



Secretaría de Educación Pública

Universidad Pedagógica Nacional

Unidad Ajusco

Licenciatura en Educación e Innovación Pedagógica

Capacitación a médicos de nuevo ingreso modalidad
semipresencial, en el Instituto de Reproducción Asistida, Ciudad
de México

Línea de formación: Investigación-intervención educativa en
contextos de plurilingüismo

Proyecto de Desarrollo Educativo

que para obtener el título de

Licenciada en Educación e Innovación Pedagógica

Presenta

María de los Ángeles Hernández López

Asesora

Dra. Elizabeth Rojas Samperio

Ciudad de México, octubre 2022

Agradecimientos

Al Instituto Ingenes porque me brindaron la confianza y han permitido que vaya aprendiendo sobre la marcha. Además de aplicar lo que he ido aprendiendo a lo largo de estos años que me tomo cursar la licenciatura en Educación e Innovación Pedagógica.

A todos y cada uno de los médicos que participaron en estas capacitaciones y formaron parte de este proyecto. Ahora son parte del grupo de médicos que ven por sus pacientes de forma más humana.

En especial quiero agradecer a la Dra. Elizabeth Rojas Samperio, quien no permitió que diera por perdido obtener el título de LEIP. Creyó en la importancia de mi participación, en el desarrollo de este proyecto. Me animo, guío en la elaboración de este texto y busco alternativas para que lo finalizáramos de forma adecuada.

Al jurado evaluador conformado por: Dra. Ana María de los Angeles Ornelas Huitón, Dra. Maria del Carmen Saldaña Rocha y Dra. Norma Alcántara Gomez quienes con sus sugerencias sumaron a dar forma al presente texto. Fue corto la colaboración con ellas pero aprendí lo más que he podido.

Dedicatoria

Inicio este apartado dedicando a los otros autores de este trabajo, mi familia:

*Papá Felix, mamá Argentina, mis hermanas Erika, Margarita,
Yennifer y hermano Felix.*

Quienes han sido el pilar para terminar esta tesis. La cual no sólo es mía sino de todos, ya que el logro de un integrante de la familia se vuelve el logro de todos.

Mi familia que es mi principal motor en esta vida. Papá Felix y mamá Argentina que me apoyan en todos y cada uno de los proyectos que inicio.

Mis hermanas Mago, Yenni, Erika y hermano Felix son mis buenos maestros de vida, me enseñan que si hay un mañana y debo echarle ganas en todo.

A Bada y Milaneso son mis bendiciones. Me han visto en las buenas, pero más aún en las malas, y con sus besos me llenan de alegría y sus travesuras me hacen aprender a tener paciencia cada día.

Gracias a todos ellos me he ido convirtiendo en lo que hoy en día soy.

También dedico este trabajo a Rene Escalona, quien también me apoyo y animo en esta recta final para poder finalizar de manera adecuada. Gracias.

Contenido

Introducción.....	1
Capítulo I. Marco teórico referencial para los elementos metodológicos	6
1.1 Tipos de investigación.....	6
1.1.2 Fases de la investigación cualitativa	26
1.1.3 Técnicas de la investigación cualitativa	28
1.2 Investigación educativa.....	40
Capítulo 2. Diagnóstico con estructura del problema	42
2.1 Educación médica continua	42
2.2 Formación médica especializada	44
2.3 Enseñanza semipresencial	47
2.4 Técnicas de Reproducción Asistida	48
2.5 Empatía con el paciente.....	49
2.6 Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).....	51
2.7 Moodle	52
2.8 Metodología	53
Capítulo 3. El problema de investigación	57
3.1 Identificación del problema para abordar	58
3.2 Pregunta general.....	59
3.3 Construcción del problema	59

3.4 Objetivo general	60
3.5 Diagnóstico	61
Capítulo 4. Diseño y desarrollo de la propuesta innovadora	66
4.1 Propuesta de intervención	67
4.2 Diseño y desarrollo de la propuesta.....	69
4.3 Intervención.....	70
Capítulo 5. Evaluación de la intervención	77
Conclusiones.....	85
Referencias	87
Anexos	102
Anexo 1 Evaluación rotación médicos Fellow	102
Anexo 2 Formato Shadow.....	104
Anexo 3 Moodle e-ingen.es.....	107
Anexo 4 Abordaje emocional	112
Anexo 5 tú opinión cuenta.....	114

Índice de figuras

Imagen 1. Instalaciones físicas del instituto Ingenes.....	65
Imagen 2. Médico especialista en reproducción asistida.	65
Imagen 3. Modelo de identificación para intervención.....	66
Imagen 4. Canal de youtube Maestria Ingenes	71
Imagen 5. Parte del contenido de curso capacitación médicos fellow.....	71
Imagen 6. Contenido del curso para capacitación médicos fellow	72
Imagen 7. Capacitación presencial médicos fellow	73
.....	73
Imagen 8. Fotografía de capacitación médica mayo 2022	73
Imagen 9. Capacitación médica mayo 2022	74
Imagen 10. Capacitación médicos Fellow mayo 2022	74
Imagen 11. Cierre de capacitación medica fellow mayo 2022	75
Imagen 12. Fotografía de sesión zoom junio 2022.....	75
Imagen 13. Sesión Zoom junio 2022.....	76

Introducción

Vivimos en tiempos donde los cambios sociales y tecnológicos se hacen muy rápido, lo que nos lleva a la construcción de nuevas herramientas tanto de la educación como del profesorado. Herramientas que logren conceptualizar al profesorado como investigador y al educando como ciudadano activo, pensante, creativo, que son capaces de generar conocimiento (Latorre, 2004). A lo largo de los años se ha ido modificando la generación de conocimiento no cerrándonos a las aulas, sino que también lugares de trabajo se han vuelto generadores de conocimiento.

El papel de Licenciados en Educación e Innovación Pedagógica juega un papel importante. En el presente trabajo explicamos lo que hemos trabajado en el sector privado para la generación de herramientas innovadoras de enseñanza. En instituciones públicas o privadas de producción o de servicio, el capital más importante es el recurso humano, ya que, no importa que tan automatizadas sean estas entidades, se requiere del ser humano para funcionar de manera adecuada.

El instituto Ingenes es un Instituto privado de servicio con 17 años de experiencia en medicina reproductiva. Es uno de los centros más grandes de América latina, con la más alta tasa de bebés nacidos en casa, y por ello su capital humano en su mayoría cuenta con una preparación académica, profesional y técnica que garantizan un servicio de calidad. Sin embargo, se requiere actualizar sus conocimientos y habilidades para incrementar y mantener un alto nivel de eficiencia.

Por otra parte, el ser humano no es solo conocimiento o fuerza de trabajo, sino que requiere de motivación que descubra o reafirme los valores humanos

sensibilizándolos así, sobre la cultura de calidad de trabajo con actitud de servicio y atención al paciente (Alarcón et al, 2019). Hoy en día, la sociedad atraviesa por una etapa donde resalta la importancia del uso de los dispositivos electrónicos que facilitan la comunicación y, el intercambio de información entre las personas e instituciones, rompiendo con barreras de tipo espacial temporal cultural y social (Moreno, 2005).

Es claro que las sociedades del conocimiento dependen directamente de las instituciones que lo imparten, sobre todo si lo pensamos desde el punto de vista de la educación. Al observar el cambio en los modelos educativos y teniendo en cuenta que el docente dejó de ser el eje central de la educación y pasó a ser el motor de ayuda para los procesos de aprendizaje del estudiante; podremos entender el impacto que las Tecnologías de la Información y comunicación (TIC) que llegan a tener en los procesos educativos (Hinojosa, 2012).

Las TIC son utilizadas frecuentemente entre profesores y estudiantes en el ambiente escolar universitario y de posgrado, tanto en la modalidad presencial o en la modalidad abierta y en línea (Valladares-Garrido et al, 2019). Estas se definen como el conjunto de tecnologías que permiten la adquisición, producción, almacenamiento, tratamiento, comunicación, registro y presentación de información, en forma de voz, imágenes y datos contenidos en señales de naturaleza acústica y óptica (Valdez, 2012; Valverde, et al, 2019).

Las teorías educativas que funcionan como la base del proceso de aprendizaje han evolucionado. Encontramos que después de las teorías conductista y cognitivista se han desarrollado las teorías constructivistas y socio constructivista (Valdez, 2012; Valverde, et al, 2019). Esta necesidad de involucrarse a las TIC como

herramienta en los procesos de enseñanza aprendizaje, permite al docente una forma de interacción virtual con el estudiante logrando una motivación, a fin de la apropiación del conocimiento satisfactoriamente (Mendoza et al, 2018).

En el Instituto Ingenes se cuenta con la infraestructura correspondiente a las nuevas tecnologías. Desde el 2014, la institución adquirió el Moodle para uso exclusivo del programa de posgrado que se imparte en conjunto con la Universidad de Sonora (UNISON). Para finales del 2018, estaban ya convencidos de usar el Moodle como una herramienta de capacitación, y así llegar a todos los colaboradores del Instituto.

La perspectiva socio-constructivista entiende el aprendizaje como la construcción de significado personal y compartido. La elaboración de conocimientos que potencien el desarrollo personal y permitan comprender y transformar la realidad, sin olvidar tampoco sus aspectos cognitivos y abogando por una enseñanza contextualizada que saque partido de los avances tecnológicos para la actividad colaborativa y la creación de contenidos (Valdez et al, 2012).

Una enseñanza centrada en el colaborador, en la que el instructor juega un rol de facilitador. El Moodle cuenta con siete características fundamentales para el aprendizaje: papel mediador del instructor, individualización de la enseñanza para la atención de la diversidad, seguimiento y evaluación de la actividad de los colaboradores, perspectiva constructivista del aprendizaje, progresiva autorregulación de los aprendizajes por parte de los colaboradores, interacción con el entorno, el trabajo colaborativo y el aprovechamiento de los apoyos tecnológicos (Sagardoy et al, 2018).

Implementar esta forma de capacitación muestra grandes beneficios en el aprendizaje, enseñanza y sobre todo al momento de evaluar que van desde el ahorro de tiempo para calificar y analizar los resultados obtenidos. Permite diversidad de técnicas para la retroalimentación de los conocimientos, hasta una generación de conciencia ecológica al disminuir el uso de material impreso (Valverde et al, 2019). Además de dar un seguimiento adecuado a cada uno de nuestros colaboradores y así asegurar que tienen la información en tiempo y forma, sin afectar sus actividades en operación del día (Alarcón et al, 2019).

Para el presente trabajo se realiza una intervención educativa ya que es una manera pertinente y eficaz para favorecer la calidad educativa. Sin perder de vista los principios de equidad, igualdad. Es fundamental conocer las necesidades específicas de los sujetos con quienes trabajamos ya sean niños, adolescentes o adultos como es el caso de esta investigación. Es de igual importancia conocer las situaciones educativas a transformar, las condiciones sociales y culturales del contexto donde trabajamos. Porque para intervenir es necesario conocer. El presente trabajo se realizó para obtener el título de licenciada en Educación e Innovación Pedagógica.

Se ha estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I “Marco teórico referencial a los elementos metodológicos” se realiza un esbozo a las principales concepciones para realizar la investigación cualitativa, métodos como fenomenología, etnografía, investigación-acción. Las herramientas utilizadas para métodos de investigación cualitativa y aplicación de las mismas para obtener los datos necesarios para la construcción del modelo de enseñanza a llevar a cabo y de esta forma asegurar el aprendizaje.

Para el capítulo II Diagnóstico con estructura del problema, estamos haciendo énfasis en el diagnóstico del problema que se nos presentó y de esta forma poder estructurar una posible solución al problema.

Ya en el capítulo III Problema de investigación. Explicamos la importancia de resolver esta problemática encontrada desde un punto de vista de la medicina y buscamos explicar porque propondremos una solución a enseñanza más empática y sensibilizar a médicos para no ver a sus pacientes como un número más sino como seres humanos que estan en búsqueda de un cumplir un sueño.

Sin dejar de lado el capítulo IV Diseño y desarrollo de la propuesta innovadora, con la suma de información obtenida en los capítulos anteriormente mencionados buscamos explicar el papel que juega un Licenciado en Educación e Innovación Pedagógica. Esto sucede al hacer intervención para aplicar las herramientas con las que se cuenta para el desarrollo de la solución de esta problemática presentada.

Finalmente llegaremos al capítulo V Evaluación de la intervención. Para este capítulo tratamos de plasmar los resultados obtenidos a partir de nuestra intervención.

Capítulo I. Marco teórico referencial para los elementos metodológicos

Con el paso de los años las necesidades de la sociedad van cambiando a pasos agigantados, no solo en términos económico, sino también, en educación. Pareciera que vamos lentos pero hay situaciones que nos hacen ir avanzando de forma simultánea con otras áreas que generan conocimiento. Anteriormente, era imposible pensar que se podría aplicar o generar enseñanza-aprendizaje en centros de trabajo y menos aún en profesionales. Hoy en día sabemos que es eso posible partiendo de un tipo de investigación y todo lo que ello implica.

1.1 Tipos de investigación

Investigación cualitativa

Desarrollar proyectos de investigación basados en el paradigma de investigación cualitativa, bajo la óptica de hacer investigación acción. Se ha planteado observar los resultados obtenidos en la investigación de esta área de conocimiento además de tener noción sistémica del desarrollo de proyecto formulado a partir de una metodología científica (de Jesús Pérez-Van-Leenden, 2019). La investigación cualitativa surgió desde el nacimiento de las ciencias humanas en el siglo XIX, con esta herramienta podemos conocer la realidad social (Ballesteros-Velázquez et al, 2014; de Jesús Pérez-Van-Leenden, 2019).

Actualmente, se dispone de una serie de métodos como el ser más sensibles y adecuados que otros para la investigación de una determinada realidad (Ballesteros-Velázquez et al, 2014; de Jesús Pérez-Van-Leenden, 2019). Para Gonzalez y colaboradores en el 2011, la investigación cualitativa es realizar el análisis de datos y aprobado por quienes aportaron la información llevando a que todos los que participaron en la investigación tengan los datos completos (Gonzalez et al, 2011).

La suma de las percepciones, valores y creencias propias da sentido e interpretación de la realidad; lo que no es posible hacer es observar la realidad desde una posición neutral. Los hechos deben de ser interpretados en el ambiente natural donde se producen dando garantía de que no afecte la validez interna de la investigación (Martínez, 2002).

La investigación cualitativa tiene dos finalidades principales que la caracterizan y les corresponde metodologías específicas: 1) construcción intersubjetiva del significado de los hechos (etnografía, Historia de vida); y 2) Acción dirigida a la transformación social a través de la implicación colectiva (investigación acción participativa) (Ballesteros-Velázquez et al, 2014). Se generan varios datos que son organizados para las estrategias que resultan en mejorar el sistema educativo y social.

Se utiliza para describir un conjunto de actividades del docente o el instructor en sus propias aulas o grupo de enseñanza, para fines como desarrollo curricular o de propio desarrollo profesional. Cuando se interacciona con el objeto de estudio, ya sea por entrevista u observación, el investigador cualitativo debe estar pendiente:

a lo que hace, dice, lo que expresa el otro. Al estar pendiente en todo momento se puede apreciar lo regular y significativo que tiene cada aspecto de la vida cotidiana.

Posiblemente no se perciba al inicio más bien se puede notar cuando se hace la conexión con su trasfondo estructural. De ahí que es de suma importancia estar atentos a lo que se dice, actuando con ingenuidad curiosa, respetando en todo momento el discurso sostenido por quien nos habla, insistiéndole que nos complete las posibles ideas que pudiera dejar inconclusas (Gonzalez et al, 2011).

La investigación cualitativa no estudia la realidad en sí, sino como se construye la realidad, el comprenderla. Podríamos entenderla como una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y vídeos, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos. Es complicado el poder definir cuáles son los métodos de investigación cualitativa y sobre todo el establecer una tipología de los mismos (Benjumea, 2015).

La naturaleza de las cuestiones de investigación guía y orientan el proceso de indagación y, por ende la elección de unos métodos en lugar de otros. Los métodos de investigación surgen bajo las concepciones y necesidades de los investigadores que trabajan desde una disciplina concreta del saber, la cual determina la utilización de los métodos concretos y las posibles cuestionas por tratar (Benjumea, 2015).

La investigación cualitativa atraviesa diversas disciplinas, participa en una gran variedad de discursos o perspectivas teóricas englobando numerosos métodos y estrategias de recogida de datos (Paz, 2033). Comprender la investigación educativa no es una tarea sencilla. La principal dificultad radica en que aplicar el

método científico, y pese a que la investigación naturalista ha tratado de hacer una versión propia de éste en las ciencias sociales, apenas ha tenido un éxito relativo, ya que, hay diferentes aspectos que hacen muy difícil aplicar métodos lineales (Osses, 2006; Serrano, 2000).

Se describe a la investigación cualitativa en la educación, como una regularidad investigativa necesaria en la transproducción de conocimiento para la comprensión, interpretación crítica y transformación de la realidad educativa, por ende, la realidad social. Lo cual es posible mediante el conocimiento y práctica de habilidades, herramientas y sus métodos (Cerrón, 2019). El soporte epistémico de la investigación educativa radica en la relación social manifiesta de sujeto a sujeto.

La investigación cualitativa se confirma de manera pertinente para la Educación, permite aplicar y promover mejoras continuas a la estructura de la realidad social emergente de la formación de estudiantes, docentes y comunidad educativa (Ayala et al, 2017; Cerrón, 2019; Paz, 2003). Comprender la perspectiva desde la cual este método concibe la realidad social y los sujetos, así como, las técnicas que utiliza para el acopio de información y el procedimiento de ésta, proporcionan un bagaje para fundamentar el diseño de un proyecto de intervención educativa pertinente y eficaz.

Se soporta en la transferencia, producción concreta de conocimientos, ideas, acciones, materiales, las que necesariamente a partir de la revitalización se corrigen, rectifican, modifican, superan y renuevan. La conexión con redes investigativas en la acción inmediata y mediata acorta la posibilidad de propuestas marginales o aisladas. Cada elemento de la realidad educativa investigada se

desplaza de manera dinámica configurándose en fenómenos emergentes (Araneda et al, 2018).

Tales fenómenos, luego de ser observados, analizados, interpretados y descritos desde su propia dinámica interna y externa a la que pertenece, requieren asignarle un sentido ideológico (conceptualización) (Cerrón, 2019; Serrano, 2000). En el siguiente apartado presentamos y desarrollamos algunos métodos que se utilizan en la investigación cualitativa: Fenomenología, etnografía, teoría fundamentada, etnometodología, investigación-acción y método biográfico de los cuales tomaremos algunas ideas para esta investigación.

Fenomenología

Busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia y lo importante es aprender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia (Herrera, 2008). Se preocupa por aspectos esenciales de tipo de experiencia o consciencia, es decir, está ocupado en lo que es más no en la causa (Esteban, 2003). Busca la comprensión y mostración de la esencia constitutiva de dicho campo, la comprensión del mundo vital del hombre mediante una interpretación totalitaria de las situaciones cotidianas vista desde ese marco de referencia interno (Leal, 2000).

La investigación de la fenomenología resalta los aspectos individuales y subjetivos de la experiencia, es decir, en lugar de estudiar el impacto de un programa destinado a facilitar la integración de los aprendices de un grupo

minoritario, o estudiar la cultura escolar de las aulas multiculturales, o interacciones entre aprendices de diversas culturas (Esteban, 2003).

La fenomenología estudia cómo es la vivencia para una persona en un aula de estas características o cuál es la experiencia de un individuo del grupo minoritario en un grupo. Podríamos decir que la fenomenología es el estudio sistemático de la subjetividad (Esteban, 2003). En 1998, Creswell organiza los aspectos de las principales cuestiones para el proceso relacionadas con la fenomenología (Creswell, 1998) y Leal en el 2000 lo retoma:

- El investigador necesita comprender las perspectivas filosóficas que subyacen al enfoque, especialmente estudiar como las personas experimentan un fenómeno. El concepto se centra en que el investigador suspenda su juicio o ideas preconcebidas acerca del fenómeno para comprenderlo a través de las voces de los informantes (Creswell, 1998; Leal, 2000).
- El investigador propone cuestiones de investigación que exploran el significado de la experiencia para las personas y les solicita que lo describan desde sus experiencias de vida cotidiana (Creswell, 1998; Leal, 2000).
- El investigador recoge datos de las personas que han experimentado el fenómeno que se está investigando. Por lo regular, esta información se obtiene a partir de largas entrevistas realizadas a grupos de 5 y 25 personas (Creswell, 1998; Leal, 2000).

