campo de Cirugía es predominantemente masculino, y como mencionan los datos presentados por Hill *et al.* las cifras de mujeres con esta especialidad no supera los dos dígitos al 2012 (7%) en Inglaterra, mediante el método de la auto-narrativa logró identificar como entienden la profesión las cirujanas y como se ven ellas mismas dentro de esta, tocando así el tema de la identidad, también realizó una serie de entrevistas de mujeres que se dedican a esta área (o que aún se encontraban preparándose) llegando a la conclusión de que el discurso de ser cirujana compite con el de ser mujer, siendo uno de los mayores temas el de la necesidad de una dedicación al 100%, teniendo que dejar de lado otras actividades que ellas consideraron como propias de su género, como ser madres; también expresan que han pasado por eventos traumáticos y fuertemente negativos que las han llevado a replantearse lo que están haciendo debido a la discriminación ejercida por el género masculino; existe además la necesidad de legitimar su posición de mujer-cirujana en un mundo lleno de expectativas masculinas, esto último refleja el dominio masculino dentro de la profesión, apelan a que la investigación lleva a la necesidad de cambios en la educación hacia una mayor inclusión, ya que la participación femenina indica un cambio cultural, y hay que hacerse cargo desde dentro de las facultades (40).

Los problemas de género van más allá del ejercicio en el área de la salud e impregna casi la totalidad de la sociedad occidental, sin contar que en ocasiones este se complementa con otros factores, como la etnicidad, la religión, el idioma, entre otros factores.

Casado y Ruiz (41) abordaron la temática de los nuevos flujos migratorios que generan la llegada de poblaciones que debido a las circunstancias deben optar por trabajos para los que se encuentran sobrecalificadas, por esto *"conocer la respuesta a estas cuestiones y comprender estos contextos familiares, favorecerá el avance imprescindible en competencia cultural de los profesionales de Enfermería"*. Ellos pudieron concluir que el trabajo de cuidadora es la entrada al mundo laboral, pero aun así tiene bajos salarios y es exclusivamente femenina (no pudieron encontrar hombres que se dediquen a dicha actividad); la diferencia cultural que se genera entre ambas partes es notoria, y puede favorecer actitudes clasistas y xenóforas, esto basado en el idioma, la religión, la gastronomía, la noción espacio-tiempo y el uso del nombre (cambio y/o españolización de este). Se destaca la diferencia entre el concepto común que se tiene de clase social ligada netamente al capital económico en contraposición con su compleja definición académica la cual toma distintos tipos de capitales incluyendo el ya mencionado, como el cultural, social y simbólico. Ellas pudieron descubrir que se genera un beneficio para las tres partes implicadas en la actividad de cuidadora, siendo estos el de que *"las cuidadoras inmigrantes porque les permite integrarse a la sociedad de acogida; para las personas mayores porque ven cubiertas sus necesidades, y para la familia porque ve reducida su sobrecarga y se crean relaciones familiares más saludables"*. El inconveniente que se destaca es que al ser un trabajo dentro del hogar este se invisibiliza y por ende no existen normativas en cuanto a la salud laboral. El mayor aporte de esta investigación es que *"facilitará que desde los sistemas sanitarios se puedan abordar algunas de las necesidades de cuidadoras, personas cuidadas y familias"*.

De Oliveira, *et al.* (42) mediante el estudio de la realidad de los cuidadores de personas enfermas de cáncer también devela, y confirma lo reportado en la literatura, que mayoritariamente son mujeres las encargadas de este trabajo, la explicación a esto es la propia cultura de la población que tradicionalmente ve a las mujeres como prestadoras de cuidados de niños, viejos y enfermos. También menciona que la mayoría de los hombres que son cuidadores son hombres jubilados, por lo que no estarían afectando su normalidad de ser trabajador. Generalmente la mayoría son esposas las que terminan cuidando al afectado por

cáncer. Se menciona como desafío la necesidad de que los profesionales de la salud se involucren cada vez más en la guía de los cuidadores, ya que el cáncer no solo afecta al paciente con la condición, sino que también a la familia y la comunidad en general

### 3.2 CONCEPTOS Y ANALISIS

El problema racial ha estado en boga desde hace mucho tiempo, con explosiones esporádicas en los Estados Unidos debido a la discriminación existente hacia la población afroamericana, con esto en el punto de mira, Sklar (43) destaca la necesidad de enseñar Antropología dentro de las facultades relacionadas para así tener una mayor concepción de los contextos en los cuales viven las minorías discriminadas y por qué ocurren ciertos fenómenos, como por ejemplo, la mayor tasa de delincuencia o muerte por armas de fuego en la población afrodescendiente y latina, el enseñarle a los profesionales a distinguir las situaciones y ser parte activas de estas, como cuando llega un paciente agredido por la policía. Menciona un segundo paso, el cual sería correspondiente a los profesores de las facultades a enseñar lo que es la raza y el racismo desde la historia de estos términos hasta sus implicaciones sociales de hoy día; y finalmente el tercer paso, considerado el con más dificultades, el de la acción individual en la comunidad, ya que se asume que los profesionales del área de la salud son vistos como referentes morales y éticos para esta, y por ende deben actuar como tal, dentro de los parámetros éticos y de sana convivencia con el fin de que la comunidad asimile dicho comportamiento y lo replique. Finalmente vuelve a resaltar la importancia de las ciencias humanas dentro de las facultades de salud, como un imperativo para una futura sociedad.

