

ESTUDIO DE CASOS: METODOLOGÍA PARA INVESTIGAR LA RELACIÓN PEDIATRA/MADRE CONSULTANTE¹

María Paula Juárez
mpaulajuarez@gmail.com
Universidad Nacional de Río Cuarto
República Argentina

Presentación

El proceso metodológico que en este trabajo se desarrolla se define a partir de un estudio empírico y del análisis conceptual de cuatro casos de médicos y médicas pediatras del primer Nivel de Atención del subsistema Público de Servicios de Salud de la ciudad de Río Cuarto (Córdoba-Argentina) atendiendo a la relación que establecen con los niños/niñas y las madres consultantes de sectores urbano-marginales, para, a partir de allí, elaborar una propuesta de formación en pedagogía dialógica freireana para médicos y médicas orientada a humanizar dicha relación e incrementar su eficacia².

A través del estudio se intentó generar información rigurosa que aportara al logro de intervenciones orientadas desde la psicología sanitaria, la pedagogía dialógica de Paulo Freire y la salud comunitaria, ofreciendo las herramientas teórico-prácticas adecuadas, para el abordaje de las situaciones problemáticas detectadas en el plano relacional, comunicacional y pedagógico del encuentro de la pediatría con las poblaciones.

Es importante destacar que la mayor motivación para realizar un trabajo de indagación en la relación efector-consultante provino de intereses, demandas y necesidades que fueron detectadas en un proceso de investigación-acción desarrollado en una comunidad barrial de Río Cuarto años atrás (Juárez, 2009). Dicha instancia propició cierta continuidad de indagación a partir de la identificación de situaciones negativas planteadas por las vecinas durante el transcurso del mismo, caracterizadas como problemas de comunicación en el encuentro entre los médicos/médicas y ellas al momento de las consultas. Fue la detección de una verdadera “barrera psicosociocultural” (Juárez y Saforcada, 2013) que se interponía entre los sectores populares y los profesionales efectores construida progresivamente por la acumulación de experiencias por parte de ambos componentes (efectores - población), de experiencias tales como el uso de vocabulario inadecuado empleado por las consultantes, el uso de vocabulario técnico o científico por parte de los efectores, el menosprecio profesional de la palabra del lego, y tantos otros elementos que se hallaron en aquel primer estudio (Juárez, 2009).

1. Intencionalidades del estudio

Atendiendo a lo planteado, se realizó una investigación que pretendió conocer qué es lo que sucede al seno de las relaciones y comunicaciones entre médicos/médicas y madres consultantes para desentrañar las múltiples dimensiones que la constituyen y la definen, y a partir de allí, elaborar una propuesta de formación sustentada en la pedagógica dialógica de Paulo Freire para contribuir a la mejora de la relación. Se partió del supuesto que la relación médico/médica- madre consultante se constituye como compleja en la medida que está atravesada por múltiples factores de naturaleza diversa que pueden ser identificados desde un estudio y abordaje integral de la relación.

CONTEXTOS DE EDUCACIÓN

Para ello se definieron como objetivos generales:

- Analizar la relación pediatra-niño-madre consultante mediante el estudio de cuatro casos.
- Elaborar una propuesta de formación para médicos y médicas en pedagogía dialógica freireana orientada a sensibilizar a los profesionales y humanizar la relación.

Los objetivos específicos plantearon:

Analizar en la relación pediatra-niño-madre consultante de los cuatro casos algunos elementos de las dimensiones tomadas en cuenta para esta investigación:

- Dimensión intersubjetiva interviniente en procesos de extensión o comunicación.
- Dimensión conceptual (representaciones, creencias, y experiencias) sobre la relación.
- Dimensión de formación universitaria.
- Dimensión axiológica y epistemológica de la salud.
- Dimensión en salud comunitaria.
- Dimensión de género y ejercicio profesional.
- Dimensión sistema de salud y realidad laboral del médico/médica.

En virtud de dichas intencionalidades, en lo que sigue se desarrollará el procedimiento metodológico que permitió el logro de estos objetivos y la realización de la tesis doctoral.