- Los pasos del análisis de datos fenomenológicos incluyen la identificación de dimensiones; estas unidades son transformadas en subgrupos de significados, representados en conceptos psicológicos y fenomenológicos. Esta transformaciones encaminan a una descripción general de la experiencia, lo que se conoce como “descripción textual” de lo experimentado y “descripción estructural” de cómo fue la experiencia (Creswell, 1998; Leal, 2000).
- El informe fenomenológico finaliza con una comprensión en profundidad de lo “esencial”, estructura invariante o esencia de la experiencia reconociendo que existe un significado unificador de la experiencia (Creswell, 1998; Leal, 2000).

Aunque son escasos los estudios desarrollados bajo este enfoque en el ámbito educativo, su propósito es la búsqueda de los significados que las personas otorgan a sus experiencias como miembros de las instituciones (Esteban, 2003). Es importante enfatizar que un método cualitativo, como en este caso es la fenomenología, posee una estructura que amerita: conocimiento y manejo por parte del investigador (Aguirre-García et al, 2012; Leal, 2000).

También, es importante resaltar que el investigador a cargo o los investigadores involucrados son responsables del estudio de sus principios, bases y nociones esenciales; de tal manera que su puesta en ejecución no puede ser convertida en un acto mecánico, estático o congelado en pasos (Aguirre-García et al, 2012; Leal, 2000). No está de más enfatizar que las etapas de este método, como también la perspectiva que generan sus momentos y reducciones.

En conjunto con las acciones desplegadas por quien realiza una investigación desde esta perspectiva, en definitiva deben adaptarse al “objeto de estudio”, es decir, al marco subjetivo como lo son las vivencias, percepciones, recuerdos del grupo de individuos con quienes se hace la indagación, de acuerdo al tema o tópico tratado (Sala, 2005).

El aporte esencial de este método se resume: a) definición del momento fenomenológico; b) al hecho de enfatizar en la importancia de que el investigador esté consciente del proceso cognitivo que ha de desplegar en este camino, y así abordar la subjetividad humana referida a determinados tópicos o temas de la realidad y, c) a las acciones que dentro de este ámbito metodológico han de llevarse a cabo (Aguirre-García et al, 2012; Leal, 2000; Sala, 2005).

Etnografía

La entendemos como el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta (Herrera, 2008). Se considera una modalidad de investigación de las ciencias sociales que surge de la antropología cultural y de la sociología cualitativa (Esteban, 2003). Podemos llamarla investigación etnográfica o etnografía, haciendo referencia tanto al proceso de investigación del que se aprende el modo de vida de algún grupo como al producto de esa investigación, es decir, un escrito etnográfico o retrato de este modo de vida (Miguélez, 2005).

En enfoque etnográfico se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y de grupo

de forma adecuada (Martínez, 2009; Miguélez, 2005). Los miembros de un grupo étnico, cultural o situacional comparten una estructura lógica o de razonamiento que, por lo general, no es explícita, pero que se manifiesta en diferentes aspectos de su vida diaria (Miguélez, 2005).

La etnografía educativa se ha generado a partir de conocimientos y procedimientos para el estudio de contextos educativos y sociales, sobresaliendo como un área propia de investigación (Esteban, 2003). El objeto inmediato de un estudio etnográfico es crear una imagen real y fiel del grupo estudiado, pero su principal intención y objetivo es contribuir en la comprensión de sectores o grupos poblacionales más amplios que tienen características similares (Miguélez, 2005).

Trata de comprender las realidades actuales, entidades sociales y percepciones humanas, así como existen y se presentan en sí mismas, sin intrusión alguna o contaminación de medidas formales o problemas preconcebidos (Martínez, 2009). En la etnografía se debe decidir dónde y cuándo observar, con quien conversar, así como, qué información se va a registrar y cómo se va a registrar ya que la toma de muestras dentro de un caso es de suma importancia (Guber, 2019).

Las descripciones deben ser detalladas de las situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables (Sosa, 2003). Una característica es que procura captar el sentido que las personas dan a sus actos, ideas y al mundo que los rodea (Murillo et al, 2010). Un criterio importante por considerar es la credibilidad, un criterio de rigor que toda investigación cualitativa debe de tener.

Integra al concepto de validez interna, que se reconozca o que se crea que nuestras conclusiones responden a la realidad que se estudia. Para asegurar la credibilidad podemos considerar las siguientes estrategias (Murillo et al, 2010):

1. Triangulación: es la observación permanente del espacio, tiempo y métodos.
2. Recogida de material para contrastar información.
3. Coherencia interna del informe de investigación.
4. Comprobaciones de los participantes.

Teoría fundamentada

La teoría fundamentada trata de descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos, y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes (Esteban, 2003; Herrera, 2008). La teoría se desarrolla durante la investigación, y esto se realiza a través de una continua interpelación entre el análisis y la recogida de datos (Cubillo, 2003).

Proporciona un conjunto de estrategias útiles para el estudio de los cuidados entendidos estos como un proceso de interacción situado. Como un proceso contextualizado y mediado por asuntos culturales (Cuesta-Benjumea, 2006). La teoría fundamentada surge de un estudio de investigación sobre el proceso de fallecer en los hospitales; así es como el método de investigación y el trabajo de investigación se encuentra relacionados. Charmaz en 1990 realizó aportes teóricos innovadores al método definiéndolo como:

“... unas directrices analíticas que permiten a los investigadores focalizar su recolección de datos y construir teorías de rango medio a través de sucesivas recolecciones de datos y desarrollos conceptuales” (Charmaz, 1990, pp 1163).

Se inicia con una pregunta general, no con hipótesis. Es decir, la pregunta puede ser ¿qué es lo que pasa aquí?, ¿qué es lo que sucede? Las características o los atributos de lo que está en estudio, lo que podemos llamar variables, surgen en el análisis y no se asume o impone (Cuesta-Benjumea, 2006). A través del proceso de investigación se siguen intereses, pistas o corazonadas que se van identificando en los datos. Su principal uso es para crear categorías teóricas a partir de los datos y analizar las relaciones relevantes que se encuentran en ellas (Charmaz, 1990).

Con base a la conceptualización como objetivo durante la transformación de los datos, la teoría fundamentada pasa todos los métodos descriptivos y sus problemas asociados, sobre todo aquellos relativos a la fiabilidad y potencial de generación. Haciendo visible, en el procedimiento y lógica analítica de actuación, la interrelación entre las cualidades del objeto de estudio y los aspectos epistemológicos que tratan de cómo se construyen los datos, de cómo se interpretan desde el área de investigación (Requena et al, 2006).

Toma especial importancia el proceso de codificación que se realiza de estos datos de cara a identificar las categorías. Estas categorías se pueden ir dividiendo en subcategorías e ir agrupándose como categorías con propiedad común. Para este proceso se requiere tener mente abierta para no caer en preconcepciones. La interpretación de los datos sin sacar de contexto de lo que digan los entrevistados.

Es decir, es importante centrarse en lo que dicen los entrevistados y cómo lo dicen haciendo de lado lo que pensamos sobre el tema en cuestión (Hernández, 2014).

También es interesante triangular la información a través de las aportaciones de diferentes participantes en las entrevistas (Hernández, 2014). Conforme se van teniendo las entrevistas se debe de ir analizando para ir generando las categorías y no esperar a tener todas las entrevistas hechas. Durante el proceso de categorización se debe ir desarrollando las categorías y subcategorías teniendo presente las anotaciones hechas al margen durante el análisis (Cuesta-Benjumea, 2006).

Para esta etapa es primordial indagar, sumergirse, escudriñar los datos. Leer varias veces las entrevistas, escucharlas varias veces, de inicio a fin, buscar significados, identificar categorías principales y las subcategorías (Cuesta-Benjumea, 2006; Hernández, 2014). De los principales conceptos de la Teoría Fundamentara son:

- Muestreo teórico: como técnica de selección de los individuos por entrevistar. En esta cuestión es de vital importancia la interpretación inmediata de los datos obtenidos, ya que, va a ser la base en lo que nos vamos a sustentar para tomar las decisiones de muestreo (Hernández, 2014).
- Saturación teórica: como límite que nos va a indicar cuándo finaliza el muestreo (Hernández, 2014).

- Codificación teórica: como técnica para la interpretación de los textos y procedimientos de categorización, subcategorización de datos (Hernández, 2014).

La principal aportación de la Teoría Fundamentada es que podemos explicar la relación a las diferentes conductas humanas, dentro de un determinado campo de estudios. La emergencia de significados desde los datos, pero no de los datos en sí mismos, hace de esta teoría una metodología adecuada para el conocimiento de un determinado fenómeno social (Giménez, 2007). Las estrategias para desarrollar la teoría fundamentada son: método comparativo constante y muestreo teórico (Giménez, 2007, Hernández, 2014).

A partir del método comparativo constante el investigador en paralelo codifica y analiza los datos para desarrollar los conceptos. Por medio de la comparación continua de incidentes específicos de los datos, el investigador afina esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente (Giménez, 2007, Hernández, 2014).

Del muestreo teórico, el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar a afinar o extender los conceptos, teorías. Colecta de datos y su análisis se realizan de forma paralela. Por ende, el descubrimiento de una teoría explicativa, comprensiva acerca de un fenómeno en específico. Las técnicas, los procedimientos analíticos permiten al investigador el desarrollo de una teoría sustantiva, que es significativa, compatible con el fenómeno observado, generalizable, reproducible y riguroso. Por ello, podemos decir que la Teoría Fundamentada es deductiva e inductiva (Cubillo, 2003; Giménez, 2007).

Etnometodología

Intenta estudiar los fenómenos sociales incorporados a nuestros discursos y nuestras acciones a través del análisis de las actividades humanas (Herrera, 2008). La característica distintiva de este método es puntual en su interés por concentrarse en el estudio de los métodos o estrategias empleadas por las personas para construir, dar sentido y significado a sus prácticas sociales cotidianas. Considerando que a la etnometodología no le basta con comprobar las regularidades, sino que también busca explicarlas (Araneda et al, 2018; Cerrón, 2019).

Con base en estas acciones y prácticas localizadas, las personas se encargan de crear y sostener el orden social. Es decir la etnometodología, está centrada en la acción social, la intersubjetividad, y la comunicación lingüística, fundamentada en el análisis de la conversación (Firth, 2010). Ninguna actividad o evento puede eximirse de estudio. Las descripciones etnometodologistas de las prácticas de producción, abarcan la forma en que los médicos recopilan los archivos (Firth, 2010; Garfinkel, 2001).

La viva acción educativa cotidiana está sedienta de novedosas interpretaciones aptas para brincar una mejor comprensión del fenómeno educativo. La etnometodología pertenece a lo llamado microsociología y se encuentra dentro del paradigma interpretativo. Las principales ideas fundacionales de la etnometodología provienen de las investigaciones sobre la interacción social, lenguaje, etnografía, psicología social y ciencia cognitiva (Ocádiz, 2016).

Los etnometodólogos han fundamentado la argumentación que da consistencia al análisis con respecto a lo que los miembros en un contexto actúan,

conversan, escuchan y percibe (Firth, 2010; Garfinkel, 2001). La etnometodología implica ante todo una ruptura con el pensamiento sociológico tradicional (Garfinkel, 2001, 2018). De la división de la Sociología con el sentido común, se trata de recuperar al sentido común y sus formas de expresarse.

Todos somos sociológicos en estado práctico (Ocádiz, 2016). El lenguaje ordinario expresa la realidad social, la describe y la construye al mismo tiempo. Se instituye sobre el reconocimiento de la capacidad reflexiva e interpretativa propia de todo acto social (Galindo, 2009; Garfinkel, 2018). La etnometodología tiene principalmente dos sentidos: 1) como un tema de estudio, como asunto.

Las metodologías, o razonamientos sociológico práctico, empleadas por los miembros de la sociedad, observadas durante la gestión normal de sus asuntos cotidianos. 2) como observación de los etnométodos que utilizan cotidianamente los actores, que permiten vivir juntos, incluyendo sus conflictos, y que rigen las relaciones sociales que mantienen (Firth, 2010; Garfinkel, 2001).

Investigación-acción

Es la forma de búsqueda autorreflexiva para perfeccionar la lógica y la equidad de las propias prácticas sociales o educativas que se efectúan estas prácticas, comprensión de estas prácticas y las situaciones en las que se efectúan estas prácticas (Herrera, 2008). La investigación-acción realiza simultáneamente la expansión del conocimiento científico y solución de un problema, mientras a la par incrementa la competencia de sus respectivos participantes, es decir, sujetos participantes en la investigación.

Cuando es llevada a cabo en una colaboración, ya sea en un proyecto de estudio concreto y se usa la retroalimentación como un proceso cíclico de información. Esconde e implica una nueva visión del hombre y de la ciencia, más que un proceso de diferentes técnicas (Miguélez, 2000). La investigación-acción tiene como principales ejes la investigación, la acción y la formación. En líneas generales, es una metodología científica que parte del diálogo y por este medio los participantes involucrados.

La práctica de la investigación-acción se desarrolló en dos planos: en el campo de la acción (medios de trabajo, medios de educación, medios de vida comunitaria, etc.) y en el marco de las ciencias humanas (psicología, sociología, antropología, ciencias de la educación, estudios de las religiones, artes y letras, ciencias económicas y administrativas) (de Vasconcelos et al, 2010).

La metodología de la Investigación-acción representa un proceso por el cual los sujetos investigados se pueden volver co-investigadores, porque participan de forma muy activa en el planteamiento del problema a ser investigado. Los métodos y técnicas que pueden ser utilizados, en el análisis e interpretación de los datos, la decisión de qué hacer con los resultados y qué acciones se programarán para su futuro (Gómez, 2006; Parra, 2002).

El actuar del investigador se vuelve principal como un organizador de las discusiones, como un facilitador del proceso. Cabe mencionar que también juegan como un catalizador de problemas y conflictos y, en general como un técnico y recurso disponible para ser consultado (Gómez, 2006; Parra, 2002). La Investigación-acción representa una tendencia a poner en la mira el concepto de la

investigación educacional, en términos más participativos y como objetivo a esclarecer el punto origen de los problemas, los contenidos programáticos, los métodos didácticos, conocimientos significativos y comunidad de docentes, y se ha impulsado (Martínez, 2002).

La investigación-acción educativa al ser usada para describir un grupo de actividades que realiza el profesorado en sus propias aulas o centro de trabajo con la finalidad de: desarrollo curricular, autodesarrollo profesional, mejora en programas educativos, sistemas de planificación o política de desarrollo (Torrecilla, 2011). Las actividades antes mencionadas tienen un común que es la identificación de estrategias de acción para ser implementadas y posteriormente sometidas a observación, reflexión y generación del cambio.

Instrumentos de recolección de la información en la investigación acción

Se considera que un instrumento que genera cambio social y conocimiento educativo sobre la realidad social y/o educativa, nos proporciona autonomía y da poder a quienes la llevan a cabo para generar mejoras necesarias e ir de esa forma asegurando un aprendizaje continuo (Torrecilla, 2011). Los instrumentos como el cuaderno de notas, una grabadora, por mencionar algunos resultan muy importantes para el investigador. Porque permite complementar las percepciones que haya desarrollado durante la interacción con el grupo de estudio (González, 2011).

Los instrumentos de recolección de información nos ayudan a indagar en lo cotidiano se hace necesario registrar todo. Esto ayuda a que cuando se haga lectura

de toda la información se puede encontrar lo extraordinario que palpita en cada gesto, palabra o acción. Poder encontrar esa información extraordinaria se requiere activar la escucha comprensiva, aún en ausencia del escenario, para poder oír, percibir, abstraer los significados de quien sabe respetar la complejidad que puede tener un evento en un contexto particular (González, 2011).

En el 2003 González, publicó que un investigador cualitativo de calidad es todo aquel que cuando está en presencia de alguien que tiene conciencia de su entorno es capaz de interactuar con los protagonistas del estudio, de sus situaciones sociales los que son objeto de su interés, esto sin interferir en las acciones que constituyen su día a día. También, tienen la capacidad de desempeñar de forma simultánea varios roles en diferentes niveles (González, 2003).

Esto nos lleva a pensar que es alguien que debe de interactuar con los objetos de estudio cuidando de no alterar su entorno para así obtener los resultados más objetivos.

Método biográfico- investigación narrativa

Pretende mostrar el testimonio subjetivo de una persona en la que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia (Cerrón, 2019).

A inicio del siglo XX se produjo un flujo masivo de inmigración de Europa a Norteamérica, lo que llevó a que varias comunidades se adaptaran, en mayor o menor medida a unas nuevas condiciones de vida y valores morales, éticos y religiosos distintos a los de su país de origen. Este proceso causó tensiones entre

la población despertando el interés del gobierno y de investigadores sociales (Esteban, 2003).

Las historias de vida contribuyen a conocer las experiencias vitales de las personas, porque forman parte de la revalorización del actor social (individual y colectivo), no reducible a la condición de dato o variable o la condición de representante arquetípico de un grupo (Pujadas, 2000).

Describir la narrativa vital de una persona, obtenida por el investigador a través de sucesivas entrevistas, que incluye también el conjunto de registros documentales y entrevistas a sujetos del entorno social de la persona que permiten completar y validar el relato biográfico (Esteban, 2003). Gracias a esto podemos catalogar la aparición del método biográfico en las ciencias sociales.

Actualmente, la investigación narrativa está siendo utilizada ampliamente en los estudios sobre experiencias educativas. Los seres humanos somos organismos contadores de historias, somos organismos que ya sean individual o socialmente vivimos vidas que son relatadas (Delgado, 2019).

El estudio de la narrativa, es el estudio de la forma en que los seres humanos experimentamos el mundo. La educación es la construcción, es la re-construcción de historias personales y sociales, tanto profesores, instructores, como alumnos, aprendices son contadores de historias y forman parte como personajes en las historias de los demás como de las propias (Delgado, 2019; Pujadas, 2000).

La narrativa en cuanto aproximación teórica nos proporciona el marco teórico desde el que la objetivación y transferencia de las buenas prácticas, que es indispensable, se hace operativa (Cruz, 2010). La narración de la experiencia está caracterizada por al menos cuatro elementos sustantivos que le confieren un alto

valor inclusivo en la medida en que se facilita la integración en episodios unitarios de elementos de reflexión y análisis de la práctica curricular y formativa: a) perspectiva temporal, b) integración de dimensiones, c) superposición de planos y d) simultaneidad de enfoques (Cruz, 2010; Sarasola et al, 2003).

a) La inclusión de la perspectiva temporal. Es la elaboración de un relato donde la experiencia ofrece la oportunidad al profesor de re-construir en forma narrativa su experiencia pasada, también de contrastarla con la situación actual y de anticipar la posible evolución a futuro. Es el proceso reflexivo único dotado de una perspectiva temporal. Aquí es el proceso reflexivo, donde el pasado se desdibuja como recuerdo de verdades históricas para rearmarse como una plataforma biográfica. Esta plataforma biográfica puede ser de carácter casual que justifica la acción presente y donde el futuro se afirma como el posible horizonte, previsible, deseable, que activa la esperanza y justifica la necesidad de mejora (Cruz, 2010).

b) Integración de diversas dimensiones del desarrollo del profesor. La narración de la experiencia es alimentada a partir del propio desarrollo que ofrece una perspectiva global del aprendizaje de la profesional y de su evolución sin caer en la línea delgada entre lo personal o lo privado y lo profesional o público. De tal forma que todas las facetas que involucra la personalidad del profesor se encuentran mencionadas e integradas en su relato (Cruz, 2010).

c) Superposición de los diferentes planos de referencia del desarrollo curricular. Los relatos se enmarcan en escenarios comunes, donde se sobreponen los

diferentes marcos organizativos o planos de referencia de los distintos niveles de desarrollo del curriculum, -aula, ciclo/departamento, centro-. El profesor a través de la narración cuenta con la contribución de los diferentes espacios para toma de decisión curricular y concretar con experiencias de enseñanza singulares.

- d) Simultaneidad de enfoques. Contar con lo espontáneo del hilo narrativo causa un constante cambio de enfoque desde la general al detalle y, regresar a la general. Lejos de ofrecer imágenes segmentadas permite visualizar de forma simultánea el enfoque ejemplificador y el enfoque justificativo de la referencia general (Cruz, 2010).