Pero el concepto de raza además de ser investigado mediante métodos convencionales para las ciencias, también se le puede realizar un seguimiento a como se construyó el concepto en el continente americano, uno de estos es el artículo de Vargas (44) donde el objetivo fue el de "*analizar cómo se conformó la investigación sobre el metabolismo basal a principios del siglo XX, realizada en Jamaica y Yucatán y auspiciada por la Carnegie Institution de Washington (CIW)*". Se muestra que "*la investigación fisiológica, que se llevó a cabo en espacios externos a los laboratorios tradicionales, articuló e incorporó nociones eugenésicas y racializadas sobre los cuerpos estudiados*". Para esto da la definición utilizada para entender que es el metabolismo en ese contexto histórico, lo que implica que era el paradigma utilizado para la comprensión del concepto, siendo este el "*intercambio energético y material que se producía en los seres vivo, y el metabolismo basal como la energía mínima necesaria para realizar estos intercambios*". Al realizar un análisis historiográfico de lo que se considera "normal" al compararlo con lo extraño muestra que lo normal son los valores obtenidos de las poblaciones con hegemonía política-social sobre la otredad, que va a representar lo patológico, llevando a una clasificación más basada en factores sociales que fisiológicos, dando además una superioridad racial de dicha población que es vista como normal. Lo anterior llevó al uso y abuso de la caloría como unidad de medición, lo cual trajo grandes consecuencias geopolíticas. Una historia del metabolismo racial también ayudaría a comprender cómo el concepto de "raza" incorporó nuevos significados que lo cimentaron como una categoría que clasifica y jerarquiza.

Los primeros estudios se enfocaron en el análisis estadístico de los valores obtenidos en la población hegemónica del norte del mundo, del centro occidental, generando así, mediante la ayuda de Pearson, el denominado estándar caucásico (hombre blanco y sano, típico, en resumidas cuentas, normal). Uno de los investigadores fue Davenport, quien tenía marcadas tendencias racistas, pro-eugenesia y separación de las razas, para así evitar una mezcla que fuera "perjudicial", por lo que la investigación llevada a cabo por él en Jamaica y Yucatán iba cargada con una intención de demostrar sus postulados. Estas ideas de supremacía racial se solidificaron al obtener los resultados de las investigaciones, donde se encontró que la

"normalidad metabólica" de los mulatos era menor que la de los blancos-caucásicos, por lo que se consideró la mezcla entre blancos y negros como una degradación racial, y por lo mismo tenían un metabolismo menor, patológico (44).

Otro investigador mencionado por Vargas (44) es Benedict, que era más recatado en sus suposiciones la dejar la puerta abierta a posibles influencias ambientales y dietéticos, como el bajo consumo de carne que es característico en la cultura jamaicana. A esto se suma una serie de contradicciones dentro del mismo estudio, como mujeres mulatas con el metabolismo basal dentro de los parámetros "normales" y población negra con valores iguales a las blancas-caucásicas. Un primer estudio realizado en Yucatán encontró que la población maya estudiada poseía un metabolismo basal superior a la predicción del estándar caucásico, lo cual fue explicado por los autores como resultado de la "pureza racial" de la población, a diferencia de la mezcla que existía en Jamaica. Lo que refleja estas investigaciones realizadas es la influencia que tenían los paradigmas e imaginarios dentro de las investigaciones catalogadas como científicas y objetivas, respaldándose en valores estadísticos pensaban que sus resultados y pensamientos eran sustentados sin importar la interpretación que se les daba.

El artículo realizada por Pohl-Valero (45), quien tiene como meta la investigación histórica sobre la fisiología, que alentarán la construcción de perspectivas de análisis comparados y transnacionales, a la vez que conjugaran de manera creativa diversas aproximaciones historiográficas. Una de las primeras conclusiones que se presentan es la existencia del cruce de fronteras disciplinarias entre la ciencia y la medicina, las cuales son profesionales, epistemológicas y culturales, pero la fisiología pasa a ser una especie de puente entre ambos. Otro es el de Espacio, prácticas e instrumentos, destaca la alta variabilidad de contextos e instrumentos que fueron utilizados para la investigación fisiológica en el subcontinente, donde destaca la existencia de la laboratorios no tradicionales, ya que las investigaciones eran realizadas en el terreno mismo donde se ubicaba la población a estudiar.



Lo natural y lo social, en esta parte se menciona el cómo la medicina y las ciencias naturales interactúan en las investigaciones de este tipo, destacando que su mismo objeto de estudio la emplaza la forma privilegiada en las pretensiones modernas de entender, organizar y controlar a la sociedad y los cuerpos humanos, menciona el biopoder que ejerce la determinación de los tipos normales, los cuales utilizan parámetros provenientes de la población con el dominio hegemónico del mundo, y a partir de este se designan casos anormales, patológicos, raciales, entre otros; el saber fisiológico se articuló en redes de significación cultural, deducciones teóricas y prácticas materiales que ayudaron a definir estrategias, a la vez locales y globales, de gobiernos sobre el cuerpo y la población.

Otro estudio historiográfico que busca ahondar el cómo las disciplinas del área de la salud son lo que son hoy en día es el realizado por Rohrbach (46) llamado *Historic perspectives from anthropology: Reflections proposed to transcultural Nursing*, que como su nombre indica, además busca influir en el devenir de la rama de la enfermería para proponer una visión transcultural como parte de la historia geográfica. Para esto comienza con una sección llamada *Respecto al universalismo y el relativismo*, siendo posturas teóricas que han sido utilizados por los antropólogos de las épocas pretéritas. El universalismo toma el desarrollo del conocimiento generado durante la Ilustración por los distintos filósofos y pensadores, los cuales se basaban en que todas las ciencias se pueden entender de la misma forma, por lo que no habría diferencia, por ejemplo, entre las ciencias naturales y la sociología. Por otro lado está el relativismo, el cual fue planteado por el antropólogo germano-americano Franz Boas, quien postula que las culturas son únicas y deben ser interpretadas dentro de su propio contexto cultural, esta nueva perspectiva requiere de sus propia epistemología y metodología, pero, uno de sus más grandes dificultades son las discusiones éticas, ya que por ejemplo, al analizar la mutilación genital femenina en algunas culturas africanas, este no podría dar un análisis de valor ya que esta actividad sería correcta y debería respetarse dentro del paradigma relativista.

