



Investigación en
Educación Médica

www.elsevier.es



ARTÍCULO ORIGINAL

Representaciones sociales de alumnos y docentes sobre el módulo de clínica integral de la carrera de médico cirujano

Luis Heshiki-Nakandakari, Leticia Osornio-Castillo, Rafael Sánchez de Tagle-Herrera, Sabas Valadez-Nava, Edilberto Domínguez-Álvarez.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México, Iztacala, Méx., México.

Recepción 26 de noviembre de 2012; aceptación 6 de mayo de 2013

PALABRAS CLAVE

Representaciones sociales; práctica clínica; estudiantes medicina; docentes; México.

Resumen

Introducción: La formación del médico rebasa las aulas para situarse en el contexto social de la salud-enfermedad en las unidades médicas, a través de la intersubjetividad de los actores. En este sentido, durante este proceso no se debe descuidar los principios básicos del actuar médico.

Objetivo: Comparar las representaciones sociales de estudiantes y docentes sobre la práctica clínica respecto a la inserción a los campos clínicos, función del estudiante, técnicas didácticas, habilidades y destrezas para ejecutar los procedimientos médico-quirúrgicos y evaluación del aprendizaje.

Método: Fue un estudio cualitativo e interpretativo. La muestra fue intencional, participaron 32 alumnos de medicina entrevistados individualmente y 48 docentes a quienes se les entrevistó de manera grupal (entre seis a ocho médicos por grupo).

Resultados: Las representaciones sociales de docentes y alumnos mostraron coincidencias en cómo fue la inserción de los estudiantes a los campos clínicos, la falta de actualización del programa y los objetivos educacionales, el uso de la exposición como técnica didáctica dominante y las incongruencias en el modelo de evaluación. Por otra parte, discrepan con respecto a la aclaración de las funciones que debe desarrollar el alumno, las deficiencias en conocimientos, habilidades y destrezas con las que llegan a ciclos clínicos, así como en la supervisión y tutoría para el adiestramiento de habilidades clínicas y procedimientos médico-quirúrgicos. Por lo anterior, es imperativo que las instancias educativas realicen las modificaciones pertinentes en estos rubros y proporcionen el apoyo necesario para lograr una mejoría sustancial en la formación clínica de nuestros estudiantes.

Correspondencia: Luis Heshiki Nakandakari, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Av. de los Barrios N° 1, Colonia Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, C.P. 54090, México D.F., México. Teléfono: 5623 1200. Correo electrónico: luisheshiki@aol.com

KEYWORDS

Social representations; clinical practice; medicine students; teachers; Mexico.

Social representations of teachers and students about integral clinic module of medical school**Abstract**

Objective: To compare the social representations of students and teachers on clinical practice regarding insertion clinical fields, function of student, teaching techniques, skills and abilities to perform medical and surgical procedures and assessment of learning.

Method: This was a qualitative study and interpretative displays intentional, involving 32 medical students interviewed individually and 48 teachers who were interviewed as a group (between six to eight doctors per group).

Results: Social representations of teachers and students showed similarities in how was the inclusion of students in clinical fields, the lack of updating of program and educational objectives, the use of exposure as dominant teaching technique and inconsistencies in the assessment model.

On the other hand, disagree regarding the clarification of roles that the student must develop, deficiencies in knowledge, skills and abilities that reach the clinical courses and in supervising and mentoring for clinical skills training and procedures medical and surgical. Therefore, it is imperative that educational bodies make appropriate changes and provide the necessary support to achieve a substantial improvement in clinical education of our students.

Introducción

Esta investigación intenta conocer una situación clínico-educativa que involucra a docentes y estudiantes en su realidad empírica, aquí se entrecruzan distintas formas de vida, pensamientos, ideas, creencias y prácticas englobadas en intersubjetividad. Para interpretar sus discursos nos apoyamos en la perspectiva teórica de las representaciones sociales, y en comprender sus vivencias en el contexto clínico.

El término representación social (RS) fue propuesto por Moscovici (1961),¹ cuya teoría se erige como un paradigma de explicación que recupera al sujeto social, poseedor de varias identidades sociales y agente que crea y recrea su propia realidad social a través de la comunicación con otros sujetos, en la construcción grupal de ideologías de un mundo en constante cambio, cuyos integrantes son seres pensantes que interactúan todo el tiempo.² Por otro lado, Jodelet³ menciona que las RS constituyen fenómenos múltiples que se observan y estudian a varios niveles de complejidad, individuales y colectivos, psicológicos y sociales. Esto clarifica los fenómenos, las circunstancias y las actitudes de los individuos con quienes se interactúa.