1.1.2 Fases de la investigación cualitativa

La investigación de técnicas cualitativas está sometida a un proceso de desarrollo básicamente idéntico al de cualquier otra investigación de naturaleza cualitativa. Un trabajo cualitativo consiste en describir y especificar, es decir, establecer el significado de determinados actos sociales tienen para sus actos y enunciar lo que este hallazgo muestra de su sociedad, y en general de toda la sociedad (Mesías, 2010). Proceso que se desenvuelve en cinco fases (González, 2003; Herrera, 2008):

- 1) Definición del problema: no hay investigación cualitativa que se inicie sin una definición más o menos concreta del problema. La definición del problema es provisional porque la tarea central del análisis cualitativo es averiguar si la definición está definida debidamente. Por ende, definir no delimita, ni rodea

o circunscribe con precisión un problema, al contrario apoya a situarse, orientarse, acercarse con el objetivo de estudio (Herrera, 2008).

- 2) Diseño de trabajo: al definir el problema es importante elaborar un diseño o proyecto de trabajo. Una característica fundamental es la flexibilidad. El diseño supone una toma de decisiones que se sabe y se acepta de antemano. El diseño abarca todos los pasos principales de lo que consta una investigación y por ende, la elaboración de un calendario, una fijación de espacios, de compromisos de actuación, de presupuesto, un programa de trabajo y un esquema teórico que sea explicativo (Herrera, 2008).
- 3) Recogida de datos: hay tres técnicas que destacan para recoger datos y son: la observación, entrevista en profundidad y lectura de textos. El principio de guía del procedimiento en recoger datos cualitativos es la de la inspección de primera mano, que obliga al investigador a buscar aproximarse a la situación, a buscar un objetivo descriptivo y estudiar la conducta rutinaria de cada día sin interferir o aislar (Herrera, 2008).
- 4) Análisis de datos: observación, entrevista, lectura son instrumentos para llevar a cabo el análisis, después de haber recodificado la información con ayuda, y acierto. La interpretación de las interpretaciones, o la explicación de las explicaciones. El análisis de los datos en los estudios cualitativos, consiste en desentrañar las estructuras de significados y en determinar su campo social y alcance (Herrera, 2008).

- 5) Informe y validación de la información: etapa de garantizar la validez del estudio. Se tiene como objetivo generar interpretaciones conceptuales de hechos que ya están a mano, no proyectar resultados de posibles manipulaciones de estos datos (Herrera, 2008).

1.1.3 Técnicas de la investigación cualitativa

Para poder cumplir con lo anteriormente descrito es relevante poder utilizar las técnicas necesarias e ideales como son: entrevista, narraciones, observación, notas campo, grabaciones, transcripciones de audio y video, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas (Herrera, 2008).

Observación

La investigación cualitativa puede realizarse a las personas implicadas a modo de preguntas en cualquier fenómeno o hecho social, sino también mediante la observación. La observación nos permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como se produce (Cerrón, 2019). Si existe la sospecha de alguna posible distorsión o desviación del recuerdo que afecte a los datos, es mejor utilizar la observación antes que algún otro método (Fabbri, 1998; Mesías, 2010).

En algunos procesos de investigación donde se ocupan de sujetos que no pueden proporcionar información verbal, se debe de utilizar la observación como método de recogida de datos. La observación se puede usar como un método especial en la investigación en personas o grupos que tengan dificultades, o no se saben manifestar en ciertos hechos, bien por una peligrosidad en su status dentro

del grupo, o por incomodidad ante ciertas preguntas realizadas por una persona acerca de conductas difíciles de explicar (Fabbri, 1998; Mesías, 2010).

La observación tiene como procedimiento un carácter selectivo, guiado por lo que percibimos de acuerdo con la cuestión que nos preocupa, por ello antes de comenzar la investigación, es importante dejar patente la finalidad que perseguimos con ello (Fabbri, 1998; Mesías, 2010). Esta técnica consiste en el registro sistemático válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta (Matos, 2008).

Es el acto donde se capta el fenómeno de la percepción interna o externa y, se registra con objetividad. Permite desarrollar comportamientos de contemplación, curiosidad, reflexión, investigación, visualización de acontecimiento del mundo exterior y del mundo interior (Matos, 2008). La observación es una técnica importante de toda investigación, por lo que sugiere que se debe desarrollar habilidades para la observación además del gusto (Díaz, 2010). La observación puede ser (Beal, 1996; Bunge, 2000).

- a) Ocasional: es aquella que se da ante un hecho imprevisto que despierta la atención del individuo, por algo que sobresale de un conjunto de estímulos (Beal, 1996; Bunge, 2000).
- b) Habitual: se prepara al aprendiz para no saltarse los estímulos que el medio ambiente ofrece en todo momento. Desde los puntos sobresalientes hasta los que parecieran no relevantes. Para lograr esto es importante que el investigador habitué al grupo de estudio al ambiente que será observado, es

decir, encaminar a la percepción y admiración de los hechos o situaciones (Beal, 1996; Bunge, 2000).

- c) **Sistemática:** esta modalidad tiene como objetivo guiar al individuo a enterarse de un fenómeno e manera exacta y ordenada. Esto puede llevar a la percepción de las relaciones de causa y efecto de los acontecimientos y. así proporcionar indicaciones para una eventual experimentación que esclarezca mejor lo ocurrido facilitando la actuación más consiente y eficaz frente a la realidad que se presenta (Beal, 1996; Bunge, 2000).

A partir de la observación sistemática, se recauda información acerca de un fenómeno, información que, debidamente interpretada, puede conducir a una mejor comprensión de los fenómenos. Debemos resaltar que la observación sistemática va siguiendo un proceso que involucra básicamente dos pasos: el objetivo de la observación y la enumeración de las características observadas. Este proceso puede ser definido como cíclico, porque al finalizar la observación es importante revisar el objetivo perseguido, características anotadas y/o ambos aspectos (Díaz, 2010; Matos, 2008).

Observación participante

Consiste en la observación del contexto desde la participación directa del investigador o analista, no es encubierta y no es estructurada (Vázquez et al, 2006).

Los observadores participantes entran al campo con la esperanza de establecer relaciones abiertas con los informantes. Muchas veces el informante olvida que el observador esta como investigador y actúa de forma neutra. Las técnicas

empleadas, en la observación participante corresponden a reglas cotidianas sobre la interacción social no ofensiva; las aptitudes en esa área son una necesidad (Argilaga, 1995; Steven, 1984).

El campo de la educación ha ido creciendo a partir de varios estudios cualitativos que incluyen la observación participante como una forma de recolección de información (Kawulich, 2005). En 1993 Bernard, indicó que la observación participante requiere del manejo de cierta cualidad como la del engaño e impresión. Indica que muchos antropólogos requieren un sentido de la objetividad a través de la distancia (Bernard et al, 2013).

Se define la observación participante como el proceso para establecer relación con una comunidad y aprender a actuar al punto de mezclarse con la comunidad de forma que sus miembros actúen de forma natural, y luego salirse de la comunidad del escenario o de la comunidad para sumergirse en los datos para comprender lo que está ocurriendo y ser capaz de escribir (Bernard et al, 2013; Cayer, 1993).

El proceso de un observador participativo, tiene en cuenta conversaciones naturales, entrevistas de varias clases, listas de control, cuestionarios, y métodos que no sean molestos. De las características de la observación participante es: tener actitud abierta, libre de juicios, estar interesado en aprender más de otros, ser consciente de la propensión a sentir un choque cultural, cometer errores, muchos de ellos pueden ser superados (DeWalt et al, 1998).

El proceso de dirigir observaciones se describen tres tipos:

1. Observación descriptiva: uno observa cualquier cosa y todo, asumiendo que lo ignora todo; la desventaja de este proceso es que puede llevar a la recolección de minuciosas que pueden o no ser relevantes al estudio (Angrosino et al, 2000).
2. Observación enfocada: es la observación sustentada en entrevistas, donde las visiones de los participantes guían las decisiones del investigador acerca de qué observar (Angrosino et al, 2000).
3. Observación selectiva: el investigador se centra en distintos tipos de actividades para ayudar a delinear las diferencias en dichas actividades (Angrosino et al, 2000).

Bajo este rol el investigador es un observador que no es miembro del grupo, y que está interesado en participar como un medio para ejecutar una mejor observación y, de aquí, generar un entendimiento más completo de las actividades grupales. En esta situación el investigador puede tener acceso a mucha gente distinta de la cual se puede obtener información, todos los miembros del grupo controlan la información que se da (Aguilar, 2015).

Este rol faculta al investigador a observar e interactuar muy cerca de los miembros para establecer la identidad de un miembro sin participar en aquellas actividades constituyentes de la esencia del grupo (Aguilar, 2015).

Entrevista

Se entiende por entrevista una conversación verbal entre dos o más seres humanos (entrevistar y entrevistado), cuya finalidad es lo que en verdad le otorga el carácter,

es una conversación que establecen un interrogador y un interrogado para un propósito expreso (Díaz et al, 2005). La entrevista es un intercambio verbal que ayuda a reunir datos durante el encuentro de carácter privado y cordial, dónde una persona se dirige a otra y cuenta su historia da su versión de los hechos y responde a preguntas relacionadas con un problema específico (Sierra, 2019). Entrevistar significa entrever, ver uno al otro (Díaz et al, 2005).

Se preestablece un objetivo por los interlocutores a través de un previo acuerdo. La entrevista es capaz de aproximarse a la intimidad de la conducta social de los sujetos y el tipo de relación que se establece en la misma determinada el desarrollo de la conversación (Díaz et al, 2005). Se busca establecer una apertura de canales que pueda establecer la efectividad práctica del sistema de comunicación interpersonal (Valles, 2003).

El manejo de la técnica reclama manejo del contexto comunicativo en el que se produce la interacción entre los habitantes, todo sistema de comunicación interpersonal integra 6 elementos:

- Destinador
- Destinatario
- Referente
- Código
- Medio de transmisión
- Mensaje

El canal, código y mensaje se encuentran determinados por un contexto social e histórico (Ortiz, 2015). Toda entrevista es un proceso dinámico, multifuncional atravesado por el contexto social de una vida compleja y abierta continuamente a

las transformaciones (Díaz, 2005; Valles, 2003). La entrevista es una técnica cualitativa que permite recoger una gran cantidad de información de una manera más cercana y directa entre investigador y sujeto de investigación (Mayorga, 2004).

Un registro ideal de las entrevistas es a través de grabadora siempre y cuando no cause alguna interferencia (Carballo, 2001). Dentro de la entrevista, las preguntas tienen como fin primordial el traducir los objetivos específicos del entrevistador en una comunicación adecuada con el entrevistado para obtener información que realmente se desea obtener (Hernández, 2014).

Las preguntas se plantean cuando se tenga presentes los objetivos que persigue la entrevista. Las preguntas formuladas de forma hábil canalizan al entrevistado hacia las metas que se fije un entrevistador (Carballo, 2001; Ortiz, 2015). La función de la entrevista, además de recabar información es motivar al entrevistado a comunicarse espontáneamente al hablar de aquellas áreas que interesan o relacionar las experiencias que ha tenido con el tema que trata (Carballo, 2001; Sierra, 2019).

Tipos de preguntas

Las preguntas cerradas se pueden responder con pocas palabras, la mayoría de las veces la respuesta no va a más allá de un SÍ o un NO, que puede limitar severamente la conversación. Se da en procesos de interrogatorio, si la intención es pasar de un nivel de conducción no directivo a otro que cause estrés en el entrevistado para provocarle reacciones defensivas, entonces se recomienda el uso

de preguntas cerradas (Carballo, 2001). Este tipo de preguntas se clasifican de acuerdo a su propósito en tres clases diferentes:

- a) Identificación: busca saber quién, cuándo, dónde, cuáles (Carballo, 2001).
- b) Selección: se pide al sujeto elegir entre una o más alternativas que se presentan (Carballo, 2001).
- c) Definitivas: son las preguntas de sí, o no, se aceptan respuestas menos definidas que impliquen alguna duda (Carballo, 2001).

Preguntas abiertas: requieren bastantes palabras para poder contestarlas de manera adecuada. Funciona bastante bien para obtener información suplementaria. Iniciamos conversaciones con este tipo de preguntas, permiten mantenerla hasta el momento que se necesite (Carballo, 2001). Se pueden clasificar en: de clarificación, prueba, sugerentes, proyectivas, situaciones o hipotéticas. Se pueden plantear a nivel de información, control y guía, suposición de la aceptación, sondeo de información, formulación de preguntas, utilización de preguntas.

Cuestionario

El uso de datos estadísticos, la metodología de encuestas se ha convertido en una de las alternativas más frecuentemente utilizadas en las últimas décadas de investigación social. Es un instrumento que parece sencillo de construir, pero está basado en el auto informe como método para la recogida de información, y que en consecuencia, con importantes ahorros en el tiempo de desarrollo del trabajo de

campo. Para la investigación social el cuestionario atiende tres requerimientos (Meneses, 2016).

- Necesidad de producir y recoger datos estructurados para tomar decisiones,
- Gracias a la colaboración de las propias personas como auto-informadores,
- Con una precisión o error conocida para las afirmaciones obtenidas.

El investigador no siempre puede acceder a su objeto de estudio para respectivo análisis, porque no puede desplazarse para observar, cuantificar y registrar los fenómenos de interés. Siguiendo esta línea, el cuestionario se agruparía dentro de las técnicas orientadas a la sistematización del autoinforme de los participantes (Meneses, 2016). Se trataría de estandarizar las preguntas y las respuestas bajo el supuesto de que la variabilidad observada en los datos será producto, en la mayor parte posible, bien de las variaciones reales entre los individuos o de un mismo sujeto en momentos diferentes (Meneses et al, 2011).

Un cuestionario es, por definición, el instrumento estandarizado que utilizamos para obtener datos durante el trabajo de campo de algunas investigaciones cuantitativas, fundamentalmente, las que se llevan a cabo con metodologías de encuestas (Aigner, 2005). Para construir un buen cuestionario parte en gran medida de tener experiencia adquirida, que va sucediendo a partir de las malas experiencias de utilizar de forma errónea un cuestionario (Fernández, 2007).

Se debe de construir después de haber planteado el problema de investigación y haber explicado sus objetivos (Aigner, 2005; Fernández, 2007). Es necesario diseñar una matriz de análisis con las variables-dimensiones que arrancan del problema. Cuando más claros se tienen los objetivos de la investigación más

sencillo será elegir las preguntas por realizar (Aigner, 2005). Podemos entender que existen al menos tres tipos de cuestionarios:

1) Cuestionario simple o auto-administrativo: los encuestados, previa su lectura, contestan por escrito, sin intervención directa de alguna persona (Aigner, 2005).

2) Cuestionario por entrevista: es aplicado a los sujetos investigados por personas especializadas en esta tarea quienes hacen a los encuestados las preguntas del cuestionario y anotan en el formulario sus respuestas (Aigner, 2005).

3) Escalas sociométricas: son una forma especial de cuestionario, se caracterizan por tener diferentes respuestas a las preguntas, es decir son de valor numérico, permitiendo medir el grado o nivel que alcanza en cada caso la actitud o apreciación investigada (Aigner, 2005; Meneses, 2016).

Algo básico y fundamental son las preguntas. Por ende, la calidad de un cuestionario depende directamente de la clase de preguntas que se emplean y por supuesto de su adecuada formulación (Fernandez, 2007). Las preguntas son la expresión de forma interrogativa de las variables o indicadores del objeto de interés. Las preguntas de un cuestionario comprenden diversas respuestas, por lo menos dos, que son elementos de variación o las categorías de la variable verbalizada por la pregunta. El cuestionario de las categorías de las respuestas se ofrecen con las preguntas deben reunir dos condiciones: 1) ser exhaustiva y 2) excluyentes (Meneses, 2016).

Para los cuestionarios las preguntas exhaustivas son cuando las categorías o respuestas de las preguntas abarcan todos los casos que pueden darse, de tal

forma que ningún encuestado pueda dejar de responder alguna pregunta porque no encuentra su categoría o alguna alternativa de respuesta. Por otro lado, las preguntas excluyentes son aquellas que son una pregunta es a una respuesta, es decir, al tener una pregunta el encuestado puede solo responder válidamente una respuesta, una u otra (Fernández, 2007; Meneses, 2016).

Notas de campo

La observación participante depende del registro de notas de campo completas, que sean detalladas y precisas. Es fundamental tomar notas después de cada observación y después de contactos más ocasionales con los informantes, también deben de tomarte notas durante la etapa previa del trabajo de campo (Steven et al, 1984; Steven et al, 1987).

Las notas proporcionan los datos que son la materia prima de la observación participante. Se debe esforzar por redactar lo más completas y amplias notas de campo que sea posible, lo que requiere ser disciplinado (Herrera, 2008). La estructura mental del observador debe ser tal que todo lo que ocurra en el campo constituya una fuente de datos importantes (Mesa et al, 2000).

Uno determina que es importante o lo que no es importante hasta que ha estado en el escenario durante un tiempo largo. Hasta una conversación trivial puede llevar a comprender las perspectivas de las personas, cuando es ubicada en el contexto que corresponde al cabo de cierto tiempo (Mesa et al, 2000). Resulta común en la observación participante volver atrás en busca de las notas iniciales cuando se empiezan a analizar los datos (Taylor et al, 1987).

El regresar a esas notas se puede hallar recuerdos vagos que fueron dichos o hechos y resulta que pudo no haberse escrito nada al respecto (Taylor et al, 1987). Conforme va pasando el tiempo y se va reconociendo el escenario y las personas se van enfocando el interés de la investigación volviéndose más selectivo en lo que se registra (Mesa et al, 2000). Se ha visto que en la última etapa del proyecto de investigación se toma menos tiempo en redactar las notas comparado al tiempo que se dedicaba al inicio el proyecto (Vázquez et al, 2006).

Es sugerencia que algún colega lea las notas de campo. Logrando de esta forma motivarse a mejorar las notas que se hacen en cada sesión (Vázquez et al, 2006). Las notas de campo deben incluir descripción de personas, acontecimientos, conversaciones tanto como las acciones, sentimientos, intuiciones o hipótesis de trabajo del observador. La secuencia, duración de los acontecimientos y conversaciones se registra con la mayor precisión posible, cuidando los detalles (Taylor et al, 1987).

Es escenario se describe detalladamente toda la estructura. Se busca con las notas de campo registrar todo lo que se puede recordar sobre la observación. Una buena regla que aplica en este caso es si no está escrito, no sucedió (González, 2003).

1.2 Investigación educativa

La investigación educativa se concibe como un proceso racional y metódico, que está dirigido a lograr un conocimiento objetivo y verdadero sobre la educación. La enseñanza es catalogada como un fenómeno natural, porque puede ser observado, descrito, se puede analizar de forma rigurosa. La enseñanza tiene como objetivo el formular teorías científicas, que sean capaces de establecer hipótesis referidas al aprendizaje. Podemos comprender a la enseñanza como un proceso racional y tecnológico de búsqueda de la eficacia docente y de la efectividad del centro de saber para lograr los objetivos definidos institucionalmente (Latorre, 2004).

Enfatizando el criterio de aplicación de las teorías científicas, o el conocimiento científico, a los problemas de la práctica. Las estrategias de aprendizaje nos ayudan a hacer referencia a una serie de operaciones cognitivas que el aprendiz lleva a cabo para organizar, integrar y elaborar información. Puede entenderse como una serie de procesos o secuencias de actividades que sirven de base a la realización de tareas intelectuales y que se eligen con el propósito de facilitar la construcción, permanencia y transferencia de la información o conocimientos (Campos, 2000; López et al, 2016).

Las estrategias tienen el propósito de facilitar la adquisición, almacenamiento, y la utilización de la información (Campos, 2000; López et al, 2016). Podemos considerar que una estrategia didáctica equivale a la actuación secuenciada potencialmente consciente del profesional en educación, guiada por uno o más principios de la didáctica, encaminada hacia la optimización del proceso de enseñanza-aprendizaje (Rajadell, 1993).

Para Latorre M. en el 2017 mencionó que el aprendizaje significativo es “el que puede relacionar los conocimientos nuevos con los conocimientos previos del estudiante y esto permite asignar significado a lo aprendido y poderlo utilizar en otras situaciones de la vida”. El aprendizaje significativo es cuando una nueva información adquiere significados mediante una especie de anclaje en la estructura cognitiva preexistente en el aprendiz, es decir, cuando el nuevo conocimiento se engancha de forma sustancial, lógica, coherente y no arbitraria en conceptos y proposiciones ya existentes en su estructura de conocimientos con claridad, estabilidad y diferenciación suficientes (Latorre, 2017).

Carneros en el 2018 indicó que el aprendizaje significativo promueve un conocimiento en el cual el aprendiz parte de la selección, recolección y el análisis de la información obtenida mediante el estudio del contenido, relacionando la información analizada con los conocimientos previos y las experiencias vividas en la vida diaria (Carneros, 2018).