2. Acerca de las particularidades metodológicas del estudio desarrollado

Para realizar la investigación y cumplir con los objetivos planteados se desarrolló una investigación de naturaleza exploratoria que permitió comprender, desde una perspectiva compleja, el fenómeno de la interacción y comunicación humana, así como los aspectos comportamentales y los contenidos subjetivos que se dan y que constituyen la relación médico/médica-niño-madre consultante.

Se utilizó la estrategia metodológica basada en el estudio de casos, integrada a otros métodos cualitativos y orientada a la construcción conceptual (Neiman y Quaranta, 2006).

“El *estudio de casos* es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Stake, 1998: 11). Los casos que son de interés a nivel social los constituyen en su mayoría personas y programas que interesan por lo que tienen de único como por lo que tienen de común, y se pretende comprenderlos.

En este sentido el o los casos de un estudio pueden estar constituidos por un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social o una situación o escenario específico, construido a partir de un determinado recorte empírico y conceptual de la realidad social que conforma un tema y/o problema de investigación. Los estudios de casos tienden a focalizar, dadas sus características, en un número limitado de hechos y situaciones para poder abordarlos con la profundidad requerida para su comprensión holística y contextual (Neiman y Quaranta, 2006).

Se utilizó la modalidad de *estudio instrumental y colectivo de casos* (Stake, 1998). “El *estudio es instrumental* porque se realiza en situaciones en las que se debe investigar una situación paradójica, una necesidad de comprensión más amplia, y el caso es un instrumento para comprender algo ajeno a él y más general” (ob.cit.: 18).

Neiman y Quaranta (2006) entienden que en el estudio de caso instrumental el interés es un problema conceptual o empírico más amplio que el caso puede iluminar, con el propósito de desarrollar conocimiento a partir de su estudio. Más que el caso de manera intrínseca, en el estudio instrumental interesan el tema o los temas vinculados al caso (Stake, 1998).

Atendiendo a ello se podría estudiar el médico o médica como objeto de estudio en sí mismo, pero en este trabajo la finalidad fue comprender algo más general a él como lo son las interacciones, relaciones y comunicaciones que establece con sus consultantes, de ahí que este estudio sea instrumental.

El estudio es *colectivo* porque se investigan varios casos en un mismo proyecto e interesan por lo que tienen de único como por lo que tienen de común. Neiman y Quaranta (2006) se refieren a estudio de casos múltiples y entienden que este diseño permite, a partir de diferentes instancias de comparación, extender los resultados empíricos hacia fenómenos de similares condiciones y niveles más generales de teoría, así como elaborar explicaciones causales “locales” referidas a la comprensión de procesos específicos y en contextos definidos.

En este trabajo los casos fueron definidos por los médicos y médicas del estudio por ser la figura de la relación que se mantiene constante, por el contrario los niños y madres consultantes varían de manera permanente y se renuevan de una consulta a otra, lo que hubiese tornado dificultoso para el estudio de la relación definir el caso atendiendo a ellos.

Dado que el estudio de casos es empático y no intervencionista, se intentó no obstaculizar la actividad cotidiana del caso, no examinar ni entrevistar, sino conseguir la información por medio de la observación discreta y la revisión de lo recogido.

La unidad del estudio se definió como las entrevistas de consulta que mantienen médicos y médicas pediatras con las madres consultantes. Cabe destacar la característica que asume la relación médico/médica-niño en pediatría al estar necesariamente mediada por la figura de un tercero adulto responsable.

A través de un análisis focalizado se generaron algunos conceptos que describen, analizan e interpretan la constitución de la dinámica relacional e interpersonal del encuentro médico/médica-niño-madre consultante. En este sentido el estudio de los cuatro casos de médicos fue útil para emplear y recrear las teorías que fundamentan este trabajo, así como permitió la creación y emergencia de nuevos conceptos y teoría, ofreciendo lineamientos a una pedagogía dialógica para la relación médico/médica-niño-madre consultante en contextos de salud.

La comprensión de lo particular de estos casos, su unicidad, el poder conocerlos bien, para ver qué son y qué hacen, fue un medio para construir categorías analíticas y relaciones que actuaron como “generalizaciones naturalistas” (Stake, 1998: 78) en la medida que lo aprendido a partir de un caso permitió elevar la conciencia acerca de aquello que se podía encontrar en otras situaciones similares.