De acuerdo con Abric,⁴ las RS cubren una función grupal determinada por la práctica social de cada grupo, en la que se contemplan: a) conocimiento, facilita a los miembros del grupo la comprensión y la explicación de la realidad; b) identidad, preserva una identidad social en base a normas y valores que tienen una determinada función histórica; c) orientación, determina comportamientos y prácticas sociales del grupo y, d) justificación, permite validar las posturas y conductas del grupo.

Son varios los autores que han identificado fuentes diversas que generan RS. Jodelet,⁵ por ejemplo, menciona las experiencias anteriores de los individuos, los sistemas de creencias, la cultura, los afectos y la condición social; Ibáñez,⁶ señala a los sistemas ideológicos y de valores que predominan en la sociedad, así como a las condiciones sociales, económicas e históricas y, Moscovici,^{7,8} incluye a los hechos actuales, el conocimiento objetivo de los

grupos para controlar su propio mundo, la religión y las RS previas.

Abric,⁴ sostiene que las RS no son elaboraciones socio-cognitivas que se generan de manera automática y respondiente en los individuos que crean conocimientos comunes, sino que corresponden a prácticas concretas que llevan a cabo sujetos sociales pertenecientes a grupos determinados.

Ya sea en situaciones de interacción conflictual o en relaciones intergrupos o pedagógicas, está demostrado que el comportamiento de los individuos o de los grupos es determinado directamente por los cuatro componentes de su representación de la situación, que toman una importancia relativa según el contexto y la finalidad de la misma: representación de sí, de la tarea, de los otros y del contexto en que actúan y determinan significación de la situación de los sujetos e inducen por eso los comportamientos, las gestiones cognitivas y el tipo de relaciones interindividuales intergrupos.⁹

Existen múltiples estudios en medicina para el pregrado y posgrado, para conocer e interpretar los resultados de los programas educativos; algunos describen los procesos metodológicos,^{10,11} otros buscan conocer los detalles cotidianos del acontecer en la práctica clínica^{12,13} y muy pocos se orientan a la búsqueda de significados que los actores del proceso interponen con sus expectativas, visiones y sentimientos que subyacen en la formación médica.^{14,15}

Buraschi, Duro, Buraschi M., Marano y Vautier¹³ han señalado que existen deficiencias graves con respecto a las competencias de los estudiantes de medicina para efectuar un examen médico físico y ciertos procedimientos básicos, para determinar el estado de salud de un paciente. Aunado a esto, hemos distinguido tres problemas principales: la falta de uniformidad en los campos clínicos, la insuficiente capacitación de profesores y el ejercicio simultáneo de las acciones existenciales y docentes.

A partir de lo anterior, este trabajo tuvo por objetivo, conocer varios elementos que conforman las RS de

estudiantes y docentes, sobre la práctica clínica en los aspectos de inserción a los campos clínicos, función del estudiante, habilidades y destrezas para ejecutar los procedimientos médico-quirúrgicos, técnicas didácticas y evaluación del aprendizaje.

Métodos

El presente estudio fue exploratorio y transversal. La muestra fue de sujetos-tipo (la muestra de sujetos-tipo se utiliza en estudios exploratorios y en investigaciones de tipo cualitativo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización, en estudios de perspectiva fenomenológica, donde el objetivo es analizar los valores, ritos y significados de un determinado grupo social -Hernández, 2003:328-). En esta muestra participaron 30 alumnos que habían cursado clínica integral I y II de la carrera de médico cirujano de la FES Iztacala-UNAM (los módulos de clínica integral I y II corresponden al tercer año del plan modular de la carrera de médico cirujano), generación 2007, y 48 profesores de los mismos módulos.

A los alumnos, previo consentimiento informado, se les aplicó una entrevista individual, a profundidad, porque consideramos que un diálogo directo permite explorar más ampliamente aspectos sobre las RS de los alumnos que conforman este grupo. Constó de 40 preguntas (14 cerradas y 26 abiertas), distribuidas en: función del estudiante (4), campos clínicos (10), habilidades y destrezas (6), procedimientos médicos quirúrgicos (7), técnicas didácticas (4) y evaluación (9).