Capítulo 2. Diagnóstico con estructura del problema

En el presente capítulo se hace una revisión sobre el estado de la educación médica continua en México. Se busca revisar los principales problemas, desajustes que pudieran existir y sobre todo áreas de oportunidad para su mejora. Se describe el desarrollo de la educación de médicos generales, médicos especialistas en Ginecología y obstetricia, subespecialistas en Biología de la Reproducción Humana. Se analiza el desarrollo a pasos agigantados y en desorden que ha llevado al punto de una crisis en la disponibilidad de los campos clínicos para la enseñanza.

Revisar el origen de las especializaciones, la existencia de las residencias en el país. Evaluar la organización y valor agregado de la educación médica continua buscando aportar mejoras que favorezcan la educación médica llegando a ser innovadora.

2.1 Educación médica continua

La educación médica continua de los especialistas, a través de los años, se ha basado en cursos presenciales todos relacionados a diferentes congresos nacionales e internacionales en las distintas especialidades existentes en la medicina. La práctica clínica es una herramienta de aprendizaje complementaria a los métodos tradicionales y es considerada un imperativo ético en la educación médica (Ziv, 2006).

La práctica clínica es un método que facilita la adquisición de habilidades y destrezas que simulan los escenarios semejantes a los reales, siempre buscando no poner en riesgo a los pacientes (Ypinazar et al, 2006). Además, de permitir repetir todas las veces que sea necesario diferentes escenarios para facilitar el aprendizaje de la habilidad o competencia que se requiere para la consulta diaria (Zamboni et al, 2018).

La superación profesional y laboral constantes para mejorar las competencias y el desempeño de estas áreas conlleva a una mejor calidad de la producción y los servicios, y a mayores niveles de productividad, eficiencia, eficacia, y efectividad (Bonal et al, 2020). Las mejoras profesionales, a través de la educación médica continua debe fortalecerse en el sector salud por varias razones: las elevadas expectativas sociales de la profesión médica.

Los cambios del sistema de salud basado en las necesidades de los pacientes, la expansión de conocimientos nuevos, tecnología y técnicas; los escenarios laborales complejos donde debe manejarse el trabajo en equipo y multidisciplinario; cumplimiento con los requisitos de recertificación por especialidad.

En un contexto global de la educación como proceso de formación a lo largo de la vida debemos asumir e integrar tanto lo relativo a los contextos educativos formales como a los no formales, dejar de mirar a las Instituciones de Educación superior como los únicos lugares donde adquirir, perfeccionar el conocimiento que será aplicado en los lugares de trabajo. Las necesidades actuales de la sociedad influyen en los procesos de enseñanza-aprendizaje.

La exclusión social o bajos recursos económicos exponen la necesidad de tener una educación a lo largo de la vida como la mejor inversión en capital humano y principal activo para la economía, la inclusión social de los ciudadanos que demanda el derecho a la educación para todos (Zayas, 2020). Es claro que las sociedades del conocimiento dependen directamente de las instituciones que lo imparten y sobre todo si lo pensamos enfocado a la educación (Ampudia, 2017).

Al observar el cambio de los modelos educativos y teniendo en cuenta que el docente dejó de ser el eje central de la educación y pasó a ser el motor de ayudar para los procesos del estudiante, podremos entender el impacto que de las TIC pueden tener en los procesos educativos (Hinojo et al, 2012). Las teorías educativas que funcionan como la base del proceso de aprendizaje han evolucionado, encontramos que después de las teorías conductista y cognitivista se han desarrollado las teorías constructivistas y socio constructivista (Valdez, 2012).

2.2 Formación médica especializada

Contar con profesionales médicos especializados, éticos, íntegros, empáticos, con trato humano y cálido, siempre teniendo como prioridad la seguridad del paciente son preocupaciones mundiales. En todo el mundo hay pacientes que sufren lesiones a partir de una mala intervención médica (Oyebode, 2013), que son el resultado de un mal desarrollo profesional e inclusive podía pensarse en una deshumanización por parte de los médicos.

Algunas de estas malas prácticas clínicas han llegado a los tribunales, situaciones que resultan estresantes para los profesionales de la salud (Arimany-Manso, 2018; Haysom, 2016; Tan, 2019). Se estima que deficiencias en la relación

médico-paciente o familia es a partir de la deficiencia de información, comportamiento e incluso lenguaje inapropiado por parte del médico.

También, cabe resaltar que cuando falta un consentimiento informado, son los principales factores que llevan a los pacientes para presentar denuncias contra los médicos, por lo que es importante que reciban formación especializada en la temática durante su formación. Capacitarlos para afrontar retos de comunicación efectiva, en su relación médico-paciente-familia puede ser una pauta para disminuir los posibles riesgos de enfrentar alguna demanda (Cedillo et al, 2019; Hanganu et al, 2020).

Es muy importante que el médico se obligue a participar activamente en aprender todo sobre sus responsabilidades y considerar al paciente como un ser humano. Un paciente tiene derechos como el de recibir un trato cálido sin importar su status social o económico (Oyebode, 2013). Adicional a ello, el médico debe conocer todo lo que implica en términos legales una mala práctica médica.

Enfrentarse a una continua evaluación para conocer su nivel de conocimiento profesional los hace identificar cuáles son sus áreas de mejora. La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humano para la salud (CIFRHS) fue creada en 1983 y el comité de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, que emitió las normas académicas y administrativas para el desarrollo del internado. En ese año también se publicó en el Diario oficial el reglamento por el que se establecen las “bases para la realización del internado de pregrado en la licenciatura en Medicina” (Tapia et al, 2007).

En 1986 CIFRHS publicó las “Normas Académicas y Administrativas para el Desarrollo del Internado Rotatorio de Pregrado”, y el internado se constituyó como

una etapa eminentemente práctica, diseñada para que los alumnos dediquen el mayor número de horas para realizar actividades que les permitan adquirir las competencias básicas que pondrán en práctica al egreso (Tapia et al, 2007).

Debe considerarse como relevante y punto clave el aprendizaje en el año de internado, para lo cual es necesario entender cómo se realiza el aprendizaje de las ciencias de la salud, lo cual no puede ser encapsulado en términos cognitivos. Se debe agregar los procesos y actitudes; y la educación médica debe perseguir un desarrollo completo y armónico de las personas, que incluya la promoción del pensamiento crítico y se le capacite para formar sus propias opiniones o adoptar decisiones de forma independiente (Acosta et al, 2009; Tapia et al, 2007).

La equidad en salud debe ser designado por la parte de las desigualdades existentes que considera injusta en el marco de cierta teoría de la justicia y, argumentar legítimamente que el objetivo primordial de una política de salud debe ser la reducción de esas situaciones de inequidad (Murray et al, 2000). Acosta y colaboradores indicaron en el 2009, que se debería interiorizar el proceso de salud y enfermedad como parte de la formación médica. La educación y formación médica debe ser integral, expresar su compromiso con la realidad sanitaria del país (Acosta et al, 2009).

Por ende, la educación y formación médica debe ser equitativa y deben de estar: la fuente, el aprendizaje, los métodos y la práctica de los procesos de enseñanza- aprendizaje, como expresión de la ética de las profesionales sanitarias. La atención primaria constituye el principal espacio para la formación y el desarrollo de los recursos humanos en la salud y para asumir el mayor desafío ético de

nuestros tiempos: prepara al personal de salud en los conceptos de medicina social y preventiva con un compromiso social como punto clave (Acosta et al, 2009).

2.3 Enseñanza semipresencial

La era de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación ofrece una gran diversidad de herramientas electrónicas que están revolucionando tanto la forma de trabajar (Montal, 2002). La evolución de los modelos educativos es impulsada por distintos factores. Primero, la disponibilidad tecnológica de recursos educativos cada vez más sofisticados y eficaces. Segundo, por las necesidades de integrar en el proceso pedagógico a personas que, por distintos motivos, no pueden asistir regularmente presencialmente a cursos para participar en las clases presenciales (Hinojo et al, 2012).

Para el caso específico de médicos, poder migrar a una modalidad semipresencial resulta ser útil por varias razones, como integrar recursos pedagógicos de las modalidades presencial y a distancia. Sin olvidar la interacción de estudiantes y docentes durante los encuentros; además de incluir tareas dirigidas al aprendizaje de los estudiantes (Modesta et al, 2021).

Estas tareas dirigidas parecen mejorar la adquisición de conocimientos, desarrollar habilidades y valores como la responsabilidad de ser autodidactas. En la planificación de los programas en modalidad semipresencial es recomendable utilizar la forma de docencia conocida como clase encuentro. Las clases de este

tipo necesitan un trabajo docente-metodológico porque el docente debe elaborar materiales didácticos (Modesta et al, 2021).

La preparación del material didáctico resultan ser necesarios para el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje: recursos físicos o digitales, como: guías de estudio, medios de enseñanza- aprendizaje, manuales, selección de lecturas por mencionar algunos (Modesta et al, 2021). Esta modalidad resulta ser un giro total del proceso docente educativo, mejorando la efectividad autónoma, el estudiante sigue la línea de protagonismo y creador de nuevos aprendizajes.

2.4 Técnicas de Reproducción Asistida

En los últimos años se está produciendo una creciente demanda en técnicas de reproducción asistida (TRA), esto debido a diversos factores, la mayor eficacia de las técnicas actuales; los cambios sociales en los conceptos de familia-paternidad-maternidad, el mayor poder adquisitivo y el aumento de la esterilidad en ambos sexos. El factor masculino ha tenido un aumento de hasta el 50%, tanto en el recuento de espermatozoides como en su concentración en los últimos cuarenta años, afectando a un 15% de las parejas a nivel mundial (Guevara et al, 2004; Seguí et al, 2017).

Estas TRA pueden definirse como: el conjunto de tratamientos médicos y procedimientos que facilitan el embarazo cuando éste no se consigue de forma natural; ya sea por infertilidad masculina, femenina o ambas (Ruiz et al, 2018). Comprenden varias técnicas: inseminación artificial (IA), maternidad sustitutiva,

preservación de embriones congelados o vitrificación (criopreservación de embriones), Fecundación In Vitro (FIV), Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) (Guevara et al 2004; Matorras et al, 2001).

Los laboratorios de FIV deben garantizar la eficacia y seguridad del tratamiento en los pacientes (Romero et al, 2020; Saelzer et al, 2000). La técnica Fecundación In Vitro es una técnica que implica la manipulación de gametos, y posibilitando la manipulación del embrión antes de su implantación en el útero (Saelzer et al, 2000).

2.5 Empatía con el paciente

Los humanos por naturaleza tenemos la necesidad de comunicarnos, se presenta desde que nacemos y continúa en las diferentes etapas de la vida. La comunicación es el lenguaje que utilizamos para relacionarnos con las demás personas, por lo que es importante cuidar como nos comunicamos (Galindo, 2009). La comunicación eficaz entre dos personas se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor. Es un modelo de lenguaje verbal y no verbal para transmitir lo que necesitamos decir (Valladares-Garrido et al, 2019).

La empatía es un don que todos quieren tener y pocos consiguen dominar. Uno de los pasos iniciales para su desarrollo, es la fijación como capacidad dentro de la forma de ser de cada uno, donde una vez instalada como forma de actuar con los demás y con uno mismo, se puede trabajar sobre ella para mejorarla o moldearla (Delgado-Bolton et al. 2016). La atención de calidad, la empatía son relevantes y de

suma importancia en los distintos niveles de servicio de salud que está directamente proporcional a las elevadas expectativas de los pacientes (Castro et al, 2006).

Los pacientes cuando no se sienten entendidos piden cambio de médico, reclaman, se quejan, solicitan una mejor atención por parte de los médicos. No podemos olvidar que esto es resultado de la suma de múltiples factores que causan este comportamiento por parte de los médicos hacia los pacientes (Lauracio et al, 2020). En la atención médica la empatía se define como atributo predominante cognitivo y no sólo emocional, que involucra la habilidad de entender las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, logrando la comunicación de lo comprendido (Hojat, 2007).

Hay tres principales elementos que son importantes: cognición, entendimiento y comunicación (Delgado-Bolton et al. 2016). Por ello, la empatía puede ser reconocida como uno de los principales elementos en la atención médica mejorando la relación médico-paciente (Hojat, 2007). La empatía que se vive en el ambiente familiar juega un papel muy importante en el desarrollo positivo. La empatía médica debe ser parte de la educación y no ser restringido a un tema teórico sino que debe de ser práctico.

Vamos a definir a la empatía como la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como, sus perspectivas y experiencias. Los niveles altos de empatía se relacionan con más facilidad de los pacientes para expresar síntomas y preocupaciones, con lo que se obtiene una mejor precisión diagnóstica, una mejor participación del paciente y educación en salud, en general la mejor calidad de vida del paciente y reducción del estrés (DiMatteo et al, 1993; Kim et al, 2004; Neuwirth, 1997; Stewart, 1995; Zachariae et al, 2003).

Pacientes que no han logrado tener hijos y recurren a técnicas de reproducción que los lleva a un desgaste emocional y económico. Este desgaste emocional puede ser resultado por presión de la sociedad que bombardea con preguntas: ¿Cuándo los hijos? ¿Por qué no tienen hijos? Sin preguntarse qué hay detrás, que hay en esa realidad de las parejas. Algunos pasando por varios intentos fallidos. Agregar que muchos médicos no cuentan con el desarrollo de empatía hacia el paciente, de ponerse en su lugar.

2.6 Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)

El siglo XXI está caracterizado por la sociedad del conocimiento, donde la información y el conocimiento se han convertido en activos cruciales para la producción, competitividad, crecimiento y desarrollo económico (Moreno et al, 2005). Siemens en el 2007, señaló que en esta era el conocimiento, el desarrollo y la divulgación de la información, ocurren prácticamente de forma instantánea. La mitad de lo que hoy es conocido hace 10 años no lo era. El conocimiento crece exponencialmente (Siemens, 2007).

Por ende, las Tecnologías de la Información y comunicación (TIC) se convierten en elemento de impulso y, desarrollo económico, político, social. Van abriendo camino a un mundo globalizado, dinámico y cambiante (Gabante et al, 2012).

2.7 Moodle

El sistema Moodle es un entorno de Aprendizaje Dinámico Modular Orientado a Objeto es un sistema diseñado para la creación y administración de cursos virtuales caracterizado por ser un software libre. El Moodle nos ayuda a resolver actividades de refuerzo pedagógico con actividades y recursos personalizadas por el docente como: archivos, videos, cuestionarios. Además promueve el trabajo colaborativo, para los trabajos interactivos facilita otras alternativas de contacto: foros, chats, wiki, glosario (Pérez et al, 2020).

Al docente la responsabilidad final sobre la definición de las actividades de enseñanza, aprendizaje y su evaluación, explicando detalladamente los resultados de aprendizaje previsto (de Eulate, 2006). La práctica se lleva a cabo con grupos reducidos de estudiantes, a fin de analizar casos reales o resolver problemas, la discusión entre compañeros constituye la base de la actividad (Álvarez, 2012; Cruz et al, 2010; Cuso et al, 2015; Sáiz et al, 2014; Velasco et al, 2012).

Tener tutorías docente-estudiante; ayuda a mejorar una relación individual, se convierte en una acción sistemática que mejora la calidad del aprendizaje y que requiere habilidades para identificar las necesidades del estudiante generándose una retroalimentación constructiva y en pro de la mejora académica (Álvarez, 2012; Cruz et al, 2010; Cuso et al, 2015; Sáiz et al, 2014; Velasco et al, 2012).

Las ventajas que encontramos en Moodle es gestión del aprendizaje porque ha evolucionado en forma acelerada y cabe mencionar que urge reforzar el uso de estas nuevas maneras de aprendizaje para acercar y brindar el conocimiento. También, las tecnologías de la información vienen a abrir paso a los avances, que

hace complicado seguir el ritmo pero no por eso podemos dejarnos brincar y no avanzar a estas nuevas y mejores modalidades de aprendizaje (Muñoz et al, 2021; Salas, 2019).

Usar el Moodle debe ser considerado como parte esencial para el desarrollo profesional en: conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores que van a permitir el aumento en el desempeño y desarrollo académico.

2.8 Metodología

Desarrollo del modelo de investigación

En el presente trabajo se desarrolla a partir de la investigación cualitativa, la principal razón es porque en educación tiene como propósito la mejora y/o transformación de situaciones y prácticas educativas. Este método nos permite indagar en realidades microsociales. Una característica de la investigación acción relevante para la intervención educativa radica en la importancia que tienen la voz, la perspectiva y la acción de los sujetos protagonistas de la situación a mejorar o transformar, así como el contexto en el que ésta se desarrolla.

Usamos herramientas como observación y notas de campo principalmente. Se usó observación porque el tener contacto con el grupo médico que es el objeto a estudio, se facilitó realizar el estudio. Iniciamos con el grupo de médicos de CDMX, que era un grupo de 22 médicos especialistas en Reproducción Asistida. Se inició en observar cómo era la consulta que ellos daban, de inicio a final. Consideramos

cuatro de los pilares que se considera importante para el Instituto y asegurar que las pacientes se sientan que están en el lugar indicado.

Los pilares primordiales para el instituto Ingenes son: compromiso, atención, seguridad y acompañamiento. Explicados de la siguiente forma:

Compromiso	Atención	Seguridad	Acompañamiento
<p>*Entendimiento de la necesidad del paciente</p> <p>*Brindar educación constante a la Paciente para empoderarla en la toma de sus decisiones.</p>	<p>*Brinda un trato personalizado a la Paciente a partir de conocer su caso y expectativas (conexión emocional)</p> <p>*Calidez y empatía al brindar la atención a la Paciente</p>	<p>*Registro de información completa de la consulta</p> <p>*Transmite confianza al Paciente al brindar una consulta ordenada y directiva</p> <p>*Cuidado de la imagen institucional (presencia y uso de uniformes)</p>	<p>*Disposición e interés genuino para resolver dudas y explicar información complementaria a la Paciente</p> <p>*Establece compromisos claros con la Paciente para dar continuidad y seguimiento a su caso</p> <p>*Comunicación y coordinación fluida con PBB que los proyecta hacia el Paciente como un su Equipo de Atención</p>

En colaboración con una consultara externa Karen Muvdi elaboró un formato para evaluar objetivamente a los médicos. Este formato es llamado Shadow que nos sirvió para realizar las observaciones necesarias a los médicos. En el formato se verifica: bienvenida, conexión emocional, diagnóstico médico y cierre (ver anexo 2). Se busca que el 100 % de los médicos atiendan de forma empática a los pacientes, al encontrar que más de la mitad no lo hace se requiere tomar medidas necesarias para que se cumpla con este objetivo.

En las notas de campo se anotaron los detalles observados en cada consulta, expresiones de médicos, uso de bata blanca, tipos de pregunta que usaban en sus consultas, orden de las consultas, diagnósticos que le dan a las pacientes, tratamientos recomendados. También, se observó si despejaban las dudas que pueden tener las pacientes, uso de herramientas para llevar a cabo la consulta como la presentación para explicar las dudas, sistemas para llenado de expediente clínico y si agendaban una siguiente consulta fijando fecha y hora.

Duración de la consulta, tiempo en que hizo esperar a las pacientes, es decir, si llegaban temprano o no, atendían con prisa o muy lento, si captaban la atención de los pacientes o dejaban que se distrajeran. Después de observar y tomar notas de cada consulta de los 22 médicos se encontró:

1. De los médicos observados 15 médicos no se presentaban a la consulta en tiempo y forma. Ejemplo: El paciente se desconectó después de esperar 52 minutos y el médico se conectó 2 minutos después, ya que el paciente no estaba conectado. No realizaron el *hand off*, no se aprecia coordinación o sensación de equipo.
2. De los Médicos observados 7 de ellos confirmaron datos, mostraron un trato digno a los pacientes; los médicos mostraron seguridad con los temas tratados y la seguridad de responder las dudas. Fueron empáticos con la paciente. Pero no usaron las herramientas institucionales.
3. De los Médicos, 7 de ellos atendieron las necesidades de la paciente. Iniciaron la sesión en tiempo y continuidad sin dejar tiempos largos de

espera. Cuidaron la imagen institucional, haciendo uso de herramientas institucionales, lenguaje fluido, lenguaje corporal correcto.

4. Se observó que 15 Médicos no portaba bata, pero no se observa descuido o con mala imagen.

Capítulo 3. El problema de investigación

En educación el socio-constructivista fija como objetivo al aprendiz, como un ser social e inmerso y responsable de su propio aprendizaje, es un enfoque efectivo. La perspectiva socio-constructivista entiende el aprendizaje como la construcción de significado personal y compartido. La elaboración de conocimientos que potencien el desarrollo personal y permitan comprender y transformar la realidad, sin olvidar tampoco sus aspectos cognitivos y abogando por una enseñanza contextualizada que saque partido de los avances tecnológicos para la actividad colaborativa y la creación de contenidos (Valdez, 2012).