Los interrogantes que orientaron el estudio de casos se vincularon tanto al problema de investigación como a los temas que podrían emerger de los casos, estos expresan:

Interrogantes sobre el problema de investigación: ¿Qué ocurre en las entrevistas de consultas entre médicos/médicas-niños y madres consultantes? ¿Cómo son las relaciones y comunicaciones que se dan entre ellos? ¿Qué puede observarse en esos intercambios? ¿Se diferencian las relaciones que se producen en una entrevista de consulta y en otra? ¿Existen patrones comunes a todas las relaciones en entrevistas de consulta? o más bien ¿son los casos los que determinan estos patrones de relación en las entrevistas de consultas? Y si es así: ¿Podrán compararse los

CONTEXTOS DE EDUCACIÓN

casos entre sí? ¿Cuáles serán aspectos comunes y diferentes entre los casos en relación a las entrevistas con las madres consultantes?

Preguntas temáticas de los casos: ¿Cuáles son para los casos, temas nucleares en torno a la relación con las madres-consultantes? ¿Cuáles son los temas o factores que los casos reconocen como propios y cuáles aquellos que reconocen como externos y que inciden en la relación de consulta?

Con la pretensión de comprender la situación se inició el proceso de indagación.

2.1. Selección de los casos

Para la selección de los casos de estudio se contactó a mediados de 2010 a la autoridad responsable de la Subsecretaría de Salud del Municipio de la Ciudad de Río Cuarto quien, tras las solicitudes formales pertinentes, autorizó a realizar la investigación con profesionales del sistema local y seleccionó, de un amplio grupo de médicos y médicas que allí se desempeñan, a aquellos que estarían dispuestos a ser observados en su jornada de trabajo, quedando conformada la selección desde un criterio pragmático (Hammersley y Atkinson, 1994) o de conveniencia (Stake, 1998: 53) que implicó el contacto con los profesionales que facilitaron el acceso al campo y que brindaron disponibilidad a las indagaciones.

Se seleccionaron cuatro casos: dos médicas pediatras y dos médicos pediatras del Primer Nivel de Atención del Sub-sistema Público de Servicios de Salud local, los que fueron estudiados por un período de tres meses en jornadas de observación con una frecuencia semanal a cada uno de los casos por el transcurso de dos horas en desempeño natural de su jornada laboral de atención de la salud.

2.2. Acceso al campo

Autorizado el estudio y seleccionados los casos, el Subsecretario de Salud se comunicó con ellos anticipándoles las características de la investigación y de que se los contactaría con tal motivo. En este sentido el acceso al campo estuvo favorecido por la predisposición del funcionario quien gestionó un primer contacto con los casos. Seguidamente se inició el contacto directo con ellos pautando una primera reunión de información general sobre el estudio. Momento fundamental del estudio dado que “se relaciona con la generación de un vínculo, con relación al cual se establece la ocupación de un lugar” (Ameigeiras, 2006: 125).

Fue así como paulatinamente se inició la entrada al campo. En lo que sigue se expondrán las impresiones de la investigadora correspondientes a cada uno de los casos observados:

Caso 1

El día viernes 20 de agosto de 2010 a las 13, 45 hs. me dirijo por primera vez al Centro Periférico N° 9 ubicado en el sector este de la ciudad. Al ingresar a la comunidad advierto viviendas precarias, incluso el mismo Centro pasa para mí inadvertido en su apariencia externa, no lo diferencio del resto de las viviendas, se ubica en una esquina de la que sólo me llama la atención un mástil y algunas vecinas esperando fuera. A ellas les pregunto si ese es el “dispensario” a lo que responden afirmativamente. Al ingresar advierto madres con niños en la sala de espera, la que más bien se asemeja a un amplio garaje con poca luz, bastante polvo, intensificado con el día de viento quizás. Hay pocos indicios de ser un “Centro de Salud”, no veo muchos carteles ni afiches alusivos. Me acerco a una vecina y le pregunto si el médico está atendiendo, responde afirmando. Aguardo. No observo presencia de enfermeras ni de otros responsables del lugar. Sigo aguardando al lado de la puerta de un consultorio. Sale una mujer joven con un niño, me asomo por la puerta y le pregunto ¿Doctor C1? responde afirmativamente con la cabeza, me presento, da cuenta de recordar que yo iría, le pregunto si quiere que lo