A los profesores, previo consentimiento informado, se les aplicó una entrevista de manera grupal (*focus group*), debido a las limitantes de tiempo y disponibilidad de los profesores adscritos en los campos clínicos. Se utilizó una guía que constó de 16 preguntas, en donde se indagó sobre las actividades y relaciones de los alumnos en los servicios clínicos, aplicándose a ocho grupos, de cinco a ocho integrantes, de distintas unidades médicas.

Las entrevistas individuales se realizaron en las instalaciones de la FES-I, fueron audiograbadas previo consentimiento informado. Las entrevistas grupales se realizaron en los hospitales en donde laboraban los docentes, estas entrevistas también fueron audiograbadas y transcritas para su interpretación.

Se realizó un análisis cualitativo basado en el análisis de contenido, tratando de develar los procesos psicosociales que intervinieron en la construcción de las representaciones sociales. Se tomó la metodología de Abric,⁴ para su análisis bajo la tercera función de interpretación: la representación social de la tarea, la de sí mismo, representación social de los otros y del contexto.

Resultados

1. Campo clínico y programa

Estudiantes y profesores coinciden en que la recepción del grupo, se realiza en una sencilla reunión en presencia de algunas autoridades y/o profesores. Se indica el reglamento del hospital, se presenta el programa de estudio (temario teórico y rol de rotaciones), horario de clases y de práctica y la forma de evaluación; habitualmente

se hace un recorrido por las instalaciones, en donde los subgrupos de alumnos se distribuyen en los servicios clínicos que les corresponden. En el servicio, el profesor los recibe, les indica las actividades a realizar en el periodo asignado, así como la forma de evaluación.

Aunque la descripción es positiva, también se reporta, por ambas partes, la ausencia de objetivos educacionales en los servicios, en los que el profesor decide las actividades de acuerdo con su labor cotidiana y los estudiantes se suman a esta decisión. “En la mayoría de los servicios nos indicaron qué era lo que teníamos que realizar, lo que íbamos a ver, el tipo de pacientes que íbamos a encontrar; pero hubo algunos servicios en los que supimos de qué se trataba hasta que nosotros como estudiantes los fuimos averiguando” (E2F:4) (número de entrevista, género: número de pregunta). La relación que se establece, según el profesor, es óptima, apoyando al alumno en lo académico y en lo personal. Aun así, consideran que el tiempo asignado para la rotación por servicio (ocho días) es muy corto, lo que limita la realización de actividades prácticas y la evaluación de los alumnos.

Por otra parte, los profesores detectan en los alumnos deficiencias en su preparación previa (ciclos básicos), en temas de anatomía, fisiología, embriología y, sobre todo, en farmacología. Adicionalmente, se menciona que el programa contiene temas obsoletos y otras patologías emergentes están ausentes, por lo que consideran urgente la actualización.

2. Función del estudiante

El nivel de complejidad de las funciones que realizan los alumnos para estos semestres, es considerado apropiado por la totalidad de los profesores y el 50% de los alumnos. Éstos asumen que deben estar siempre estudiando, preguntándose el por qué, para qué y cómo hacer las cosas, no quedarse con la duda, siempre dentro de la dinámica de los servicios, así como tener iniciativa y estar dispuesto a participar, para que el profesor le permita desarrollar los procedimientos clínicos y médico-quirúrgicos.

“Estar consciente de dónde estás y de lo que puedes obtener: interrogar y explorar al paciente, hacer historias clínicas, sacar muestras de sangre, hacer curaciones” (E5F:8).

3. Técnicas didácticas

Los estudiantes refieren que la técnica más utilizada por el profesor es *la exposición*, algunos profesores asignan los temas con materiales preparados por él. Se emplea pizarrón o cañón. “La mayoría de mis compañeros y yo en muchas ocasiones, damos las clases y las exposiciones de manera tan mecánica, que en lugar de ayudarnos nos duermen y no nos ayudan en nada... la verdad, la técnica que se ocupa es la exposición con el cañón y diapositivas en Power Point” (E2F: 9). En menor proporción, los alumnos reconocen que la *revisión de casos clínicos* les ayudó más en su aprendizaje, porque integran la teoría con la práctica y los profesores aportan su experiencia; también emplean *preguntas dirigidas, foro, mesa redonda o panel*.