Una enseñanza centrada en el colaborador, en la que el instructor juega un rol de facilitador siendo las siete características fundamentales del Moodle: el papel mediador del instructor, la individualización de la enseñanza para la atención de la diversidad, el seguimiento y evaluación de la actividad de los colaboradores, la perspectiva constructivista del aprendizaje, la progresiva autorregulación de los aprendizajes por parte de los colaboradores, la interacción con el entorno, el trabajo colaborativo y el aprovechamiento de los apoyos tecnológicos (Ayala et al, 2017; Ortega et al, 2015).

Implementar esta forma de capacitación muestra grandes beneficios en el aprendizaje, enseñanza y sobre todo al momento de evaluar que van desde el ahorro de tiempo para calificar y analizar los resultados obtenidos, permite diversidad de técnicas para la retroalimentación de los conocimientos, hasta una generación de conciencia ecológica al disminuir el uso de material impreso. Además de dar un seguimiento adecuado a cada uno de nuestros colaboradores para así ir

asegurando que tienen la información en tiempo y forma, sin afectar sus actividades en operación del día (Alarcón et al, 2019; Valverde et al, 2019).

3.1 Identificación del problema para abordar

Al obtener los resultados del cuestionario se pudo identificar cuál sería el proceder para elaborar una capacitación adecuada y lograr especializar y ser expertos en Reproducción Asistida. Como parte de observar el avance y mejoras en su práctica Clínica se les estuvo dando seguimiento al llenar el cuestionario “Shadow”. Como con médicos ya dando consulta y años con experiencia en atención a pacientes con problemas de infertilidad, nos ayudó a conocer el estatus de estructura de la consulta médica para pacientes con problemas de infertilidad (Anexo 2).

Se planteó con dirección médica que con la apertura de nuevas islas se debería contar con un programa integral de capacitación y así homologar la atención que se tiene en sucursales con las Islas. El reto que teníamos en ese momento era convertir a los médicos fellow en especialistas en tratamientos de Reproducción Asistida, y que ellos tengan las herramientas necesarias para poder mejorar la atención a las pacientes con problemas de infertilidad asignándoles médicos preparados para poder cumplir su sueño de un bebé en casa.

Las preguntas que se generaron a partir del anterior se construyeron las siguientes preguntas:

3.2 Pregunta general

¿Qué propuesta de intervención pedagógica favorecería la enseñanza para sensibilizar a médicos especialistas en Reproducción Asistida, del Instituto Ingenes, en cuanto al trato frente a pacientes con problemas de fertilidad?

Preguntas particulares

1. ¿Cómo se debe enseñar a médicos especialistas en reproducción asistida para dar una atención empática a pacientes con problemas de reproducción?
2. ¿Qué implica tratar con pacientes con problemas de reproducción?
3. ¿Qué papel juega hacer una intervención en la búsqueda de mejorar la atención a pacientes con problemas de reproducción?

3.3 Construcción del problema

Elaborar un plan de entrenamiento médico que abarque la estructura de la consulta y conocer las necesidades de los pacientes para poder generar con ellos un tratamiento adecuado a sus necesidades y poder así lograr un bebé en casa. Lo importante y que salta en el cuestionario realizado a partir de la observación es el diagnóstico, aunque si bien los médicos son especialistas en ginecología y obstetricia y/o subespecialidad en Biología de la Reproducción Humana no es equivalente a que conocen todos los posibles diagnósticos y tratamientos que se puede dar a los pacientes.

Para el desarrollo profesional de los médicos fue de suma relevancia elaborar un programa que ayudó a conocer las generalidades y como llevar a cabo un buen diagnóstico desde la consulta clínica. Encontramos que se requiere contar con un programa de entrenamiento abarcando temas como: teóricos prácticos diagnósticos, tratamientos clínicos, abordaje emocional, para poder dar una atención adecuada.

Este programa de entrenamiento contó con herramientas TIC (Anexo 3 Moodle) para complementar parte de la teoría. Recordemos que los pacientes del instituto tienen un gran desgaste emocional y económico, lo último que requieren es atención médica de baja calidad. Requieren médicos altamente especializados y con entrenamiento adecuado para poder llegar al resultado deseado que es un bebé en casa.

3.4 Objetivo general

Elaborar un programa de capacitación integral para médicos fellow que ingresan al Instituto de Reproducción Asistida (Instituto Ingenes).

Objetivos específicos

1. Diagnosticar las principales necesidades en conocimiento que puede tener médicos de nuevo ingreso para la atención a pacientes en Reproducción Asistida.

2. Analizar las opciones para mejorar el aprendizaje de los médicos Fellow en reproducción asistida.

3.5 Diagnóstico

Descripción de los sujetos, sus prácticas y sus vínculos

Para formar médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia resulta ser un proceso largo, complejo, con el principal objetivo de garantizar a la sociedad que son los profesionales idóneos que pueden atender las necesidades de salud de la población (Jaramillo et al, 2012). Al tema de mujer y salud lo constituye la consideración del análisis de la morbimortalidad femenina, particularmente la materna, bajo el enfoque de los derechos humanos (Campos, 2020).

Aun teniendo médicos especialistas en Ginecología se les hará una observación de comportamiento frente a pacientes, siendo categorizados como médicos “Fellow” en medicina de reproducción asistida. En el instituto se tiene estructurada un esquema de cualidades que deben de cumplir sus colaboradores: valores del instituto, competencias, imagen (Anexo 1).

Diagnóstico de necesidades

A partir de finales del 2020 se inició con la expansión del Instituto para poder llegar a más pacientes y así lograr el sueño de muchos de ellos, un bebé en casa. Se

conoce que la atención médica hacia los pacientes no siempre resulta ser la experiencia más satisfactoria para los pacientes. Con el proyecto de expansión del Instituto se vio la necesidad de tener médicos especialistas en Reproducción Asistida y así homologar la atención a los pacientes de todas las sucursales y ahora las nuevas Islas. Actualmente se cuenta con 7 sucursales y 9 islas y están próximos a abrir 4 islas más.

Para el presente trabajo colaboramos con quince médicos que son de nuevo ingreso que llamaremos “médicos fellow” hasta que formen parte de la plantilla final de médicos del Instituto. Los médicos fellow son egresados de especialidad en Ginecología y Obstetricia y/o subespecialidad de Biología de la Reproducción Humana, la edad cuando ingresan al instituto con 30 años y más. Algunos son recién egresados de la especialidad Ginecología y Obstetricia y/o subespecialidad Biología de la Reproducción Humana. Hay médicos que han tenido práctica clínica en Ginecología y Obstetricia.

A los médicos Fellow mientras estén en rotación con médicos especialistas en medicina de Reproducción Asistida se les aplicó un cuestionario al final de cada rotación (Anexo 1). Con los resultados de este cuestionario identificamos las áreas de oportunidad que tenemos con los médicos Fellow y conocer que rumbo tomaría su plan de capacitación. Este plan fue desarrollado en colaboración con el director médico corporativo, y partiendo de lo que encontramos como resultado de los cuestionarios y la revisión de las notas de campo y así encontrar alternativas para mejorar el desarrollo profesional y aprendizaje de los médicos fellow.

Descripción de los escenarios y sus características

La sucursal más grande del Instituto Ingenes se encuentra en la Ciudad de México junto con su corporativo. Cuenta con todo lo necesario en el modelo de un hospital de tercera generación: espacio para la atención administrativa de los pacientes, consultorios y espacios de atención: quirófanos e instrumentos para la evaluación de los pacientes. Lo relevante en atención a pacientes con problemas de infertilidad es el trato humano y compasivo, buscando siempre el bienestar del paciente.

Los médicos del Instituto deben mostrarse siempre honestos, es decir, confiables, prudentes y cuidadosos en sus palabras ante las diversas situaciones que pueden presentarse con los pacientes y colaboradores. Otra característica que debe de predominar en los médicos del instituto es que sean respetuosos, empáticos, tolerantes y comprensivos, buscando el beneficio del equipo de trabajo y los pacientes.

La mayor parte de las pacientes que se presentan en el instituto llegan con un gran desgaste emocional y económico, por ello lo último que se puede esperar es que todo el equipo de trabajo del instituto siempre se muestre empáticos, y los médicos que serán quienes los ayuden a lograr el objetivo deberán ser aún más, buscando siempre el bienestar de la paciente.

La interacción de los médicos es con todas las áreas de trabajo con las que cuenta el instituto: Capital Humano, Marketing, inteligencia de negocio, Call Center, Ejecutivos de Planeando tu Bebé (PBB), consultoras médicas, admisión, enfermeras de quirófano, Salud Emocional Ingenes (SEI), cajas, contabilidad,

Competitividad, Sistemas y tecnologías, TI, control Interno (control de expedientes), Laboratorio Fertilización in Vitro (FIV), Intendencia, mantenimiento, área comercial, por mencionar algunas áreas.

Todas y cada una de las áreas del instituto colaboran como un engrane enorme y todos contribuimos para mejorar la atención que se le da al paciente. Confiamos que proporcionar las herramientas ideales y necesarias que puedan usar los médicos mejora la atención a las pacientes. Durante el entrenamiento implementamos la técnica de observación, así podremos como observador acercarnos al grupo de estudio y se pudo obtener en un sentido más profundo en términos de comprensión e interpretación de la realidad.

Durante dos meses los médicos Fellow estuvieron en entrenamiento con algunos médicos especialistas en Medicina de Reproducción Asistida. Donde observaron cómo hacer consulta con todos los pasos, y así fueron conociendo el día a día en la atención al paciente con infertilidad. Esta observación a los médicos de nuevo ingreso es indispensable para poder conocer cómo realizan la consulta médica a pacientes con problemas de infertilidad y sobre todo el conocimiento previo que tienen antes de que ellos se enfrenten a dar consulta a pacientes ya siendo parte de la planta médica.



Imagen 1.

Instalaciones físicas del instituto Ingenes.

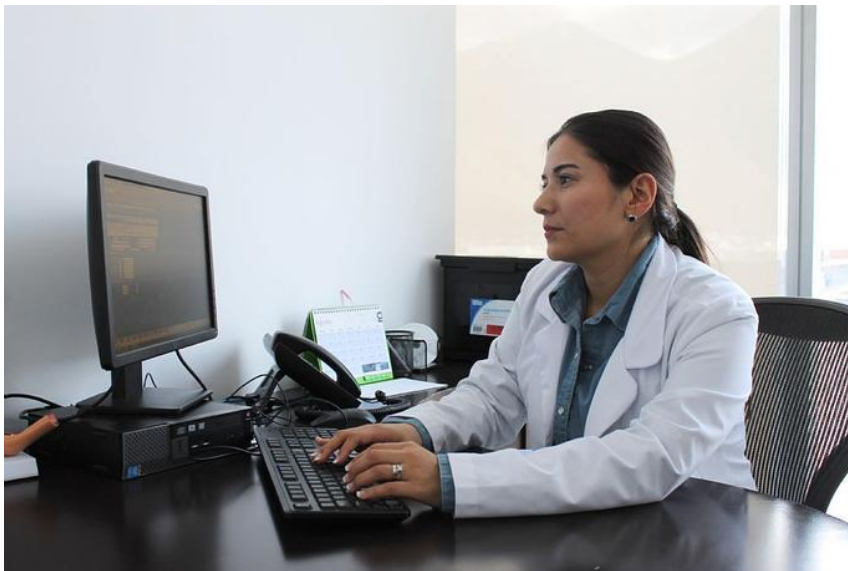


Imagen 2. Médico especialista en reproducción asistida.

Capítulo 4. Diseño y desarrollo de la propuesta innovadora

Es necesario conocer más sobre el problema que queremos resolver y plantear la estrategia, las acciones que se llevarán a cabo para resolverlo. Para intervenir se requiere planificar estrategias que nos acerquen al máximo hacia la obtención de las finalidades previstas. Esto puede ser a través de actividades concretas, activas y graduales, y con el soporte de materiales curriculares que nos faciliten esta enseñanza, así como, el espacio y el tiempo más adecuado para cada estrategia de intervención (Puiggròs, 2001).

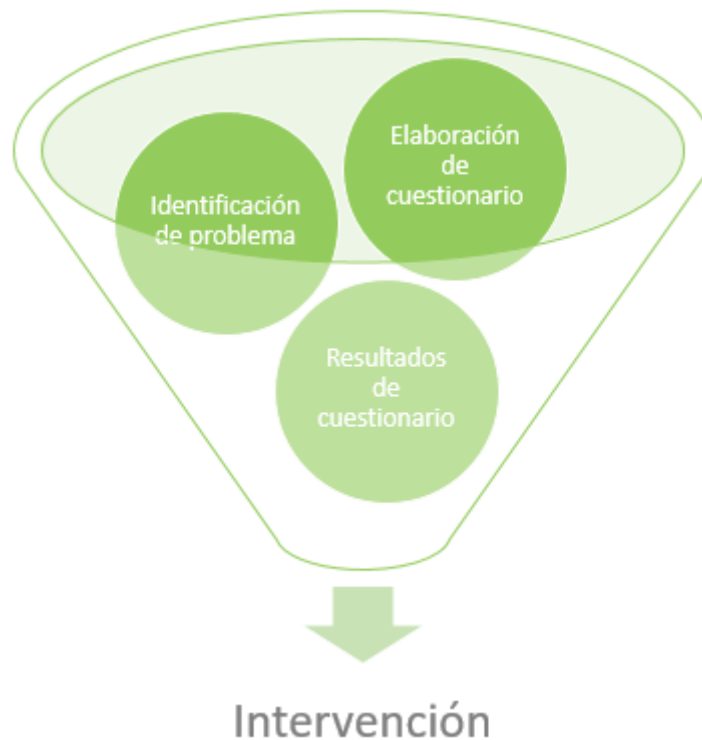


Imagen 3. Modelo de identificación para intervención

4.1 Propuesta de intervención

Con base a lo observado se pudo realizar una intervención en la aplicación de los cuestionarios y observación para responder cuestionario Shadow. A partir de generar el programa de capacitación para médicos fellow nos aseguramos de que contaremos con las herramientas necesarias para la capacitación, como lo es la plataforma Moodle. Los objetivos de esta plataforma estuvieron a la medida que los médicos adquirieron la formación que requieren su participación con los pacientes de forma positiva.

Hay que recordar que los pacientes que asisten son personas que ponen en el Instituto sus esperanzas para lograr traer una nuevo ser a sus vidas y que han buscado por largo tiempo para que esto suceda. Cuando llegan al Instituto y su esperanza renace para que lo pueden lograr, de ahí la importancia de la atención integral que se les debe dar a las pacientes. Por ellos nuestra intervención fue relevante porque apoyamos a la elaboración de formatos, y a su respectiva aplicación, además de revisar los resultados de dichos cuestionarios.

El formato anexo 1 que es para la evaluación de rotación de médicos fellow ha sufrido varios cambios a lo largo de los años, estas modificaciones han sido responsabilidad principal del área de retención de talento, área que pertenece a Capital Humano y la contribución ha sido de varios colaboradores que estamos en esta área. Esta evaluación la aplican los médicos responsables de la rotación de cada médico fellow, no siempre es el mismo, es algo que varía a manera que los médicos en entrenamiento vayan aprendiendo de todos.

El formato de anexo 2 que es llamado formato Shadow ha sido creado para facilitar el orden de la consulta y verificar que todos y cada uno de los médicos que pertenecen al staff médico del Instituto lo lleven a cabo. Son varios cambios los que ha tenido este formato y seguirá siendo modificado para poder obtener la información necesaria. El formato ha sido creado con la colaboración de médicos líderes, consultoras y psicólogos externos que se dedican a couch de abordaje emocional.

En colaboración de enfermeras ampliamente expertas del orden de las consultas es como logramos observar y verificar que sea de la misma forma que se requiere. El campus e-ingenenes.com es adquirido para el instituto en el 2016, la plataforma Moodle se había usado para enseñanza en el programa de posgrado la Maestría en Endocrinología Ginecológica e Infertilidad que tiene el instituto en colaboración con la Universidad de Sonora.

Este campus era administrado y alimentado en los cursos por mí hasta el 2018, donde se convencieron el resto del equipo de capital Humano en que este era el medio al que podíamos migrar para capacitación de los colaboradores. De esta forma el equipo de Desarrollo Organizacional se sumó a la administración y creación de cursos para el campus. Así es como hemos ido sumando cursos a este campus e-ingenenes.com.

El anexo 4 abordaje emocional es un esqueleto que se usa para capacitación a médicos fellow en el tema de abordaje emocional y es de sus primeros acercamientos al tema de empatía con el paciente. Dentro de su plan de capacitación tienen taller con una especialista en este tema, adicional charlas con más médicos que conocen y practican en su consulta diaria el tema de abordaje

emocional. Un tema muy importante que se ha ido buscando que más colaboradores que son primera cara al paciente lo tengan como parte de su desarrollo diario.

El Anexo 5 es un cuestionario que fui creando para conocer las áreas de oportunidad para cursos de capacitación semipresencial, iré teniendo mejoras conforme vayan pasando los cursos. Para este curso obtuvimos varios buenos comentarios también, más puntos para mejorar y contribuir al desarrollo profesional.

4.2 Diseño y desarrollo de la propuesta

Para el presente trabajo colaboramos de forma activa en la intervención realizada. Con base a los resultados de la aplicación del anexo 1 la evaluación médicos Fellow y el anexo 2 que es el formato shadow se pensó en desarrollar un plan de capacitación para los médicos fellow y crear un programa integral. Se usan todas las herramientas con las que se cuenta. Moodle, médicos expertos en Reproducción Asistida que colaboran en este plan de capacitación, enfermeras, ejecutivos Planeando tu Bebé, por mencionar a algunos.

Este plan de capacitación se aplica en el Instituto Ingenes, a nivel nacional con médicos de nuevo ingreso. Iniciamos con un grupo piloto de 2 médicos donde se realizó un primer compilado de temas para analizar. Se pensó en realizar un tema integral desde: introducción a la infertilidad, siguiendo con el diagnóstico de la infertilidad. Sin dejar atrás los factores de infertilidad, agregando un apartado de factor femenino, factor masculino.

No podríamos dejar atrás abordar pasos de una Primera visita y soporte emocional, una vez conociendo esos puntos era importante continuar con los tratamientos que se deben y pueden aplicar a las pacientes según sus respectivos diagnósticos. Si hay algo que los médicos deben de conocer es todo acerca del Laboratorio de Fertilización In Vitro (FIV), agregar más herramientas para acompañamiento emocional que deben de recibir los pacientes.

Otras alternativas posibles que pueden tener las pacientes y materno fetal todo sobre el desarrollo del bebé. No todo es maravilloso en reproducción asistida y decir que así son las cosas sería mentir por ello se debe de indicar cuales son las complicaciones y cómo ayudar a la paciente, alternativas que tienen los médicos en momentos que no son comunes durante un embarazo.

4.3 Intervención

De este temario se procedió en asignar a médicos con amplia experiencia los temas que integran este plan, durante el curso se grabó la explicación de los temas, se revisó todo el material y seleccionó lo necesario para cubrir el temario. De estas grabaciones se enviaron al área de producción para que mejoraran el audio, una vez que nos entregaron estos videos procedimos a traducir el material al idioma inglés. Todo este material quedó guardado en el canal de YouTube de Maestria para proceder a subtítular estos videos. Y posterior a ello colocarlos en la categoría correspondiente dentro del Moodle e-ingenés.com.



Imagen 4. Canal de youtube Maestria Ingenes



Imagen 5. Parte del contenido de curso capacitación médicos fellow



Imagen 6. Contenido del curso para capacitación médicos fellow

Cuando quedó todo en el canal de YouTube Maestría Ingenes, se hizo cuantificación de horas a dedicar al curso virtual siendo más de 40 horas, se agregaron evaluaciones para conocer si los médicos estaban integrando los conocimientos necesarios de cada unidad (Moodle). A la par los médicos están rotando con médicos expertos en reproducción asistida, y así sumando conocimiento de todo lo que implica la medicina reproductiva. Se les evalúa el desempeño en estas rotaciones en colaboración con enfermeras y médicos a cargo siendo esta rotación presencial (Anexo 1 y 2).

Pasando este tiempo se programa una capacitación presencial con el director médico corporativo, donde se vuelve a tocar todos estos temas vistos en el campus y haciendo énfasis en el taller de Abordaje emocional. También, se presentan casos clínicos que previamente elaboramos con otros médicos expertos en Reproducción asistida. Estas sesiones son 2 semanas divididas en 2 fases una primera semana

presencial y semana 2 se trabaja virtual con la herramienta de zoom, sesiones que son grabadas para subir el canal YouTube y sirvan de repaso.