Luego presenta como se desarrolló el pensamiento de las humanidades y su forma particular de entender los fenómenos humanos, esto en base a lo postulado por Dilthey, quien argumentaba que las humanidades requerían sus propias teorías y metodologías, ya que la forma de estudiar las ciencias naturales se basan en explicar los fenómenos en base a la idea de causa-efecto, siendo este el pensamiento deductivo, y mediante estas explicaciones generar leyes; por otro lado, las humanidades primero observan, después entienden y luego interpretan (46).

Un tercer apartado presenta la metodología de estudio por excelencia de la Antropología, la comparación, siendo esta utilizada por los distintos paradigmas teóricos; partiendo por el evolucionismo, el cual comparaba todo en base a la supuesta superioridad europea sobre las demás culturas, eurocentrismo, siendo este el pináculo de la evolución, de esta forma se generaron estadios evolutivos; por otro lado, a simple vista, el relativismo se vería imposibilitado de comparar, debido a que cada cultura solo podría ser comparada con ellas mismas dentro del mismo contexto, autores llevaron esta idea al extremo diciendo que la antropología no es ciencia, sino que el arte de la interpretación de los símbolos de las culturas, pero también existían posiciones que destacaban que se pueden comparar y enumerar las diferencias y las similitudes de las distintas culturas sin caer en clasificarlas como mejores o peores(46).

Luego de esta síntesis de los paradigmas menciona el primer proyecto para unir los caminos de la Enfermería con la Antropología fue el libro *Nursing and Anthropology. Two Worlds to Blend* del Dr. Leininger, quien transforma la primicia de Boas y la adapta al ámbito de la salud al decir que las culturas son únicas, y deben ser evaluadas acorde a sus propios valores, la diferencia radica en la palabra evaluar y, la propuesta por Boas, de interpretar. Para concluir la autora (46) menciona que es necesaria la revisión histórica no para aceptar o rechazar los postulados, sino que para comprender el cómo se ha ido desarrollando el

conocimiento de la disciplina y además el estar abierto para las teorías provenientes de otras zonas del saber, en este caso la Antropología.

### 3.3 ETNOGRAFÍA Y OTRAS HERRAMIENTAS CUALITATIVAS

Las Ciencias Sociales, y la Antropología en particular, se han movido entre los métodos cuantitativos, como la Sociología, y los métodos cualitativos, esto en respuesta a su historia disciplinar, las cuales en su origen buscaban la generación de leyes mediante la interpretación de datos estadísticos y generalizaciones desde la interpretación de cuantificación de los datos del comportamiento humano. Por otro lado, a medida que maduraban, se percataron de la dificultad de esto, de darle valores absolutos a comportamientos subjetivos. En la actualidad estas disciplinas han abrazado lo cualitativo, en algunos casos hasta el extremo, pero aun así mantienen su búsqueda y rigor científico. Una de las desventajas del método cualitativo es que no permite realizar generalizaciones, a diferencia del método cuantitativo que mediante procedimientos estadísticos pueden generar leyes y generalizaciones (47, 48).

Pero los estudios cualitativos son algo poco usado desde las ciencias que, dentro de su visión de la generación del conocimiento, ven estos métodos en un nivel bajo los estudios de naturaleza cuantitativas, por lo que es necesario una definición y ejemplificación del cómo utilizarlos. En base a esto Hamui (49) realiza un artículo donde busca dar las pautas a seguir para la confección de las preguntas de investigación en los estudios cualitativos, donde parte mencionando que busca dar los pasos básicos para la realización de un estudio cualitativo, donde un ejemplo sobre cómo aplicar este en el área de la salud en base a la jerarquía que se genera en los hospitales. Menciona que existen cuatro momentos: *“la construcción del objeto de investigación, el diseño de la investigación, la producción de la información y el análisis*

*de los datos obtenidos*", destacando que se enfocara en el primer punto. La construcción del objeto de investigación es la elección del tema el cual debe estar basado en alguna problemática observada, que nace de la curiosidad del investigadores "*¿Qué quiero saber con este estudio?*", siendo este el punto de inicio crítico. La investigación cualitativa se diferencia de la cuantitativa en que esta rompe el sentido común del investigador mediante el movimiento de este por teorías, conceptos y métodos, donde también es importante distinguir los distintos paradigmas existentes hasta el momento sobre los cuales se debe hacer discutir entre estos, y estos con la información obtenida. El autor destaca la existencia de tres acercamientos epistemológicos relevantes, siendo estos el realismo, el realismo interpretativo y el constructivismo, siendo el ultimo el que se utiliza en los estudios cualitativos, mencionando que "*parte de la premisa que el mundo social es una construcción cultural cambiante que supone el acuerdo y la interacción de los sujetos que le otorgan sentido y significado a su existencia*". Otro factor importante es el estar informado con lo que se ha estado investigando respecto al tema seleccionado, lo cual lleva al "*pensamiento relacional*", el cual busca relacionar el tema de investigación con lo ya hecho con anterioridad, mencionado además de se debe decidir por una forma dejando otras de lado, pero esto también abre el abanico de posibilidades hacia la dirección seleccionada, "*se establece así un diálogo entre la teoría y la realidad que lleva a la fusión de las mismas por su articulación*". La metodología es variada y se va a ir adaptando a medida que el estudio va en desarrollo, siendo la más utilizada la entrevista en sus distintas variantes, pero no hay que olvidar otras técnicas, como los grupos de discusión o la etnografía.

Así por ejemplo si unimos la utilización de la metodología cualitativa junto con la teoría del *Mundo figurado* presentado con anterioridad por Bennet *et al.*(6), se podrá enfatizar el discurso y la voz de las personas, generando espacios de dialogo y reflexión sobre la identidad profesional en el personal de la salud.

Una de las principales herramientas de la Antropología para el estudio de la cultura es la Etnografía, la cual se basa en la observación participante en los fenómenos sociales y su posterior descripción, pero siempre hay que tener en cuenta que *“las descripciones objetivas y de cariz científico de las culturas no pueden menoscabarlas las reacciones y los sesgos del observador. Por el contrario, la objetividad exige una explicación de la relación entre el observador que describe y los fenómenos descritos, con objeto de cumplir la norma de que los observadores especifiquen qué han hecho para alcanzar el conocimiento que dicen poseer”* (50). Y aunque se presente como una metodología objetiva, esta va a ser totalmente diferente a lo que comúnmente se hace desde el área de las ciencias exactas, por lo que su aprendizaje permite ampliar la visión en la forma de generar el conocimiento (51).