Por otra parte, los profesores mencionan que emplean principalmente, la exposición en las aulas y los procedimientos clínicos con pacientes. “Bueno, en el aula es

expositiva, ellos exponen usando cañón, con sus diapositivas y en el servicio lo que hacemos es revisión de casos clínicos, tomamos o escogemos a un paciente y les pido que hagan una revisión del problema por el cual se encuentra internado el paciente” (EG1M:3).

Cabe señalar que algunos grupos de profesores mencionaron la necesidad de contar con apoyo de la FES-I, en cuanto a cursos y talleres sobre aspectos pedagógicos que les permita mejorar, facilitar y ser más eficaz en su labor docente.

4. Habilidades, destrezas y procedimientos médico-quirúrgicos

En los módulos de Práctica Clínica (en ciclos básicos), el 95% de los alumnos mencionan haber aprendido a elaborar historias clínicas; el 80% habilidad para interrogar; el 70% realizar exploración física; el 60% sólo auscultar y/o palpar; y, el 40% inyectar, lavarse las manos, vestirse y comportarse en el quirófano. El 30% opina que los procedimientos clínicos son mecánicos, rutinarios y con poco fundamento y, 10% menciona como habilidad saber observar.

En Clínica Integral, el 80% de los alumnos refieren tener habilidad clínica; el 70% interrogar, hacer semiología, interpretar la signología; el 75% correlacionar lo anterior con los resultados de laboratorio y gabinete; y, el 10% tomar electrocardiogramas. El 90% de los alumnos expresa que en la ejecución de procedimientos médico-quirúrgicos su desempeño es bueno, 5% regular y 3% muy bueno. Dan mayor importancia en su aprendizaje a los Servicios de Pediatría, Urgencias, Cirugía y Ginecoobstetricia, con tutoría variable de los docentes. El 80% refiere que son asesorados por los profesores, que los apoyan y corrigen errores, aunque algunos son regañones; el 40%, que asesoran el procedimiento pero no hasta terminarlo y, el 10% no los asesoran.

Los profesores manifiestan que a pesar de que los alumnos realizan los procedimientos médico-quirúrgicos, les falta pericia para ejecutarlos apropiadamente. En lo quirúrgico, saben ponerse los guantes y aplicar sondas, sobre todo nasogástricas, incluso ayudan en algunas biopsias, en partos, cesáreas y apendicectomía. Es muy importante la ayuda que les proporcionan los médicos internos. “En los servicios es muchas veces el residente o el pasante el que enseña procedimientos médicos” (E19M: 4). Los docentes también reconocen: “Es el interno de pregrado el que está más cerca del alumno” (EG8M: 6). Los docentes mencionan que la posibilidad de realizar procedimientos médico-quirúrgicos depende, por una parte del profesor y el Servicio al que está asignado y, por otra, del alumno que muestre iniciativa y haya tenido experiencias similares; la complejidad obviamente restringe la posibilidad de realizarlos y ubica al alumno a nivel de observación.

Llama la atención que alumnos y profesores incluyen los procedimientos clínicos en los médico-quirúrgicos.

5. Evaluación del aprendizaje

El 76% de los alumnos consideró que los profesores se apegaron a la forma de evaluación indicada al inicio del curso, el 26% dijo que modificaron las ponderaciones. Con respecto a si se utilizan los mismos criterios en las

rotaciones por Servicios, el 47.62% de los alumnos considera que no se utilizan los mismos criterios; asimismo, el 61.90% refiere que la calificación que le asignaron no refleja los conocimientos adquiridos, porque: 1) el formato no es adecuado, 2) falta retroalimentación entre las partes, 3) no se evalúa la parte práctica, 4) es subjetiva y, 5) se asignan calificaciones arbitrarias, generalmente altas. “No llevan registros”, “unos califican con resúmenes, otros con preguntas, otros piden que explores pacientes, que hagas historias clínicas, otros se enfocan solamente en la relación que tienen con ellos y en base a ello evalúan” (E25M:9).