Imagen 7. Capacitación presencial médicos fellow



Imagen 8. Fotografía de capacitación médica mayo 2022



Imagen 9. Capacitación médica mayo 2022



Imagen 10. Capacitación médicos Fellow mayo 2022



Imagen 11. Cierre de capacitación medica fellow mayo 2022

Durante la semana 2 se usó la herramienta zoom

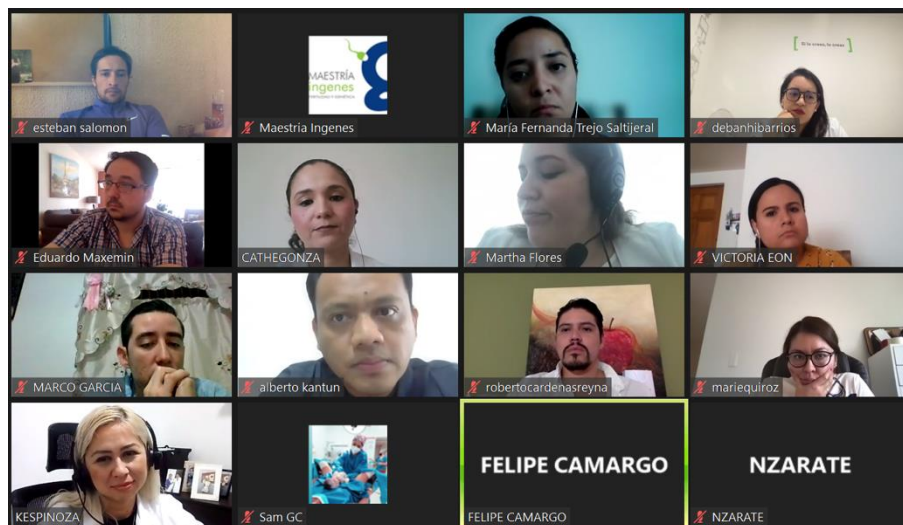


Imagen 12. Fotografía de sesión zoom junio 2022

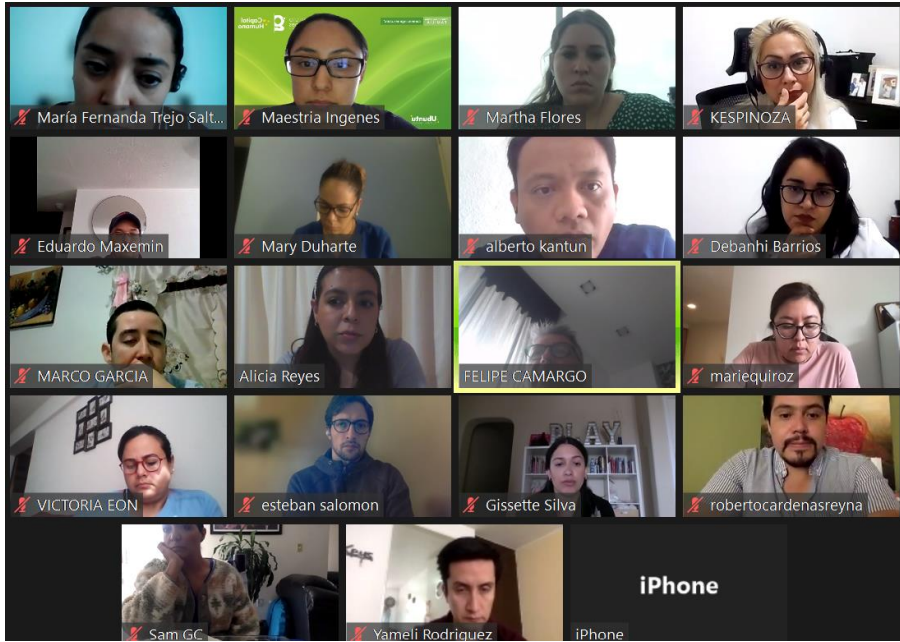


Imagen 13. Sesión Zoom junio 2022

Capítulo 5. Evaluación de la intervención

Después de hacer la intervención se requiere evaluar si ha funcionado nuestra intervención, para ello sugerimos aplicar de nueva cuenta las observaciones y hacer nuestras notas de campo con detalles precisos. Y encontramos que hubo gran mejora después de la intervención. En la aplicación de cuestionarios anexo 2 Shadow notamos que necesitábamos hacer unos ajustes al formato para poder encontrar si hubo mejoras por parte de los médicos.

Etapas de consulta	Puntos a observar
BIENVENIDA	La imagen personal es adecuada (ropa, bata, maquillaje, cabello, higiene y espacio libre de distracciones y con una imagen sobria)
	COMPROMISO - Inicia la atención a tiempo o en caso de retraso mantiene informada a la Paciente
	Su postura corporal es de escucha
	No cruza las manos, ver fijamente a la cámara (contacto visual), postura erguida, enfocado a la Paciente
	Genera estrategias adecuadas para romper el hielo y propiciar la apertura de los Pacientes
	Tiene con un lenguaje adecuado y comprensible para el Paciente y le habla con tono empático y seguro
CONEXIÓN EMOCIONAL	Manifiesta disposición e interés de ayudar a la Paciente
	Adecúa el tono de voz de acuerdo a la fase de la PVR online Tono más suave
	Indaga la situación emocional de la Paciente a fin de identificar el motor o motivadores para cumplir su objetivo Retroalimenta, valida y normaliza las emociones expresadas por la paciente

	Presta atención a ambos (en caso de que la paciente venga acompañada de su pareja)
	Brinda un trato personalizado a la Paciente a partir de conocer su caso y expectativas
	Toma acciones para generar esperanza al paciente, a través de la empatía y la escucha activa
DIAGNÓSTICO MÉDICO	Adecúa el tono de voz de acuerdo a la fase de la PVR online Tono más directivo, seguro expresar que es un experto en Reproducción Asistida
	Transmite de forma clara y empática el diagnóstico médico creando un ambiente de confianza en todo momento
	Explica de un modo claro y empático la ovodonación y/o el banco de semen en caso de ser necesarios
	Muestra en todo momento disposición en solucionar dudas que el paciente manifieste
	Ofrece una recomendación explícita y clara del tratamiento a seguir, justificando médica y estadísticamente la razón por la que lo recomienda
	Indaga la opinión del paciente respecto al tratamiento propuesto
CIERRE	Establece de forma DIRECTIVA el Plan de Trabajo (pasos a seguir), apoyándose en la Hoja del Plan de Trabajo y siendo claros en la importancia de respetar los tiempos
	Explica el objetivo del EPV (segunda cita), justificando la utilidad y valor específico para la Paciente y su tratamiento
	Corroborar con el paciente que haya claridad en lo que está explicando
	Justifica porque Ingenes es la mejor opción para el tratamiento que el paciente requiere
	Hace cierre emocional
	Mantuvo la atención del paciente y conexión con el mismo hasta este momento de la consulta
	Realiza un <i>hand off</i> empático

Se envió por correo electrónico a cada uno de los médicos sus itinerarios de aprendizaje en el campus, dándoles un lapso de 45 días para revisar este material. Posteriormente se revisó el avance de cada uno en el curso del campus. El listado preliminar de este itinerario es el siguiente:

Unidad	Nombre de la unidad	Temas
1	Introducción a la infertilidad	Generalidades de Reproducción
		Historia clínica de la Pareja infértil
		Diagnóstico de infertilidad por patología: laboratorios
2	Diagnóstico de la infertilidad	Edad y reproducción
		Valoración Cavidad uterina y salpinges
		Indicaciones de ovodonación: Criterios clínicos de Tratamiento
		Histeroscopia Técnica Conducta preventiva
		Hidrosalpinx, diagnóstico y manejo quirúrgico en cesaría: ¿Qué hacer?
		SOP y Estudio seminal
3	Factores de infertilidad	Baja reserva Folicular, Falla ovárica prematura, perimenopausia menopausia orientado en la RA
		Síndrome de Ovario Poliquístico: Conducta Ingenes
		Síndorme de Hiperestimulación ovárica

		Trastornos tiroideos durante el embarazo (TIROIDES)
4	Factor femenino	Patología endometrial Pólipos
		Endometriosis tratamiento médico
		Preparación endometrial para TEC y en fresco
		Abordaje de la Adenomiosis
		Punción Folicular y sus complicaciones (Torsión ovarica, Perforación uterina, punción vesical)
		Miomatosis uterina tratamiento médico y Quirúrgico (Tratamiento médico)
		Malformaciones Mullerianas Diagnóstico y conducta
		Síndrome de Asherman
5	Factor masculino	Varicocele
		Factores de riesgo para los hombres con respecto a la Infertilidad
		Vasectomía
		Tratamiento médico de fator masculino (Medicamentos que se usan, cuando se usan y que es lo mejor funciona)
		Pasos de una PVR
		Abordaje emocional
6	Tratamientos de Reproducción Asistida	Tratamientos de baja complejidad
		Tratamientos de alta complejidad
7		Implantación embrionaria

	Laboratorio Fertilización In Vitro	Protocolo FIV
		Quality Assurance & Quality Control
		Reunión FIV
		Clonación y sus avances
		Transferencia de pronucleos y Mitocondrias
8	Acompañamiento emocional	Manejo psicológico de las parejas infértiles y opciones en Ingenes
		Manejo de beta negativa
9	Más opciones para las pacientes	Método ROPA: RA entre mujeres homosexuales
		DuoStim Propuesta para mujeres con baja reserva ovarica
		Atención a pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico
		Tratamientos permitidos y no permitidos en RA
10	Materno Fetal	Control gestacional en Reproducción asistida Complicaciones del embarazo
11	Complicaciones en Reproducción asistida	Trombosis en el embarazo y puerperio
		Embarazo ectópico tratamiento médico y quirúrgico
		Fallo de implantación
		Complicaciones infecciosas en RA. Punción transfer HX HSSG
		Riesgos de tratamientos de Reproducción asistida
		Riesgo de embarazo múltiple

		Consecuencias de nacimientos múltiples vs SET/DET
		Urgencias y manejo de la comunicación (Protocolo de urgencias)
12		Manejos de charlas de pacientes (Como si explicar a pacientes fallo de implantación, tipo de tratamientos a usar, intentos)
13	DonaVida	Banco de semen y Congelación de espermatozoides
		Programa Donavida: Generalidades de DonaVida
		¿Cómo mover a ovodon?
		Selección y asignación donante
14	Talleres y preservación	Medicamentos en Medicina Reproductiva
		Taller de estimulación y preparación endometrial
		Nueva Normalidad técnicas de RA
15	Investigación y desarrollo	Investigación + Desarrollo
		PGTA
		PGTM
		Eligender
		Score de implantación

En la revisión de los avances en el campus del instituto encontramos lo siguiente:

Sucursal/Isla	% de avance
Gdl	96
Mazatlan	98
McAllen	78
Merida	99
Morelia	41.5
Mty	52.5
San Diego	83
Santa Fe	93.75
Tijuana	84
Toluca	52.5

Se reforzó con quienes no habían cubierto los temas en el campus para que terminaran el curso. En las notas de campo que hicimos al realizar las observaciones de las consultas de los médicos.

1. De los médicos observados 18 de ellos: Buena bienvenida, cálida, buena presentación, tono de voz, hace presentación como experto y hace saber que está capacitada para atender su caso desde el inicio.
2. Al menos 15 médicos muestran buen acercamiento emocional, aunque hay pacientes que no son muy abiertas ante este aspecto, siempre se trató de plantear temas emocionales en la consulta y saber situación actual ante la búsqueda de embarazo.
3. Al menos 20 de ellos mejoraron en sus respectivas explicaciones médicas, enfocada a cada situación de las pacientes, hicieron una explicación fue más

sencilla hacia que tratamiento se ofrecería, siempre explico claramente, con tono contundente.

4. Todos presentaron un excelente cierre de la consulta, procurando hacer plan de toma de medicamentos, se utilizó hoja diagnóstica, para reforzar el plan de trabajo a llevarse a cabo con las pacientes.
5. Al menos 8 médicos siguen sin usar su respectiva bata blanca institucional, han aplicado las técnicas para romper el hielo, plantearon el objetivo de la consulta, usaron palabras de compromiso desde el inicio.
6. Al menos 20 médicos indagaron en la historia de paciente, preguntaban a ambos, siempre usa palabras de compromiso, lo vamos a lograr. Hicieron apertura de expediente correcta, pregunta datos médicos de relevancia, explica 6 elementos correctamente, explicación médica correcta, simple, siempre verificando si no hay dudas, explican tratamiento propuesto, se recomendó enviar estudios y plan de tratamiento a paciente después de consulta, siempre apoyarse de planes de trabajo para enviar todo lo que sea necesario. Concretaron agenda para siguiente consulta con sus pacientes.

Conclusiones

El aprendizaje significativo es una estrategia de aprendizaje que promueve aprendizajes con sentido, relacionados con el contexto socioeducativo de quien aprende, de tal modo que los aprendizajes se convierten en conocimiento que puede ser usado en diferentes situaciones. El proceso de adquirir conocimiento no concluye jamás y puede ser nutrido de todo tipo de experiencias. Puede considerarse que la enseñanza tiene éxito cuando ocurre un aprendizaje significativo que logre aportes e impulse las bases que permitirán seguir aprendiendo durante toda la vida.

La educación continua surge como necesidad de la sociedad para adaptarse a los nuevos modelos productivos, económicos, sociales y tecnológicos. Es primordial la creación de espacios de formación permanente para capacitar a los médicos mediante nuevos modelos de formación; que garanticen la adaptación a las diferentes transformaciones económicas, laborales, sociales, comunicativas y digitales, sin olvidar los valores y derechos del paciente. La formación de médicos especialistas en una modalidad semipresencial suma a su aprendizaje de forma positiva, si se agrega Moodle se puede reducir las sesiones presenciales y optimizar los tiempos de ellos.

Con base a lo presentado en este trabajo sirve de evidencia que la intervención funcionó para el entrenamiento de los médicos especialistas en reproducción asistida, el entrenamiento en simulación es generalmente bien recibido por los participantes. Además, esta mejora del desempeño en las simulaciones posteriores y la transferencia de conocimiento a la práctica clínica

habitual. Haber podido identificar cual era el problema principal en los médicos especialistas en reproducción asistida, nos ayudó poder identificar cual era el problema y poder resolverlo.

Tener médicos especialistas en reproducción asistida no es el todo, poder hacerlos comprender la importancia de ser empáticos con los pacientes es fundamental. Lo es también, aprender a diagnosticar y tener como plus comprender la necesidad del paciente es lo que ha ido colocando al instituto como uno de los líderes en el país. Siendo nosotros egresados de la LEIP y participar de forma activa en este proceso de capacitación médica, nos recalca nuestro quehacer profesional en algo aplicativo.

El presente trabajo se llevó a cabo a partir de la experiencia educativa y profesional que he ido adquiriendo a lo largo de estos casi 10 años que llevo colaborando con el Instituto. Y es de recalcar que podemos desarrollarnos en esta área de salud, lo que nos demuestra que no estamos acotados a una acción en aulas escolares, también, podemos participar en la capacitación de recursos humanos en empresas y en institutos como en el que actualmente colaboro.

Referencias

Acosta Mora, M., Valdés Hernández, D., Saavedra Domínguez, J. C., & Moreno Carrasco, H. C. (2009). El nuevo programa de formación de médicos latinoamericanos. *Revista de Información científica para la Dirección en Salud. INFODIR* (9).

Aguilar, E. P. (2015). Observación participante: una introducción. *Revista San Gregorio*, 80-89.

Aguirre-García, J. C., & Jaramillo-Echeverri, L. G. (2012). Aportes del método fenomenológico a la investigación educativa. *Revista latinoamericana de estudios educativos (Colombia)*, 8(2), 51-74.

Aignerren, M. (2005). El cuestionario. *La sociología en sus escenarios* (11).

Alarcón, A., Alcas, N., Alarcón, H., Natividad J., & Rodríguez, A. (2019). Empleo de las estrategias de aprendizaje en la universidad. Un estudio de caso. *Propósitos y Representaciones*. 7, 1.

Álvarez Pérez, P. R. (2012). Los planes institucionales de tutoría y el desarrollo de competencias en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior: un estudio desde la perspectiva del alumnado. *Perfiles educativos*, 34(137), 28-45.

Ampudia Matos, E. Z. (2017). Programa de Educación Continua Blendedlearning para desarrollar las Competencias Laborales de las Enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2014.

Angrosino, M. V., & Mays de Pérez, K. A. (2000). Rethinking observation: From method to context. *Handbook of qualitative research*, 2, 673-702.

Araneda Valdés, A., Valdebenito, V., del Carmen, A., & Parada Valenzuela, M. V. (2018). Investigación cualitativa en educación y pedagogía: texto de apoyo a la formación investigativa de estudiantes de pregrado en la formación, desarrollo y evaluación de Proyectos: Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Argilaga, M. T. A. (1995). La observación participante. Aguirre, AB Etnografía: metodología cualitativa en la investigación socio cultural, 73-83.

Arimany-Manso, J., Vizcaino, M., & Gomez-Duran, E. L. (2018). Clinical judicial syndrome: The impact of judicial proceedings on physician. *Med Clin (Barc)*, 151(4), 156-160. doi:10.1016/j.medcli.2018.02.017

Ayala Ovalle, L. T., Riveros Velarde, D., & Martinez Taipe, M. (2017). Nivel de conocimiento y capacitación sobre emergencias y urgencias en profesionales de enfermería del hospital de Lircay 2017.

Ballesteros-Velázquez, B., Mata-Benito, P., & Ballesteros, B. (2014). Sentido y forma de la investigación cualitativa. *Ciencias Sociales y Jurídicas. Taller de investigación cualitativa*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED.

Beal, G., & Bolhen, J. (1996). *Planificación de la enseñanza*: Buenos Aires: Paidós.

Benjumea, C. d. I. C. (2015). La calidad de la investigación cualitativa: de evaluarla a lograrla. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24, 883-890.

Bernard, H. R., & Bernard, H. R. (2013). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*: Sage.

Bonal Ruiz, R., Valcárcel Izquierdo, N., & Roger Reyes, M. d. I. Á. (2020). De la educación médica continua al desarrollo profesional continuo basado en competencias. *Educación Médica Superior*, 34(2).

Bunge, M. (2000). La investigación científica: su estrategia y su filosofía: Siglo XXI.

Campos Salazar, F. (2020). Plan de asignatura de Ginecología y Obstetricia.

Campos, Y. (2000). Estrategias de enseñanza aprendizaje. Estrategias didácticas apoyadas en Tecnología. Obtenido de la Universidad Autónoma Metropolitana: <http://virtuam.izt.uam.mx/e-Portfolio/DocumentosApoyo/estrategiasenzaprendizaje.pdf>.

Carballo, R. F. (2001). La entrevista en la investigación cualitativa. *Pensamiento actual*, 2(3).

Carey, J. W. (1993). Linking qualitative and quantitative methods: Integrating cultural factors into public health. *Qualitative Health Research*, 3(3), 298-318.

Carneros, P. (2018). Aprendizaje significativo: dotando de significado a nuestros progresos. *Psicología y Mente*, Universitat de Barcelona. Integrante de las asociaciones KREAR-T y CO-NEIX.

Castro, A., Rodrigues, C., Moreno, L., Vicente, M., Arroyo, M., & Fernandez, F. (2006). Prevalence of burnout syndrome in physiotherapy. *Fisioterapia*, 28, 17-22.

Cedillo, M., Pacheco, G. R., & Zelaya, M. M. (2019). Caracterización de la responsabilidad profesional médica, Dirección de Medicina Forense de Tegucigalpa. *Revista de Ciencias Forenses de Honduras*, 5(2), 3-13.

Cerrón Rojas, W. (2019). La investigación cualitativa en educación. *Horizonte de la Ciencia*, 9(17), 1-8.

Charmaz, K. (1990). 'Discovering' chronic illness: using grounded theory. *Social science & medicine*, 30(11), 1161-1172.

Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Lincoln, USA: University of Nebraska.

Cruz Flores, G. d. I., Díaz-Barriga Arceo, F., & Abreu Hernández, L. F. (2010). La labor tutorial en los estudios de posgrado: Rúbricas para guiar su desempeño y evaluación. *Perfiles educativos*, 32(130), 83-102.

Cruz, M. F. (2010). Aproximación biográfico-narrativa a la investigación sobre formación docente. *Profesorado, revista de curriculum y formación del profesorado*, 14(3), 17-32.

Cubillo, M. A. (2003). La teoría fundamentada. *Cultura de los Cuidados*, 10(20), 136-140.