Como herramienta de estudio del comportamiento humano la etnografía permite el estudio de múltiples fenómenos, como es el caso del parto y como los padres están cada vez más inmiscuidos en este asunto, pudiendo en sí desvelar la transformación del imaginario de hombre clásica a una nueva forma en respuesta a los distintos estímulos contemporáneos que bombardean la vida diaria. Se resalta además la importancia del profesional de la salud como alguien a quien se le da la última palabra en temas relacionadas con su saber, como es el caso de donde es más seguro la realización de un parto (48).

Existe una propuesta de utilizar un tipo de etnografía para la investigación en educación en salud propuesta por Rashid, *et al.*(52), la cual denomina etnografía focalizada, la cual a diferencia de la etnografía tradicional donde la estadía es prolongada, esta se basa en una pregunta específica que tiene en consideración un periodo de tiempo acotado, considerando la existencia de agendas apretadas en el área de la salud. En base a esta propuesta da diez consejos para realizar una etnografía focalizada satisfactoria, siendo estos:

1. Conocer la diferencia: refiriéndose a la diferencia entre etnografía clásica y etnografía focalizada, siendo lo que marca la diferencia la exploración específica del tema a estudiar y que los grupos de estudio generalmente son pequeños.
2. Construir relaciones previas al inicio de la etnografía: refiriéndose a tener un conocimiento previo del lugar y las personas que serán objeto de estudio, lo cual facilita llegar cuando inicia esta.
3. Compartir los propósitos y la forma de traducir los conocimientos a las partes interesadas: lo que mejora las relaciones y las hace parte de la investigación
4. Practica el ser reflexivo: pensar en el qué y el por qué se está realizando dicha investigación, por qué se piensa de cierta forma, entre otras. Es un llamado a la reflexión y al cuestionamiento de la objetividad y la posición como investigador.
5. Alinear la pregunta de investigación con la metodología: además de tener una línea teórica clara ayuda a que las lecturas críticas estén focalizadas.
6. Preparar el trabajo de campo: referido a tener los implementos materiales necesarios para que no haya imprevistos, esto es las herramientas tecnológicas, la aplicación de entrevistas, la toma de notas y el tiempo necesario.
7. Usar varios métodos para la recolección de datos: como entrevistas, observación y toma de notas, pudiendo abarcar más aun, como registros de audio y audiovisuales.
8. Considerar el contexto en los niveles micro, meso y macro: esto ayuda a darle una respuesta satisfactoria a la pregunta de investigación.
9. Usar triangulación: referido a la forma de analizar los datos, pudiendo triangular los resultados de los métodos obtenidos, las referencias obtenidas previo al trabajo de campo, los resultados de otros investigadores y las teorías.
10. Proporcionar una descripción densa: refiere a una descripción compresiva del lugar, los eventos, las relaciones, el ambiente físico, las personas y los fenómenos que se encuentren durante el trabajo de campo.

Otra adaptación de la etnografía que mantiene en si el mismo principio, es la autoetnografía (51), presentada como una metodología que permite a los educadores-clínicos

estudiar sus propias culturas, destacando que los principales beneficios es ayudar a entender, por ejemplo, la interacción profesor-estudiante, la transición y el desarrollo interprofesional. Esta se diferencia de la autobiografía en que va a considerar las voces de otros participantes del proceso, como colegas y estudiantes, esto siempre respetando los parámetros éticos de toda investigación. Permite desarrollar la autorreflexión narrativa de la vivencia del docente y/o del profesional médico, lo cual es beneficios para mejorar la educación y el crecimiento personal del investigador-docente-profesional, esto desde la reflexión sistemática que se requiere para realizar este tipo de estudios; pudiendo además revelar información no vista mediante otro tipo de investigación, que aporten al perfeccionamiento de la educación en el área de la salud.

La etnografía también tiene utilidad para analizar y valorar intervenciones en el área de salud ya iniciadas en la población, para así poder aprender y posteriormente replicar los conocimientos adquiridos. En este sentido se tiene el estudio de Martínez (53), quien presenta en su artículo una etnografía con su correspondiente observación participante y diario de campo sumando registros filmográfico y entrevistas abiertas como forma de recolección de la información, que abarco a 74 pobladores del área del Valle del Cajón de Cajamarca, Argentina. Todo esto con la finalidad de “*analizar el rol del enfermero y del agente sanitario en el área*” mencionada. Gracias al estudio realizado pudieron concluir que “*la adherencia terapéutica ... es una instancia en la que su rol es central y decisivo*” en relación con los enfermeros y agentes sanitarios, esto debido a que ellos actúan como intermediarios entre el modelo de salud estatal de la atención primaria que se encuentra en la zona con los saberes populares, es decir, es el puente entre ambas culturas. Así estos profesionales sobrepasan el límite de su rol profesional y se vuelven miembros de la comunidad actuando, por ejemplo, prestan dinero o realizan acciones que favorecen la adhesión terapéutica fuera del horario designado. Otro hecho importante es que en la literatura se menciona la baja resolución de patologías, lo cual se contrapone a lo que ocurre en la zona estudiada donde “*el trabajo de los agentes de salud locales expone una gran competencia para resolver las patologías. Esto puede explicarse a partir de su dominio de la biomedicina, pero también de la medicina*

*local, eficiente para el tratamiento de gran cantidad de enfermedades*”, reafirmando este rol de mediador entre ambas visiones del proceso salud-enfermedad, lo cual, como destaca el autor, se debería considerar a la hora de planificar programas de intervención local.