Todos los profesores mencionaron que la evaluación establecida en el programa no se modifica y que las calificaciones reflejan los conocimientos adquiridos por los alumnos; pero reconocen que la parte teórica se evalúa con exámenes parciales según criterio de cada hospital y casi nunca tienen concordancia con los exámenes departamentales (integradores) de la FES-I. Los profesores de cinco hospitales cuestionan la hoja de cotejo, la consideran poco objetiva, inadecuada para los distintos servicios, tiene puntos no evaluables, no evalúa conocimientos y se llega a “regalar la calificación”. “No es un formato adecuado para los distintos servicios, tienen puntos que no evalúan la práctica clínica (EG3F:11).

Discusión

Emplear la perspectiva teórica de las representaciones sociales al campo de la educación médica y, en especial, en la práctica clínica permite conocer los modelos psicológicos latentes, a partir de los cuales los alumnos y profesores piensan y expresan sus experiencias y conductas en los servicios clínicos. Ellos consideran a los campos clínicos como la etapa fundamental de su formación, porque propician la integración de los conocimientos básicos con los clínicos aplicados en escenarios reales, que les permite el desarrollo del razonamiento clínico frente a las diversas patologías que presentan los pacientes, consolidando progresivamente aptitudes cognitivas, habilidades y destrezas psicomotoras y actitudes propias de la profesión, bajo la tutoría del profesorado que labora en estas instituciones asistenciales.

Se observó que existen elementos del pensamiento social en la dinámica de los hospitales cuando se prestan los servicios de salud; los alumnos se incorporan en esa dinámica que favorecerá el ir conformando, elaborando y transformando a la vez sus RS de la práctica clínica.

La práctica clínica se cristalizó de manera objetiva en la visita médica con pacientes hospitalizados y la atención de primer contacto en consulta externa y urgencias; además de la participación en procesos quirúrgicos y en la atención del paciente. De cierta manera su campo de representación se circunscribe a espacios clínicos donde les dan oportunidad de practicar.

Los alumnos se representan como aprendices de la clínica y es un reto constante en donde se miran a sí mismos comprometidos con su perfil profesional, responsables con su trabajo diario frente a los pacientes. Sin embargo, diversos autores^{16, 17} han hecho hincapié en las deficiencias que estos estudiantes exhiben durante su estancia por estos campos clínicos, que retrasan o dificultan

el desarrollo de los objetivos educacionales que corresponden a este nivel del plan de estudios, además de las diversas características que los propios hospitales tienen e influyen positiva o negativamente sobre los educandos. López,¹⁸ reporta como dificultades en la enseñanza lo siguiente: falta de uniformidad de los campos clínicos, insuficiente capacitación de los docentes relacionados con la tutoría y las estrategias educativas empleadas en la clínica (facilitador-guía), así como la interacción de lo asistencial con la docencia.

Con respecto a la metodología, se observa el apego del profesorado a la pedagogía tradicional, con escaso conocimiento de las nuevas tendencias en el proceso de enseñanza-aprendizaje que emanan de otras universidades^{19,20} y que tiene como antecedente la formación del médico que ingresa a la docencia de manera espontánea, sin preparación, intuyendo el mecanismo de dicho proceso o imitando a los profesores que observaron durante su formación, que algunos estudios ponen en evidencia y exigen la actuación de las instituciones educativas en la búsqueda de apoyo para su solución.²¹

Coincidimos con Larios¹⁴ en que el aprendizaje de la clínica requiere la enseñanza tutorial, el trabajo supervisado, la atención al desempeño del alumno y el impulso que puede proporcionarle para la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas tanto clínicas como de procedimientos médico-quirúrgicos, que además permitan establecer una evaluación integral objetiva, confiable que cuente con la aceptación de ambas partes y la institución educativa. Es bien conocido el problema de la disponibilidad de tiempo para la docencia de los médicos adscritos al hospital para la atención y tutoría a los alumnos, con indudable predominio de la labor asistencial y tareas administrativas asignadas por la institución hospitalaria²² que desplazan a la labor docente a un segundo plano y entorpecido, además, por la competencia y saturación que propician las propias instituciones educativas cuando coinciden en el mismo campo clínico.

A partir de cómo están definidas las RS la finalidad de la situación tanto para la realización de la tarea como la forma en cómo se estructura o se comunica la representación de sí mismo, de los otros y de su contexto, se comprendió porqué se dice tal o cual cosa. Esto es, interpretar lo constituyente y a la vez conocer lo constituido.