Cuesta-Benjumea, C. d. I. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*, año X, nº 20, 2º semestre 2006; pp. 136-140.

Cuso, F. J. P., Clares, P. M., & Juárez, M. M. (2015). Satisfacción del estudiante universitario con la tutoría. Diseño y validación de un instrumento de medida. *Estudios sobre educación*, 29, 81-101.

de Eulate, C. Y. Á. (2006). Planificar la enseñanza universitaria para el desarrollo de competencias. *Educatio siglo XXI*, 24, 17-34.

de Jesús Pérez-Van-Leenden, M. (2019). La investigación acción en la práctica docente. Un análisis bibliométrico (2003-2017). *MAGIS. Revista Internacional de Investigación en Educación*, 12(24), 177-192.

de Vasconcelos, V. O., & de Oliveira, M. W. (2010). Trayectorias de investigación acción: concepciones, objetivos y planteamientos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 53(5), 1-13.

Delgado-Bolton, R., San-Martín, M., Alcorta-Garza, A., & Vivanco, L. (2016). Empatía médica en médicos que realizan el programa de formación médica

especializada. Estudio comparativo intercultural en España. *Atención Primaria*, 48(9), 565-571.

Delgado García, M. (2019). La metodología biográfica narrativa y posibilidades en el ámbito del docente universitario. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 8.

DeWalt, K. M., DeWalt, B. R., & Wayland, C. B. (1998). Participant observation *Handbook of methods in cultural anthropology* (pp. 259-300): AltaMira Press Walnut Creek, CA.

Díaz, G., & Ortiz, R. (2005). La entrevista cualitativa. *Universidad Mesoamericana*, 31, 2-31.

Díaz Sanjuán, L. (2010). La observación: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol*, 12(2), 93-102. doi:10.1037/0278-6133.12.2.93

Esteban, M. S. (2003). *Investigación cualitativa en educación: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA-MUA*.

Fabbri, M. (1998). Las técnicas de investigación: la observación. Disponible en: humyar.unr.edu.ar/escuelas/3/materiales%20de%20catedras/trabajo%20de%20campo/solefabril.htm. (Fecha consulta: Julio de 2013).

Fernández Núñez, L. (2007). ¿Cómo se elabora un cuestionario?

Firth, A. (2010). Etnometodología. *Discurso & Sociedad*, 4(3), 597-614.

Gabante, G. H., & Garrido, E. E. U. (2012). Migración de lo presencial a lo virtual en la asignatura introducción a la computación del programa de enfermería de la UCLA. RIED. Revista iberoamericana de educación a distancia, 15(1), 127-142.

Galindo, J. (2009). Comunicología, etnometodología y comunicometodología. La comunicación como acción y como representación reflexiva constructiva. Razón y palabra (67).

Garfinkel, H. (2001). ¿Qué es la etnometodología? Cuadernos de antropología social (13).

Garfinkel, H. (2018). Estudios de etnometodología: Editora Vozes Limitada.

Giménez, R. C. (2007). Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio del proceso de creación de empresas. Paper presented at the Decisiones basadas en el conocimiento y en el papel social de la empresa: XX Congreso anual de AEDEM.

Gómez, R. (2006). La Investigación-Acción Pedagógica, variante de la Investigación-Acción Educativa que se viene validando en Colombia. Revista de la Universidad de la Salle, 2006(42), 92-101.

González, F. (2003). Apuntes acerca de algunos conceptos básicos de investigación Cualitativa. Sapiens, Revista Universitaria de Investigación, 4(1), 107-132.

González, F., & Villegas, M. M. (2011). La investigación cualitativa de la vida cotidiana. Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual. Psicoperspectivas, 10(2), 35-59.

Guber, R. (2019). La etnografía: método, campo y reflexividad: Siglo XXI editores.

Guevara, M., & German, E. (2004). Bioética y técnicas de reproducción asistida. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 12(1), 71-78.

Hanganu, B., Iorga, M., Muraru, I. D., & Ioan, B. G. (2020). Reasons for and Facilitating Factors of Medical Malpractice Complaints. What Can Be Done to Prevent Them? *Medicina (Kaunas)*, 56(6). doi:10.3390/medicina56060259

Haysom, G. (2016). The impact of complaints on doctors. *Aust Fam Physician*, 45(4), 242-244.

Hernández Carrera, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187-210.

Herrera, J. (2008). La investigación cualitativa. *Biblioteca UDG virtual*, 1-29.

Hinojo, M. A., & Fernández, A. (2012). El aprendizaje semipresencial o virtual: nueva metodología de aprendizaje en Educación Superior. *RLCSNJ*, 10(1).

Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes (Vol. 77)*: Springer.

Hojat, M., Spandorfer, J., Louis, D. Z., & Gonnella, J. S. (2011). Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics. *Academic Medicine*, 86(8), 989-995.

Jaramillo, L. E., & Martín, E. (2012). Evaluación integral de residentes de psiquiatría: un complemento del proceso de admisión al programa. *Rev. Col. Psiquiat*, 41, 104S-111S.

Kawulich, B. B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos.

Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*, 27(3), 237-251. doi:10.1177/0163278704267037

Latorre, A. (2004). La investigación-acción. Conocer y cambiar la práctica educativa, 4.

Latorre, M. (2017). Aprendizaje significativo y funcional. Lima/Perú: Universidad Champagnat.

Lauracio, C., & Ticona, T. L. (2020). Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Revista Innova Educación*, 2(4), 543-554.

Leal, N. (2000). El método fenomenológico: principios, momentos y reducciones. *Revista Electrónica de Investigación Científica, Humanística y Tecnológica*, 1(5), 51-60.

López, G. B., & Mesa, M. C. (2016). El proceso de enseñanza-aprendizaje desde una perspectiva comunicativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1(7).

Martínez, C. P. (2009). Etnografía y métodos etnográficos. Análisis. *Revista Colombiana de Humanidades* (74), 33-52.

Martínez Miguélez, M. (2002). Cómo hacer un buen proyecto de tesis con metodología cualitativa. *CANDIDUS*, 1(21-22), 27-30.

Matorras, R., Valladolid, A., Rodríguez-Escudero, F., & Rodríguez-Escudero, F. (2001). El coste de las técnicas de reproducción asistida en el sistema público de salud. Experiencia en el Hospital de Cruces. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 18(3), 146-150.

Matos, Y., & Pasek, E. (2008). La observación, discusión y demostración: técnicas de investigación en el aula. *Laurus*, 14(27), 33-52.

Mayorga Fernández, M. J. (2004). La entrevista cualitativa como técnica de la evaluación de la docencia universitaria. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*.

Mendoza Rojas, H. J., & Placencia Medina, M. D. (2018). Uso docente de las tecnologías de la información y comunicación como material didáctico en Medicina Humana. *Investigación en educación médica*, 7(26), 54-62.

Meneses, J. (2016). El cuestionario.

Meneses, J., & Rodríguez-Gómez, D. (2011). El cuestionario y la entrevista.

Mesa, R., Consuelo, M., & Tabares Idárraga, L. E. (2000). Métodos de investigación en educación. *Revista de Ciencias Humanas*, 21, 57-76.

Mesías, O. (2010). La investigación cualitativa. Universidad Central de Venezuela, 38.

Miguélez, M. M. (2000). La investigación-acción en el aula. *Agenda académica*, 7(1), 27.

Miguélez, M. M. (2005). El método etnográfico de investigación. Obtenido de <http://prof.usb.ve/miguelm/metodoetnografico.html>.

Modesta, L., & Randiche, P. (2021). Guía didáctica para la asignatura Sistemas de Información en Salud en la modalidad semipresencial. Paper presented at the EdumedHolguín2021.

Montalt i Resurrecció, V. (2002). Herramientas electrónicas para la traducción de textos médicos en la enseñanza semipresencial. Simposi sobre l'Ensenyament a distància i semipresencial de la Tradumàtica, 1-8.

Moreno J., & E., M. (2005). Metodología para la Creación de Objetos de Aprendizaje de apoyo a la educación. 4° CONGRESO INTERNACIONAL DE INGENIERÍA ELECTROMECAÁNICA Y DE SISTEMAS.

Muñoz, W. M., León, A. M., Nogueira, Y. E. M., & Mora, G. R. V. (2021). Moodle: Entorno virtual para el fortalecimiento del aprendizaje autónomo. Revista UNIANDES Episteme, 8(1), 137-152.

Murillo, J., & Martínez, C. (2010). Investigación etnográfica. Madrid: UAM, 141.

Murray, C. J., Gakidou, E. E., & Frenk, J. (2000). Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales: que debemos medir? Boletín de la Organización Mundial de la Salud: la revista internacional de salud pública: recopilación de artículos 2000; 2: 10-15.

Neuwirth, Z. E. (1997). Physician empathy--should we care? Lancet, 350(9078), 606. doi:10.1016/S0140-6736(05)63323-5

Ocádiz, A. E. (2016). La Etnometodología, una alternativa relegada de la educación. RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 6(12).

Ortega Gamez, V., & Valadez Cardona, M. Á. (2015). La plataforma Moodle como un medio educativo innovador en la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas, un proyecto en vías de consolidación. TEXTOS Revista Internacional de Aprendizaje y CiberSociedad, 19(2).

Ortiz, G. (2015). La entrevista cualitativa. Técnicas de Investigación Cuantitativas y Cualitativas.

Osses Bustingorry, S., Sánchez Tapia, I., & Ibáñez Mansilla, F. M. (2006). Investigación cualitativa en educación: hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. Estudios pedagógicos (Valdivia), 32(1), 119-133.

- Oyebode, F. (2013). Clinical errors and medical negligence. *Med Princ Pract*, 22(4), 323-333. doi:10.1159/000346296
- Parra, C. (2002). Investigación-acción y desarrollo profesional. *Educación y educadores*, 5, 113-125.
- Paz, M. (2003). Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. Editorial Mcgraw Hill. México DF.
- Pérez, M. M. D., & Aguilar, B. L. C. (2020). Estudio para realizar la acción tutorial a través de un sistema de gestión de aprendizaje en Moodle para el nivel de secundaria. *MLS Educational Research (MLSER)*, 4(1), 41-56.
- Puiggròs, N. R. (2001). Los procesos formativos en el aula: estrategias de enseñanza-aprendizaje. *Didáctica General para Psicopedagogos*, Universidad de Barcelona, Facultad de Pedagogía.
- Pujadas, J. J. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista de antropología social*, 9, 127.
- Rajadell, N. (1993). Estrategias de intervención educativa: estrategias de enseñanza y estrategias de aprendizaje. Barcelona: Ppu.
- Requena, A. T., Planes, V. C., & Miras, R. M. S. (2006). Teoría fundamentada" grounded theory": La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional (Vol. 37): Cis.
- Romero, B., Rodríguez-Guirado, S., Casas, A. B., de la Fuente, L., Martín, B., Monzó, A., . Iñarra, M. J. (2020). Análisis de los indicadores de calidad entre los diferentes centros públicos españoles en técnicas de reproducción asistida; benchmarking. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, 7(2), 51-59.

Ruiz Burgos, J. G., & Flores Medina, R. J. (2018). Las técnicas de reproducción asistida y sus efectos en la conceptualización legal de la maternidad, paternidad y filiación. *Derecho global. Estudios sobre derecho y justicia*, 3(8), 49-72.

Saelzer, S. T., Pezoa, M. M., & Uribe, R. M. (2000). TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. *Revista de Derecho*, 11, 13-26.

Sagardoy, H., Paredes, V., Prodoliet, J., Palmieri, L., Mendoza, U., & Casafú, H. (2018). Laboratorio de Diseño y Producción de Recursos Educativos y Materiales de Enseñanza para Ciencias de la Salud.

Sáiz Manzanares, M., Bol Arriba, A., & Payo-Hernanz, R. J. (2014). Validation of an evaluation tutoring task scale at the university.

Sala, J. S. M. (2005). *La estructura del método fenomenológico*: Editorial UNED.

Salas Peña, S. R. (2019). Uso de la plataforma virtual Moodle y el desempeño académico del estudiante en el curso de comunicación II en el periodo 2017-02 de la Universidad Privada del Norte, sede Los Olivos.

Sarasola Sánchez-Serrano, J. L., & Hornillo Araujo, M. E. (2003). El interés emergente por la narrativa como método en el ámbito socio-educativo. El caso de las historias de vida. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 3, 373-382.

Seguí, A. G., & Sarrías, J. Á. N. (2017). Las técnicas de reproducción humana asistida y su regulación legislativa española. *Therapeía: estudios y propuestas en ciencias de la salud* (9), 75-96.

Serrano, G. P. (2000). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural: aplicaciones prácticas* (Vol. 46): Narcea Ediciones.

Siemens, G. (2007). *Conectivismo: Una teoría de aprendizaje para la era digital*.

Sierra Caballero, F. (2019). La entrevista en profundidad. Función, sentido y técnica. Arte y oficio de la investigación científica: cuestiones epistemológicas y metodológicas.

Sosa, J. R. (2003). Paradigmas, enfoques y métodos en la investigación educativa. *Investigación educativa*, 7(12), 23-40.

Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*, 152(9), 1423-1433.

Tan, E. C., & Chen, D. R. (2019). Second victim: Malpractice disputes and quality of life among primary care physicians. *J Formos Med Assoc*, 118(2), 619-627. doi:10.1016/j.jfma.2018.07.012

Tapia Villanueva, R. M., Núñez Tapia, R. M., Syr Salas Perea, R., & Rodríguez-Orozco, A. R. (2007). El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. *Educación Médica Superior*, 21(4), 0-0.

Taylor, S. J., & Bodgan, R. (1984). La observación participante en el campo. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación (Vol. 1)*: Paidós Barcelona.

Torrecilla, F. J. M., & Javier, F. (2011). *Investigación acción. Métodos de investigación en educación especial*. 3ª Educación Especial. Curso, 14-16.

Valdez Alejandro, F. (2012). Teorías educativas y su relación con las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC). *Educación en contaduría, administración e informática*.

Valladares-Garrido, M. J., Pulido-Medina, C., Miñan-Tapia, A., Simbaña-Rivera, K., Rodríguez, J., Nuñez, J. D. B., Toscano-Ponce¹³, A. G. (2019). Uso de fuentes de información y tecnologías de la información y comunicación (TIC) según el tipo de universidad en siete países de América Latina. *CIMEL*, 24(1).

Valles, M. S. (2003). *Entrevistas cualitativas* (Vol. 32): CIS.

Valverde Grandal, O., García Alfonso, M. O., & Ochoa González, D. A. (2019). Programa de estudios para la capacitación de profesores en la plataforma Moodle. *Revista Cubana de Informática Médica*, 11(2), 130-139.

Vázquez Navarrete, M. L., Ferreira da Silva, M. R., Mogollón-Pérez, A.-S., Fernández de Sanmamed Santos, M. J., Delgado Gallego, M. E., & Vargas Lorenzo, I. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*: Universitat Autònoma de Barcelona.

Velasco, M. S., Sanchez Martinez, M. T., & Ferrero, N. R. (2012). Developing Generic Competences in the European Higher Education Area: a proposal for teaching the principles of economics. *European Journal of Education*, 47(3), 462-476.

Ypinazar, V. A., & Margolis, S. A. (2006). Clinical simulators: applications and implications for rural medical education. *Rural Remote Health*, 6(2), 527.

Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer*, 88(5), 658-665. doi:10.1038/sj.bjc.6600798

Zamboni, M., Apala, E. P., Cosmelli, M. I. B., Alarcon, R. P., Inocentti, P. V., Jofre, M. F., & Lizana, J. A. P. (2018). Evaluación por médicos especialistas de curso de

urgencias gineco-obstétricas utilizando metodología de simulación clínica. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas, 43(1), 25-29.

Zayas, E. L.-B. (2020). El paradigma de la educación continua: reto del siglo XXI (Vol. 1): Narcea Ediciones.

Ziv, A., Wolpe, P. R., Small, S. D., & Glick, S. (2006). Simulation-based medical education: an ethical imperative. Simul Healthc, 1(4), 252-256. doi:10.1097/01.SIH.0000242724.08501.63

Anexos

Anexo 1 Evaluación rotación médicos Fellow

EVALUACIÓN ROTACIONES MÉDICOS FELLOWS



MÉDICO FELLOW EVALUADO	
NOMBRE Y CARGO DEL MÉDICO QUE EVALÚA	
FECHA DE EVALUACIÓN	

VALORES DEL INSTITUTO INGENES		Es un Valor que no demuestra	Requiere Mejora en el comportamiento	Demuestra de manera constante el comportamiento	Va más allá de los comportamientos esperados
EL CUIDADO DEL PACIENTE ES PRIMERO	La persona se distingue por buscar siempre el bienestar del paciente, marcando la diferencia al brindar un servicio de calidad.				
HONESTIDAD	Es confiable, auténtico, veraz y prudente, así como cuidadoso con sus palabras en cualquier situación cotidiana o en su defecto en momentos de extrema presión				
TRATO HUMANO Y COMPASIVO	Se caracteriza por ser una persona empática, es decir, tiene la capacidad para ponerse en los zapatos de la otra persona y entender cuales son sus necesidades. Es tolerante y muestra calidez y comprensión, buscando siempre el beneficio del equipo de trabajo y de los pacientes				
COMPROMISO	40% Tiene "puesta la camiseta del Instituto Ingenes", ya que ha demostrado mediante su actuación lealtad, dedicación, disposición, perseverancia y amor a su trabajo Compromiso hacia el paciente, ofreciendo soluciones acorde a sus necesidades haciendo todo lo posible para ayudarlo.				
EXCELENCIA	Es metódulo, perfeccionista y tiene un espíritu de calidad y mejora continua				
RESPECTO	Se caracteriza por ser una persona que respeta los siguientes puntos: el tiempo de los demás, las líneas jerárquicas, el espacio de trabajo de otros, las prioridades de cada área, el lenguaje que utiliza cuando se dirige a cualquier persona. Es una persona empática ya que tiene la capacidad para ponerse en los zapatos de la otra persona y entender cuales son sus necesidades. Es tolerante, muestra calidez y comprensión, buscando siempre el beneficio del equipo de trabajo y los pacientes.				
SEGURIDAD	Toma decisiones y tiene criterios claros				

COMPETENCIAS INSTITUCIONALES		No demuestra el comportamiento	Requiere Mejora en el comportamiento	Demuestra de manera constante el comportamiento	Va más allá de los comportamientos esperados
Desarrolla Talento	El médico rotante promueve el desarrollo propio y el de los demás construyendo así las capacidades profesionales de Ingenes. Invierte tiempo, energía y entusiasmo en su desarrollo y el de otros.				
Excelencia en el Servicio	El médico rotante mantiene una actitud permanente de estar alerta para identificar, analizar y satisfacer las necesidades de sus clientes internos, externos y pacientes, desarrollando un ambiente de generosidad, compromiso y confianza mutua.				
Comunicación Efectiva	40% El médico rotante recibe, transmite y gestiona mensajes e información (ideas, necesidades, sentimientos, expectativas y opiniones) de manera oportuna, en forma verbal y no verbal. Escucha, entiende y comprende a los demás, asegurando el sentido y contenido constructivo, oportuno y propositivo del mensaje a fin de mantener relaciones sólidas que contribuyan al logro de los resultados, excelencia en el servicio y sinergia del equipo				
Adaptabilidad	Reorienta la forma de actuar para alcanzar los objetivos ante la diversidad de individuos o grupos. Entiende y aprecia las diferencias y perspectivas opuestas de una situación y se adapta rápidamente a los cambios, incorporando los nuevos sistemas de trabajo a fin de alcanzar en tiempo y forma los resultados. Es inofensivo en su trato ante la diversidad del equipo, respetando los diferentes puntos de vista.				
Trabajo colaborativo	Capacidad para contribuir con los demás integrantes del equipo creando sinergia y usando adecuadamente sus habilidades, herramientas de negociación e influencia, a fin de lograr los objetivos establecidos				
Mejora continua	El médico rotante trabaja con orden y estricto cumplimiento de los estándares establecidos por el Instituto, busca de manera creativa, innovadora y responsable del mejoramiento sistemático y continuo de los procesos				

			No demuestra el comportamiento	Requiere Mejora en el comportamiento	Demuestra de manera constante el comportamiento	Va más allá de los comportamientos esperados
Orientación a resultados		El médico rotante alcanza y optimiza los resultados esperados haciendo buen uso de los recursos, cumpliendo con sus metas, promoviendo la productividad y asumiendo la responsabilidad en la gestión de los mismos				
Dirigir Por medio de la Visión y los valores		El médico rotante con integridad y ética mantiene la visión y los valores del Instituto como principio de todas sus decisiones y acciones; ayuda a los demás a entender la importancia de los mismos, a fin de que las actividades y los objetivos tengan una sólida coherencia con la cultura del Instituto.				
Pasión por el negocio		Conoce con profundidad el giro de la empresa y su entorno para aprovechar las oportunidades, actúa con constancia y disciplina para el desarrollo de las actividades inherentes a su función y a los requerimientos y/o necesidades del Instituto				

ASPECTOS GENERALES			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo
Puntualidad y Asistencia	5%	Cumple con el horario asignado y no falta				
Disposición	10%	Siempre esta dispuesta a brindar ayuda, si se presentan dudas es accesible, muestra una actitud cooperativa en todo momento y se muestra abierto a recibir retroalimentación.				
Imagen	5%	Muestra una imagen formal, pulcra y alineada .				