También puede ser utilizada para evaluar cambios dentro de una organización de salud, como lo reportado por Dellenborg, *et al.* (54) la aplicación de cambios en las formas y modelos de atención centrados en el paciente desde el foco del diagnóstico del paciente hacia el de la persona con diagnóstico, por lo que el objetivo fue el de describir y explorar la implementación de un programa para la atención centrada en la persona en la sala de emergencias médica de un hospital sueco, siendo este el University Hospital de Gotemburgo, Suiza. Como fue mencionado, ellos utilizaron la etnografía como metodología de investigación, lo cual requiere una inmersión total del investigador para poder entender que es lo que está sucediendo y por qué ocurren las cosas, todo esto en miras al objetivo propuesto, lo cual consto de un trabajo de campo que fue desde la implementación del programa en 2009 hasta el año 2012 y luego del 2014 al 2016. Al ser esta una investigación basada netamente en la metodología de la etnografía, sumando el largo periodo de tiempo en el que fue realizada la observación participante por parte de uno de los autores que es antropólogo social, se considera a todo el equipo médico de la sala de emergencia del hospital mencionado, lo que consta de 60 enfermeras a contrato, 40 enfermeras asistentes, 43 médicos, de los cuales 14 eran médicos senior y 29 registrados, muchos de los cuales se encontraban en entrenamiento para alguna especialidad. El etnógrafo recopiló datos a lo largo de este tiempo, los cuales van desde conversaciones de pasillo, entrevistas informales, cosas que ocurren y cómo se comporta el personal, todo lo cual queda registrado en el diario de campo, herramienta principal de esta metodología, ya que permite anotar y luego verificar las ideas y conclusiones generadas.



Los resultados obtenidos fueron analizados y llevados a discusión englobado en la gran complejidad que implica el estudio etnográfico dentro de un recinto hospitalario debido a la variedad de profesionales que allí ejercen, las relaciones y los tipos de conocimientos que se van presentando. Esta complejidad llevo a los autores (54) a vislumbrar tres temas que influyeron en la aplicación del programa, siendo el primero de estos la resistencia de los médicos a la implementación del programa, pero esto no fue por la naturaleza del programa (centrado en la persona), sino que más bien por factores organizacionales, siendo estos que no habían participado en la toma de decisiones sobre la participación y sus horarios no se ajustaban para darles tiempo de participar, lo cual afecta la efectividad inicial de la aplicación del programa debido a que son vistos como los líderes naturales del servicio, además de que se generan instancias extraoficiales de cuestionamiento a la administración del hospital por no considerarlos dentro de la toma de decisiones.

El segundo factor detectado por Dellenborg, *et al.* (54) es el silencio que se genera en la comunicación y los conocimientos intergrupo, con esto refiere a que no existe una comunicación fluida, en este caso, entre enfermeras y médicos, además de cada uno de estos grupos posee asunciones que están tan naturalizadas en el que y como hacer que no se cuestionan y solo las notan cuando se les pregunta acerca de estos. Finalmente los trabajadores de la salud requieren aprender ética centrada en la persona, refiriéndose a aplicar los valores éticos con los cuales fueron formados mediante talleres y charlas a medida que se implementaba la actualización en el modo de atención, esta generaba muchas veces que lo que quería hacer el profesional chocara con lo que quería ser la persona, lo que terminaba por frustrar al profesional, finalmente se empezó a dejar de lado este punto por cosas “más importantes” para el desarrollo del modelo.

Además de la etnografía se puede aplicar la observación unida a otras herramientas, como la entrevista y la revisión bibliográfica. Casado y Ruiz generaron una metodología que tenía

como fin ser un *"estudio cualitativo interpretativo desde una perspectiva fenomenológica"*. El contexto fue la ciudad de Sevilla (España) entre junio del 2008 a julio del 2015, donde la población objetivo fueron familias que tuvieran a un adulto mayor que necesite cuidados siendo estos brindados por una inmigrante. El artículo es bastante explícito al momento de señalar cual fue el proceso realizado, siendo este: 1) reuniones de planificación con el fin de establecer las estrategias de obtención de información, los criterios de selección y el diseño de las entrevistas; 2) Entrevistas a profundidad, donde se definieron perfiles para buscar a las entrevistadas, siendo estos entregados a enfermeras locales quienes hicieron el nexo con las investigadoras, donde además *"se realizó una observación sistemática y detallada del comportamiento y conversaciones, se observó y registró lo que las personas hicieron y dijeron, en su medio natural, recogiendo información de modo no intrusivo, tratando de captar su realidad sociocultural"*; 3) finalmente, para el 2010, se ejecutaron grupos de discusión con enfermeras y trabajadoras sociales que en su quehacer diario tengan contacto con inmigrantes que realizan el trabajo de cuidados, y para el 2015 otro grupo, pero esta vez conformado por las propias inmigrantes. Las autoras pudieron concluir al analizar los resultados de la metodología utilizada que esta subsana las posibles críticas a la subjetividad implícita de los métodos cualitativos (41).

La entrevista semiestructurada en conjunto con el análisis de contenido puede llevar a resolver problemáticas que mediante otras metodologías basadas, por ejemplo, en encuestas, se pueden quedar cortas para dar respuesta. Así Gallegos-Martínez y Reyes-Hernández (55) buscan *"determinar las representaciones sociales atribuidas por cuidadores, profesores y niños a la alimentación, salud y nutrición, así como al programa de desayunos escolares para niños de 3 a 7 años en la ciudad de San Luis de Potosí, México"*. Para esto la muestra consto de 8 profesores, 30 niños en el rango de edad de 3-7 años, 3 abuelas, 1 padre y 33 madres. Dentro de la discusión que genero los resultados obtenidos es notoria la necesidad de disminuir la ambigüedad e imprecisión de los saberes que permean desde la salud y educación a la familia, ya que estos últimos solo entienden la salud desde lo corpóreo, esto quiere decir, que a partir de las características físicas del niño se deduce su estado de salud-

enfermedad. Desde el conocimiento que se tiene desde la nutrición, este se caracteriza por la dicotomía bueno-malo, lo cual queda presente en las categorías de alimento saludable y alimento no saludable. También se presenta una crítica al programa de alimentación, que no toma en consideración que el acto de comer un "*es resultado de un proceso social, cultural e histórico*", por lo que es normal el pensamiento de que la alimentación que se da es tediosa y de mal sabor, esto no en base a su clasificación de saludable o no, sino en su clasificación de bueno o malo. Por otro lado se recalca la necesidad de intervenir tanto a los niños y sus espacios, como a sus padres, ya que ellos son los que están influyendo en el comportamiento de sus hijos, sumando a esto el enfoque de género necesario para dichas intervenciones, ya que se debe tener en cuenta que estos espacios son mayoritariamente rurales, y las mujeres-niñas son las que pasan mayor tiempo en la cocina como practica transgeneracional.