En estos alumnos de medicina, a este nivel de formación, su representación de la práctica clínica proviene tanto de la presencia social de la ciencia médica, de la función de pertenecer al grupo clínico médico y de la información que poseen así como de sus actitudes con respecto a esta práctica.

Visto de esta manera, es obvio que la situación que los alumnos viven en los campos clínicos es compleja y requiere de acciones coordinadas en cada uno de los puntos mencionados, además de someter a revisiones periódicas los programas de estudio, tanto en su temario como en su accionar en las actividades clínicas, que conduzcan al logro de los objetivos educacionales, mismos que deben también someterse a revisión ante el panorama cambiante de la epidemiología nacional y de las tendencias de la educación médica influidas por la globalización y los compromisos del país ante organismos supranacionales.

Contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron en el diseño y realización de esta investigación; asimismo en la recopilación de información, procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del escrito final

Financiamiento

Programa de Apoyo a los Profesores de Carrera (PAPCA) para Promover Grupos de Investigación 2011-2012. Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM, proyecto núm. 44.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Presentaciones previas

Ninguna.

Referencias

1. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Argentina: Huelmul; 1961. p. 6, 18, 28.
2. González M. Pensando la política. Representación social y cultura política en jóvenes mexicanos. México: Plaza y Valdés Editores; 2006
3. Jodelet D. La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S (editor). Psicología Social II. Barcelona: Paidós; 1984.
4. Abric, JC. Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán; 2001.
5. Jodelet D. Representaciones sociales: Un área en expansión. En: Páez D, San Juan C, Romo I, et al (editores). Sida: imagen y prevención. Madrid: Fundamentos; 1991.
6. Ibañez T. Representaciones sociales: Teoría y método. En: Ibañez T (editor). Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai; 1988.
7. Moscovici S. The Phenomenon of Social Representations. In: Farr R, Moscovici S. Social Representations. Cambridge: Cambridge University Press; 1984.
8. Moscovici S. The Myth of the Lonely Paradigm: A Rejoinder. Social Research 1988;51(4):939-967.
9. Abric, JC. Metodología de recolección de representaciones sociales: En: Abric JC. (editor). Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán; 2001. p. 53-74.
10. Lifshitz A. Ad usum et ad valorem. Rev Fac Med UNAM 1990;28(1):1-3.
11. Lifshitz A. Perfil del médico en el área clínica. Rev Fac Med UNAM 1993;36(2):82- 84.
12. Hernández F. Vida cotidiana y representaciones sociales en torno a la formación académica de los estudiantes normalistas. México: Tesis de Maestría, UNAM; 2001.
13. Buraschi D, Buraschi M, Marano y V. Percepción de los alumnos de quinto año de medicina sobre algunas de sus competencias clínicas. Arch Argent Pediatría 2005;105(5):444-449.
14. Larios H, Trejo J, Cortes M. Evaluación de la competencia clínica. Rev Med IMSS 1998;36(1):77-82.
15. Ruvalcaba V, Ortigoza J, Rodríguez S, et al. La Opinión de los alumnos como indicador de la eficiencia de la enseñanza clínica. Rev Fac Medicina UNAM 2001;44(3):104-108.
16. López Bárcenas J. La enseñanza clínica: problemas y perspectivas". Rev Fac Med UNAM 1993;36(4):160-175
17. Consultado el 24 de mayo de 2013. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/sep_02_ponencia.html

18. López BF. Representaciones Sociales y formación de profesores. El caso de la UAS. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* 1996;(2):391-407.
19. Sarabia O, Barragán S. La educación médica y la seguridad del paciente. En: Lifshitz A, Zeron L (editor). *Los retos de la educación médica en México*. México: Academia Nacional de Educación Médica; 2010. p. 59-79.
20. Cepeda A, Guedea RM. Formación docente en medicina. En: Lifshitz A, Zeron L, (editor). *Los retos de la educación médica en México*. México: Academia Nacional de Educación Médica; 2010. p. 201-208.
21. Dávalos L. La educación médica y su impacto en la calidad de la atención y la seguridad del paciente. *Los retos de la educación médica en México*. México: Academia Nacional de Educación Médica; México. p. 29-58.
22. Lifshitz A, Zeron L. *Los retos de la educación médica en México*. México: Academia Nacional de Educación Médica; 2010. p. 59-79.