QUE ASPECTOS DEBE MANTENER	

QUE ASPECTOS DEBE CAMBIAR	

NOMBRE Y FIRMA EVALUADOR

NOMBRE Y FIRMA EVALUADO

Anexo 2 Formato Shadow

Registro de Observaciones a Médico				
Médico: _____	Hora Inicial: _____			
Observador: _____	Hora Final: _____			
Fecha: _____	Tipo de px: Pareja __ Mujer sola ____			
Bienvenida				
	SI	1/2	NO	
Antes de iniciar la consulta habla con la enfermera acerca de la entrevista realizada al paciente				
La imagen personal es adecuada (ropa, bata, maquillaje, cabello, higiene)				
Tiene cuidado de no hacer esperar al paciente				
Saluda empáticamente al paciente				
Su postura corporal es de escucha				
Habla con tono empático y seguro				
Genera estrategias adecuadas para romper el hielo				
Dedica tiempo a establecer un vínculo empático con los pacientes				
Tiene un lenguaje adecuado y comprensible para el paciente				
Manifiesta disposición e interés de ayudar al paciente				
Hace una presentación de Ingenes con Instituto de Fertilidad				
Plantea de modo claro los objetivos de la consulta				
TIEMPO QUE DEDICA A ESTA FASE:				

Diagnóstico Emocional	SI	1/2	NO
Escucha activamente al paciente			
Su postura corporal es de escucha			
Adecúa la voz a esta fase de la consulta			
Ve cada caso y cada paciente o persona como único.			
Fomenta la expresión de aspectos emocionales			
Indaga de modo adecuado la situación emocional del paciente			

Logra identificar cual es el motor o motivador en el paciente (para qué quieren ser padres)			
Indaga la historia emocional de los pacientes (como han enfrentado el no poder concebir)			
Retroalimenta la información que recibe			
Valida y normaliza las emociones del paciente			
Presta atención a ambos (en el caso de que la paciente venga acompañada por su pareja)			
Hace alguna referencia proveniente del lenguaje no verbal que observa en los pacientes.			
Toma acciones para generar esperanza en el paciente, a través de la empatía y la escucha activa			
El abordaje emocional fue efectivo			
TIEMPO QUE DEDICA A ESTA FASE:			

Diagnóstico Médico	SI	1/2	NO
Transmite la impresión de un experto en fertilidad asistida			
Realiza la historia clínica de modo ordenado y eficaz			
Revisa exámenes previos (si los hay)			
Explica claramente toda la información relacionada con el embarazo			
Utiliza herramientas adecuadas para complementar su explicación			
Evita dar más información de la necesaria			
Explica a la paciente el objetivo del ultrasonido y lo que se verá en él			
TIEMPO ANTES DE PASAR A EXPLORATORIO			
Tiene cuidado de no hacer esperar a los pacientes en el exploratorio			
Tranquiliza y da indicaciones a la paciente antes de comenzar la exploración			
Realiza un examen médico completo (mamas, tiroides, etc.)			
Tiene cuidado al realizar el ultrasonido y se preocupa por la comodidad de la paciente			
Tiene paciencia y explica cuidadosamente lo que se obtiene mediante el ultrasonido			
Realiza la PDT o explica cuándo se llevará a cabo			
TIEMPO EN EXPLORATORIO			
Vuelve a generar un espacio de confianza cuando el paciente regresa al consultorio			
Transmite de forma clara los resultados y el diagnóstico obtenido después de la exploración			

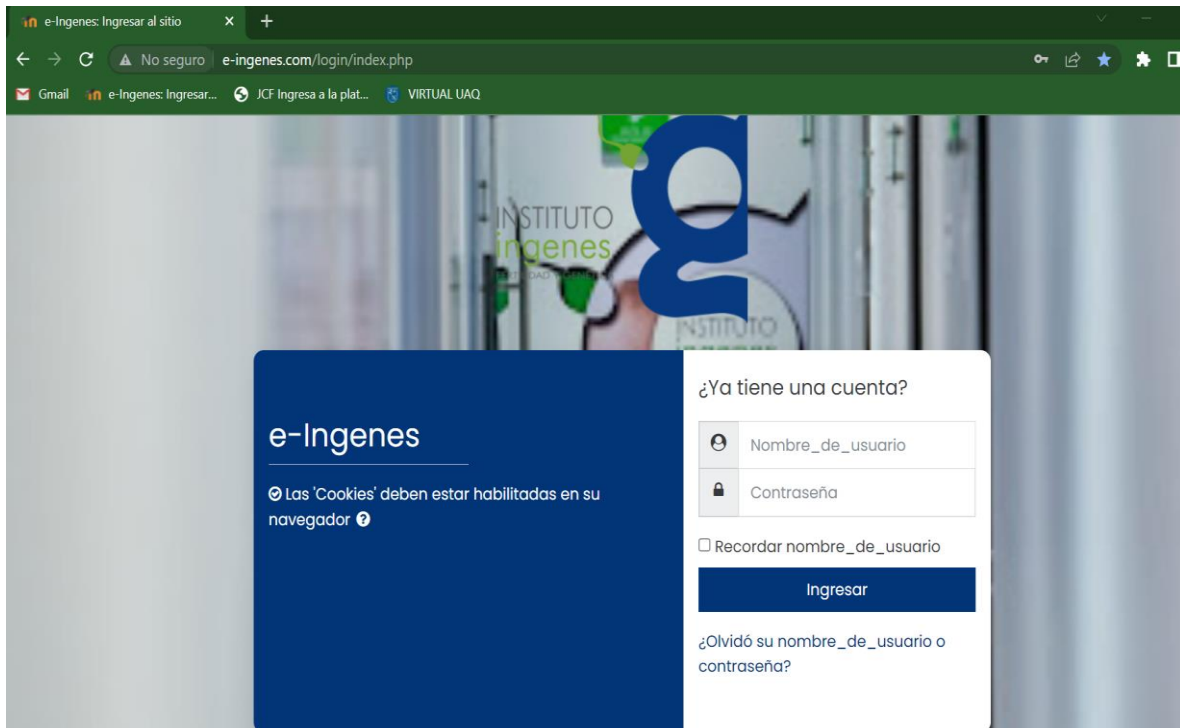
Es empático al transmitir el diagnóstico			
Aclara todas las dudas que el paciente manifieste			
Propone un tratamiento adecuado (AC sólo si lo amerita)			
Explica de un modo claro la ovodonación y/o el banco de semen (de ser necesarios)			
Explica de un modo empático la ovodonación y/o el banco de semen (de ser necesarios)			
Al dar los resultados al él, lo hace con cuidado y sosteniendo el espacio emocional del mismo			
Justifica medicamente la razón por la que ofrece el tratamiento			
Utiliza ejemplos reales como argumentos motivaciones			
Ofrece una recomendación explícita y clara de tratamiento a seguir			
Indaga la opinión del paciente respecto al tratamiento propuesto			
¿Cuál?			
TIEMPO DEDICADO A LOS RESULTADOS			

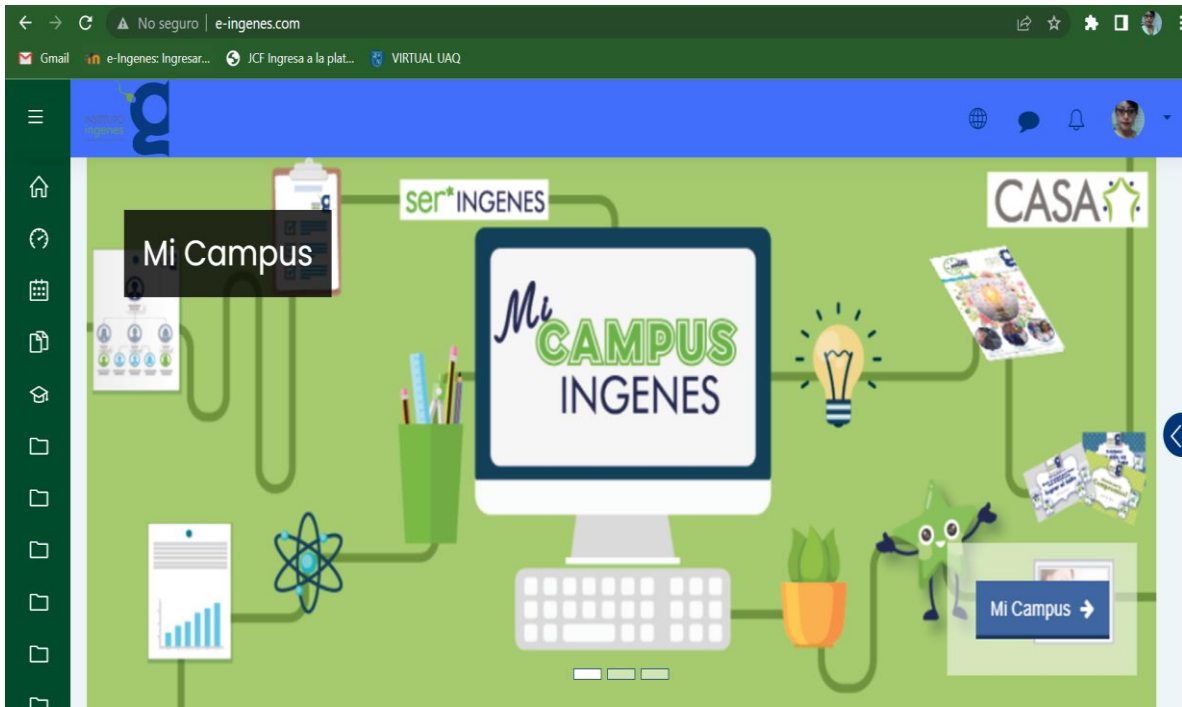
Cierre	SI	1/2	NO
Tiene una postura corporal resolutive			
Propone el tratamiento a seguir de una manera clara, sencilla, contundente y segura.			
Explica y propone un plan de trabajo a llevarse a cabo. Calendarizacion.			
Agenda con el paciente una cita de seguimiento (virtual, telefónica o presencial)			
Justifica la utilidad de esta segunda cita			
Sus notas escritas son claras y comprensibles para el paciente			
Llena completamente la hoja diagnóstica (antecedentes, elementos de embarazo, dx, tx, calendario y pronóstico)			
Corroborar con el paciente que haya claridad en lo que está explicando			
Enfatiza en la importancia de adquirir el paquete de medicamentos			
Explica adecuadamente los talleres de apoyo emocional y recomienda la asistencia			
Informa sobre el contenido de la carpeta (serologías, consentimientos, tarjeta de presentación)			
Pregunta y escucha la opinión del paciente sobre el tratamiento propuesto			
Justifica por qué Ingenes es la mejor opción para el tratamiento que el paciente requiere			

Hace un cierre emocional			
Mantuvo la atención del paciente hasta este momento de la consulta			
Mantuvo la conexión con el paciente hasta este momento de la consulta			
Avisa al PBB el cierre de la consulta y hace hand off			
TIEMPO QUE DEDICA A ESTA FASE:			
Indicadores generales			
Modulación de voz			
Ritmo de voz			
Volumen de voz			
Tono de Voz			
Identidad Ingenes			
Cuidado de paciente en exploratorio			
¿Consideras tú que estos pacientes cerrarán un tratamiento en Ingenes?	SI	NO	

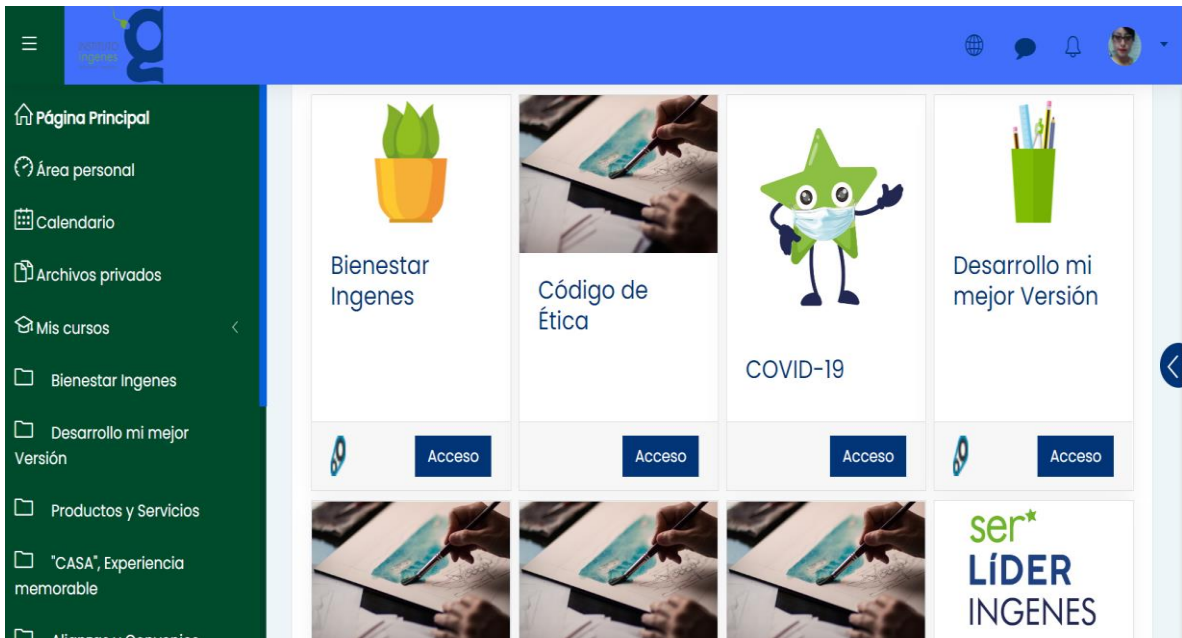
Anexo 3 Moodle e-ingen.es.com

Pantalla principal del campus e-ingen.es.com





Pantalla menú de cursos



Menú curso Infertility workshop

from diagnosis to treatment

Página Principal (home) > Cursos > Infertility workshop > from diagnosis to treatment

Avisos

Unidad 1. Introducción a la Infertilidad

URLs: 5 Archivos: 2 Examen: 1
Progreso: 0 / 8

Unidad 2. Diagnóstico de la infertilidad

URLs: 7 Archivos: 5
Progreso: 0 / 12

Unidad 3. Factores de infertilidad

URLs: 4 Archivos: 4 Examen: 1
Progreso: 0 / 9

Unidad 4. Factor femenino

URLs: 11 Archivos: 9
Progreso: 0 / 20

Unidad 5. Factor masculino

URLs: 4 Archivos: 2 Examen: 1
Progreso: 0 / 7

Unidad 6. Primera visita y soporte emocional

URLs: 3 Archivos: 2
Progreso: 0 / 5

Unidad 7. Tratamientos de Reproducción Asistida

URLs: 2 Examen: 1
Progreso: 0 / 3

Unidad 8. Laboratorio Fertilización In Vitro

URLs: 6
Progreso: 0 / 6

Unidad 9. Acompañamiento emocional

URLs: 3 Archivo: 1
Progreso: 0 / 4

Unidad 10. Más opciones para las pacientes

URLs: 3 Archivos: 2 Examen: 1
Progreso: 0 / 6

Secciones del curso <

Participantes

Insignias

Competencias

Calificaciones

Página Principal (home)

Tablero

Calendario

Mis cursos <

Archivos privados

Bienestar Ingenes

Desarrollo mi mejor Versión

Productos y Servicios

“CASA” Experiencia

Ingenes Trust

Página Principal (home) Mis cursos Experiencia memorable Ingenes Trust

Avisos

Bienvenida

Archivo: 1
Progreso: 0 / 1

Generando experiencias memorables

URLs: 4
Progreso: 0 / 4

Elementos primordiales

URL: 1
Progreso: 0 / 1

Secciones del curso <

Participantes

Insignias

Competencias

Calificaciones

Página Principal (home)

Tablero

Calendario

Mis cursos <

Archivos privados

Bienestar Ingenes

Desarrollo mi mejor Versión

Curso UserPersona

Página Principal (home) Mis cursos Experiencia memorable Curso UserPersona

Avisos

Ingrid

Ingrid

Ingrid

Nora

Nora

Nora

OBJETIVOS DE LA PRIMERA CONSULTA



3 objetivos fundamentales:

- **CONOCER** al paciente (motivaciones, situación emocional, situación de vida, etc.)
- Determinar la **CONDICIÓN MÉDICA** (historia clínica, situación actual, diagnóstico) de un modo empático.
- Ofrecer una **SOLUCIÓN** (plan de trabajo, tratamiento, etc.)

PASOS BÁSICOS PARA EL ABORDAJE EMOCIONAL:

- Preguntar
- Escuchar
- Validar / Retroalimentar
- Generar esperanza



OBSERVADOR	NOTAS
LENGUAJE CORPORAL	
VOZ: VOLUMEN, TONO Y RITMO	
SENTISTE QUE FUE EMPATICO	
INDAGÓ SOBRE LA SITUACION EMOCIONAL DEL O LA PACIENTE?	
VALIDO, NORMALIZO, O RETROALIMETO.	
QUE PREGUNTAS HIZO?	
GENERO ESPERANZA	

Reflexión Abordaje Emocional



- Que parte del abordaje emocional sientes que te cuesta más trabajo realizar? Hacer preguntas? Escuchar, generar esperanza?
- Que crees que podrías empezar a incluir dentro de tu AE?

Anexo 5 tú opinión cuenta

Tú opinión cuenta

La Innovación y mejora continúa es uno de nuestros cuatro pilares de Cultura, por lo que pedimos te sumes a esta iniciativa para mejorar el proceso de entrenamiento que viviste con el curso: Curso de Infertility workshop: from diagnosis to treatment.

Tus comentarios y evaluación nos ayudarán a mejorar esta experiencia.

Muchas gracias de antemano

*Obligatorio

1- La información previa sobre horarios, ubicación de las actividades fueron claras y oportunas. *

Marca solo un óvalo.

- En total desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutral
- De acuerdo
- En total acuerdo

2- Los medios utilizados fueron los adecuados (zoom, campus Ingenes). *

Marca solo un óvalo.

En total desacuerdo

En desacuerdo

Neutral

De acuerdo

En total acuerdo

3- Los objetivos de aprendizaje fueron claros y alcanzables. *

Marca solo un óvalo.

En total desacuerdo

En desacuerdo

Neutral

De acuerdo

En total acuerdo

4- Los contenidos fueron presentados de forma lógica y coherente. *

Marca solo un óvalo.

En total desacuerdo

En desacuerdo

Neutral

De acuerdo

En total acuerdo

5- La duración de las actividades realizadas en el curso fueron adecuadas para alcanzar los objetivos. *

Marca solo un óvalo.

En total desacuerdo

En desacuerdo

Neutral

De acuerdo

En total acuerdo

6- El lenguaje utilizado en el curso fue fácil de comprender (aspectos técnicos). *

Marca solo un óvalo.

En total desacuerdo

En desacuerdo

Neutral

De acuerdo

En total acuerdo

7- Los conocimientos adquiridos han contribuido a mejorar tú desempeño profesional. *

Marca solo un óvalo.

En total desacuerdo

En desacuerdo

Neutral

De acuerdo

En total acuerdo

8- El tutor respondió a tus dudas de manera oportuna *

Marca solo un óvalo.

- En total desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutral
- De acuerdo
- En total acuerdo

9- Alcanzaste los objetivos de aprendizaje planteados. *

Marca solo un óvalo.

- En total desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutral
- De acuerdo
- En total acuerdo

10- Considerando todos los factores como calificarías el contenido general del curso, considerando a 10 como excelente 1 muy pobre *

11- Qué fortalezas viste de este proceso de entrenamiento. *

12- Qué área de oportunidad ves en este proceso de entrenamiento. *

13: Tienes algún comentario adicional que te gustaría compartir? (que no sea obligatorio)

Agradecemos el tiempo que le has dedicado a contestar esta encuesta, valoramos tus contribuciones para crecer.