Las entrevistas semiestructuradas pueden ser útiles también para evaluar procesos que necesitan una mirada cualitativa en el desarrollo profesional y evaluativo del personal de salud. En el caso del estudio de Chesluk, *et al.* (56) que buscaba explorar como los médicos se preparan para el examen MOC (Maintaining Certification), para esto se realizaron entrevistas semiestructuradas a 80 médicos de atención primaria entre septiembre del 2016 y marzo del 2017, cabe señalar que estas fueron realizadas por teléfono. Las dos conclusiones que pudieron alcanzar los autores es que la forma de preparación se mueve en un amplio espectro desde preparación formal, como pueden ser cursos enfocados en este examen, a la preparación informal, dando como ejemplo consultar que se preguntó a colegas o simplemente no preparándose, se menciona además que la preparación esta de la mano de cuanto podrían aprender los médicos del examen, lo cual va de la mano con la calidad de atención que brindaran al paciente. Otro hecho interesante es el cómo ven el acto de volver a rendir un examen, la mayoría lo ve como un volver al periodo de aprendizaje, pero la diferencia radica en cómo se lo toman, siendo para algunos una molestia de un tiempo que no quieren recordar.

Un método cuantitativo de medición utilizado frecuentemente en el área de la asistencia en salud son las encuestas de satisfacción, las cuales son una herramienta útil para la evaluación de varios procesos que se encuentran protocolizados, donde los resultados generalmente se procesan mediante métodos cuantitativos, lo cual permite generar materiales evaluativos que se pueden aplicar para mejorar el servicio en cuestión, dejando de lado un análisis cualitativo. En base a esto Bletzer (47) busca evaluar y presentar los resultados de datos obtenidos por una agencia (National Community Health Partners, organización dedicada a prestar asistencia a organizaciones relacionadas con el SIDA y departamentos de salud estatales en Estados Unidos) mediante una Nube de palabras. Los resultados que se presentan solo son utilizados para destacar la funcionalidad de esta metodología de análisis cualitativo, la cual menciona que depende de una percepción holística, reconoce las palabras y las representa en distintos tamaños dependiendo del principio matemático de la proporción. Los resultados generados coinciden con la investigación realizada por otros autores mencionados en el artículo, generando una exhibición individualista de una multiplicidad visual, la nube de palabras da al investigador un acercamiento a la verdad de lo que los participantes desean comunicar versus la realidad de la frecuencia de estos comentarios. Destaca que las ventajas de este método es que luego de realizar y analizar los resultados obtenidos son de que sirven para que el profesional pueda seguir generando instancias, como darles significado a las palabras de la nube, y verificar la interpretación dada.

Otra forma novedosa de presentar los resultados de estudios cualitativos es la presentada y evaluada por Toke, *et al.* (57), quienes parten diciendo que la dificultad que existe para evaluar el impacto de este tipo de estudio es que los hallazgos que se están presentando brindan un interpretación, a diferencia de lo que se está acostumbrado en el área, lo cual son hechos transformados a datos numéricos que pueden pasar por distintos procesos para ser aún más valorado. En base a esto buscan evaluar el impacto que genera un cortometraje basado en un estudio cualitativo sobre dolor musculoesquelético crónico, llamado *Struggling to be me*, a profesionales de salud que se encuentran haciendo un postgrado interprofesional

en un módulo de e-learning. Los resultados obtenidos por los investigadores los llevaron a decir que este método de presentación estimula que se reconozca la importancia de la historia de vida del paciente, lo que lo vuelve una persona reconocible, en otras palabras, se le da una cara y un trasfondo.

## CONCLUSIONES

Las carreras del área de la salud han sufrido múltiples cambios a lo largo del desarrollo de esta en la sociedad occidental, pasando de una práctica empírica en periodos anteriores a las grandes revoluciones científicas hasta estos días, demostrando así de que no está todo escrito en piedra y se va desarrollando dependiendo de las necesidades explícitas e implícitas de las personas y la sociedad, los cuales son el centro de su que-hacer.

Los aportes desde la Antropología han estado presentes desde un poco después del nacimiento de esta como disciplina independiente, con investigaciones e intervenciones en poblaciones distintas a la del investigador occidental, desarrollando teorías y métodos de investigación, los cuales con el paso del tiempo también comenzaron a ser utilizados para el estudio de la cultura propia del investigador. Estos aportes han sido replicados en distintas áreas que van desde otras Ciencias Sociales, empresas privadas y públicas, hasta lugares como hospitales y clínicas, pudiendo tener un alcance aún no desarrollado en su totalidad, como el espacio de un laboratorio de cualquier índole asistencial.

Específicamente dichos aportes en la formación de los futuros profesionales otorgan una visión ampliada tanto en el cómo y el por qué se está aprendiendo y el cómo se va a aplicar el conocimiento adquirido en la persona y la sociedad, con una visión distinta a la que da el paradigma biomédico que imperó en estas profesiones durante un largo periodo de tiempo como el centro del proceso. El entendimiento de esto en las distintas zonas identificadas permite entender de mejor manera las intervenciones que realizan dichos aportes. La metodología que aporta en el desarrollo, tanto investigativo como de autoconocimiento, se

ve plasmada en la Etnografía, la cual fue utilizada en las tres áreas presentadas con distintos fines, demostrando así su valor.

La mayor limitante fue la ausencia o carencia de disponibilidad de investigaciones relacionadas en el país, y la cantidad mínima en el subcontinente e idioma español está demostrando que aún falta mucho por descubrir en dicha zona del mundo en relación con los aportes que la Antropología puede dar en la formación de los profesionales del área de la salud, habiendo pocas excepciones provenientes de Argentina, Colombia, Ecuador, Brasil y México. La relevancia de incluir los conocimientos antropológicos a nivel nacional en la formación de profesionales de la salud radica en el cambio general que presenta la sociedad tanto en su comportamiento como en las exigencias al área de la salud que por mucho tiempo fue vista sobre todo como un negocio superpuesto a un derecho, se exige un trato humano hacia el paciente, y en eso la Antropología tiene mucho más que aportar.

## BIBLIOGRAFIA

1. Pinto M. 1989. Introducción al Análisis Documental y sus Niveles: El Análisis de contenido. *Boletín la ANABAD*. 39(2):323–42
2. López F. 2002. El Análisis de contenido como método de investigación. *XXI. Rev. Educ.* 4:167–80
3. Castillo L. 2004. Tema 5. Análisis documental. En *Biblioteconomía. Segundo cuatrimestre*, pp. 1–18
4. Urrejola Davanzo L. 2005. *Hacia un concepto de Espacio en Antropología . Algunas consideraciones teórico-metodológicas para abordar su análisis*. 1–86 pp.
5. Kuper A, Veinot P, Leavitt J, et al. 2016. Epistemology, culture, justice and power: non-bioscientific knowledge for medical training. *Med. Educ.* 51(2):158–73
6. Bennett D, Solomon Y, Bergin C, et al. 2017. Possibility and agency in Figured Worlds: becoming a ‘good doctor’. *Med. Educ.* 51(3):248–57
7. Kasper J, Greene JA, Farmer PE, et al. 2016. All health is global health, all medicine is social medicine: Integrating the social sciences into the preclinical curriculum. *Acad. Med.* 91(5):628–32
8. Kelly M, Ellaway R, Scherpbier A, et al. 2019. Body pedagogics: embodied learning for the health professions. *Med. Educ.* 53(10):967–77
9. Crump WJ, Fricker RS. 2015. A medical school prematriculation program for rural students: Staying connected with place, cultivating a special connection with people. *Teach. Learn. Med.* 27(4):422–30
10. Costa M, Kangasjarvi E, Charise A. 2020. Beyond empathy: a qualitative exploration of arts and humanities in pre-professional (baccalaureate) health education. *Adv. Heal. Sci. Educ.* 25(5):1203–26
11. Clementz L, McNamara M, Burt NM, et al. 2017. Starting with Lucy: Focusing on



- Human Similarities Rather Than Differences to Address Health Care Disparities. *Acad. Med.* 92(9):1259–63
12. Dao DiK, Goss AL, Hoekzema AS, et al. 2017. Integrating Theory, Content, and Method to Foster Critical Consciousness in Medical Students: A Comprehensive Model for Cultural Competence Training. *Acad. Med.* 92(3):335–44
  13. McElfish PA, Moore R, Buron B, et al. 2018. Integrating Interprofessional Education and Cultural Competency Training to Address Health Disparities. *Teach. Learn. Med.* 30(2):213–22
  14. Takahashi N, Aomatsu M, Saiki T, et al. 2018. Listen to the outpatient: qualitative explanatory study on medical students' recognition of outpatients' narratives in combined ambulatory clerkship and peer role-play. *BMC Med. Educ.* 18(229):1–14
  15. Ventres WB, Wilson CL. 2015. Beyond ethical and curricular guidelines in global health: Attitudinal development on international service-learning trips. *BMC Med. Educ.* 15(1):1–5
  16. Royer DF. 2018. A Model Curriculum for Developing Teaching Competencies in Future Medical Educators. *Med. Sci. Educ.* 28(1):89–100
  17. Ripp K, Braun L. 2017. Race/Ethnicity in Medical Education: An Analysis of a Question Bank for Step 1 of the United States Medical Licensing Examination. *Teach. Learn. Med.* 29(2):115–22
  18. Harris A, Rethans J-J. 2018. Expressive instructions: ethnographic insights into the creativity and improvisation entailed in teaching physical skills to medical students. *Perspect. Med. Educ.* 7(4):232–38
  19. Jalloh C, Collins B, Lafleur D, et al. 2020. Mapping session learning objectives to exam questions: How to do it and how to apply the results. *Med. Teach.* 42(1):66–72
  20. Zanting A, Meershoek A, Frambach JM, et al. 2020. The 'exotic other' in medical curricula: Rethinking cultural diversity in course manuals. *Med. Teach.* 42(7):791–98
  21. Schrewe B, Bates J, Pratt D, et al. 2017. The Big D(eal): professional identity through

- discursive constructions of 'patient'. *Med. Educ.* 51(6):656–68
22. Renting N, Raat ANJ, Dornan T, et al. 2017. Integrated and implicit: how residents learn CanMEDS roles by participating in practice. *Med. Educ.* 51(9):942–52
  23. Olmos-Vega FM, Dolmans DHJM, Guzmán-Quintero C, et al. 2018. Unravelling residents' and supervisors' workplace interactions: an intersubjectivity study. *Med. Educ.* 52(7):725–35
  24. Skipper M, Nøhr SB, Jacobsen TK, et al. 2016. Organisation of workplace learning: a case study of paediatric residents' and consultants' beliefs and practices. *Adv. Heal. Sci. Educ.* 21(3):677–94
  25. Olmos-Vega FM, Dolmans DHJM, Guzmán-Quintero C, et al. 2019. Disentangling residents' engagement with communities of clinical practice in the workplace. *Adv. Heal. Sci. Educ.* 24(3):459–75
  26. Bochatay N, Bajwa NM, Blondon KS, et al. 2019. Exploring group boundaries and conflicts: a social identity theory perspective. *Med. Educ.* 53(8):799–807
  27. Rattray NA, Ebright P, Flanagan ME, et al. 2018. Content counts, but context makes the difference in developing expertise: a qualitative study of how residents learn end of shift handoffs. *BMC Med. Educ.* 18(1):249
  28. Billett S. 2016. Learning through health care work: Premises, contributions and practices. *Med. Educ.* 50:124–31
  29. Sheehan D, Jowsey T, Parwaiz M, et al. 2017. Clinical learning environments: place, artefacts and rhythm. *Med. Educ.* 51(10):1049–60
  30. Baim AD. 2018. Getting the picture: visual interpretation in ophthalmology residency training. *Med. Educ.* 52(8):816–25
  31. Bannister SL, Dolson MS, Lingard L, et al. 2018. Not just trust: factors influencing learners' attempts to perform technical skills on real patients. *Med. Educ.* 52(6):605–19
  32. Hsieh JG, Hsu M, Wang YW. 2016. An anthropological approach to teach and

- evaluate cultural competence in medical students - The application of mini-ethnography in medical history taking. *Med. Educ. Online*. 21(1):
33. Lossada F. 2013. Sobre la antropología del cuerpo. *Fermentum. Rev. Venez. Sociol. y Antropol.* 23(67):234–50
  34. Valencia Molina CP, Canaval Erazo GE, Sevilla Peñuela TM, et al. 2015. Sexual debut in young adults in cali as transition: keys for care. *Investig. y Educ. en Enfermería*. 33(2):355–64
  35. Valencia AM, Valencia ÉM, Arias MM, et al. 2015. Reproductive calendar of the Zenú and Embera indigenous peoples of the Eyabida and Chamibida subgroups from Antioquia (Colombia). *Investig. y Educ. en Enferm.* 33(3):395–405
  36. Santa Rosa PLF, Hoga LAK, Reis-Queiroz J. 2015. “Not worth doing prenatal care”: an ethnographic study of a low-income community. *Investig. y Educ. en Enfermería*. 33(2):289–96
  37. Mejía Merino CM, Faneyra Zapata L, Molina Berrio DP, et al. 2018. Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. *Investig. y Educ. en Enfermería*. 36(1):e03
  38. Ortiz, Ant S. 2019. Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos organizativos de mujeres indígenas. *Rev. Ciencias la Salud*. 17(Special Issue):145
  39. Vallana Sala, MSc VV. 2019. “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev. Ciencias la Salud*. 17(1):128
  40. Hill E, Solomon Y, Dornan T, et al. 2015. “You become a man in a man’s world”: Is there discursive space for women in surgery? *Med. Educ.* 49(12):1207–18
  41. Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E. 2016. Factors influencing family care by immigrant women in Spain: a qualitative study. *Investig. y Educ. en Enfermería*. 34(3):551–63

42. De Oliveira WT, Matsuda LM, Sales CA. 2016. Relationship between wellness and sociodemographic characteristics of caregivers of people with cancer. *Investig. y Educ. en Enferm.* 34(1):128–36
43. Sklar DP. 2015. Racial Violence, Academic Medicine, and Academic Medicine. *Acad. Med.* 90(12):1577–80
44. Vargas Domínguez J. J. 2015. El metabolismo racial: estudios eugenésicos en Jamaica y Yucatán entre 1920 y 1940. *Ciencias la Salud.* 13(especial):85–103
45. Pohl-Valero S. 2015. Sociedad, raza, Nación y el funcionamiento del organismo humano. Historias alternativas de la Fisiología en América Latina. *Rev. Ciencias la Salud.* 13(Especial):5–12
46. Rohrbach C. 2015. Historic perspectives from anthropology: Reflections proposed to transcultural Nursing. *Investig. y Educ. en Enferm.* 33(2):374–79
47. Bletzer K V. 2015. Visualizing the qualitative: making sense of written comments from an evaluative satisfaction survey. *J. Educ. Eval. Health Prof.* 12:12
48. Martínez-Mollá T, Solano C, Siles J, et al. 2015. The father's decision making in home birth. *Investig. y Educ. en Enfermería.* 33(3):573–82
49. Hamui Sutton A. 2016. La pregunta de investigación en los estudios cualitativos. *Investig. en Educ. Médica.* 5(17):49–54
50. Harris M. 2007. *Teorías sobre la cultura en la era posmoderna.* Barcelona: A&M Gráfico. CRÍTICA ed.
51. Farrell L, Bourgeois-Law G, Regehr G, et al. 2015. Autoethnography: introducing 'I' into medical education research. *Med. Educ.* 49(10):974–82
52. Rashid M, Hodgson CS, Luig T. 2019. Ten tips for conducting focused ethnography in medical education research. *Med. Educ. Online.* 24(1):1624133
53. Martínez B. 2018. Enfermeros y agentes sanitarios como impulsores de la adherencia terapéutica: una investigación etnográfica en Catamarca, Argentina. *Rev. Ciencias la Salud.* 16(1):144

54. Dellenborg L, Wikström E, Andersson Erichsen A. 2019. Factors that may promote the learning of person-centred care: an ethnographic study of an implementation programme for healthcare professionals in a medical emergency ward in Sweden. *Adv. Heal. Sci. Educ.* 24(2):353–81
55. Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J. 2016. Representations by Caregivers, Teachers, and Children on Food, Nutrition, Health, and School Breakfast Contributions for the “ESNUT” Nutritional Stabilization Program. *Investig. y Educ. en Enfermería.* 34(2):368–77
56. Chesluk BJ, Eden AR, Hansen ER, et al. 2019. How Physicians Prepare for Maintenance of Certification Exams. *Acad. Med.* 94(12):1931–38
57. Toye F, Jenkins S, Seers K, et al. 2015. Exploring the value of qualitative research films in clinical education Approaches to teaching and learning. *BMC Med. Educ.* 15(1):1–13