54

CONTEXTOS DE EDUCACIÓN

espere y me dice que no, me invita a tomar asiento. El médico, quizás de unos 37 años, se manifiesta pausado y callado, silencioso, su tono de voz es calmado y bastante bajo comparado al mío. Se muestra interesado por la comunicación médico-consultante que yo le enuncio como tema de tesis, me explica que ha tenido dificultades al respecto con consultantes que no sabían leer y escribir. El tema parece interesarle. Le manifiesto que la intención es trabajar con cuatro médicos, observarlos en sus consultas habituales, luego entrevistarlos y finalmente realizar una entrevista grupal sobre la temática. Le interesa la dinámica. Le explico que por el momento iniciaremos con las observaciones, que quiero conocer su opinión acerca de si es viable realizarlas dentro del consultorio mismo, en un extremo, con grabador de por medio, me expresa que no habría problema por su parte, que se le explicaría a las madres de los pacientes el motivo de mi presencia y que si dan su consentimiento se llevaría a cabo. Pautamos el día más conveniente para iniciar las observaciones, las que serían una vez por semana durante la tarde. Nos despedimos hasta la semana próxima.

Caso 2

El día miércoles 25 de agosto de 2010 a las 14 hs. me dirijo por primera vez al Centro Periférico N° 12 ubicado en el sector suroeste de la ciudad; al ingresar advierto un barrio que por un sector presenta pequeñas casas nuevas todas iguales que parecen de un plan de viviendas próximas a otro sector con viviendas que ya tienen sus años, con el tiempo sabré que es una comunidad en la que habitan vecinos desde hace varios años junto con una comunidad que ha sido relocalizada proveniente de un asentamiento próximo a las costas del Río, compartiendo todos una misma zona desde hace cinco años. Respecto al Centro de salud su edificio es de construcción nueva con un diseño bastante moderno. Al arribar me informan que el médico aun no ha llegado por lo que lo espero unos 20 minutos sentada en la amplia sala de espera, iluminada por la luz del sol. Pasado este tiempo ingresa un hombre de unos 37 años con delantal blanco, me pongo de pie y me acerco a preguntarle si es C2, me responde afirmativamente y le digo quien soy, me saluda amablemente, me pide que lo aguarde y seguidamente me hace pasar a su consultorio. Al ingresar tomo asiento, le digo que solo le quitaré unos minutos para informarle del estudio, le comento que soy Psicopedagoga y que en el contexto de una investigación anterior en educación en salud emergió la problemática de la comunicación entre médicos y consultantes. Se muestra interesado. Le explico que en este trabajo realizaré un estudio de casos, en el que trabajaré con cuatro médicos, Le cuento que en una primera etapa realizaré observaciones de las consultas entre médicos y consultantes, le digo que es una pretensión bastante arriesgada dado que muchos médicos e incluso consultantes podrían negarse a ser observados en su interacción habitual, escucha atentamente y me dice que para él no es problema. C2 parece interesarse por el estudio, me sugiere utilizar una cámara de filmación, le explico que no está en mis planes y me ofrece una camarita especial que podría colocarse en algún lugar del consultorio, se pone a buscar y ver desde el plano de un armario, se entusiasma con la idea. Expresa que el estudio le parece muy interesante y por eso su insistencia en el uso de este dispositivo ya que no conoce que se hayan realizado estudios de estas características en Argentina. Lo escucho atentamente y valoro la posibilidad del uso de la cámara. Luego le pregunto qué día le resultaría conveniente mi presencia, me explica que cualquiera, salvo que jueves y viernes viaja, así acordamos los miércoles a las 15 hs.

Caso 3

El día jueves 26 de agosto de 2010 a las 14. hs me dirijo al Centro Periférico N° 7 ubicado en el sector oeste de la ciudad. En la zona se advierten terrenos baldíos alternados con casas de un barrio que parece de un nivel medio. El aspecto edilicio del Centro es igual al que visité a C2, moderno y de reciente construcción. Al ingresar noto una cantidad de madres con sus bebés y niños que aguardan. C3 está atendiendo por lo que la espero más de media hora. Luego me hace pasar a su consultorio, le explico que sólo le quita unos minutos, realiza una expresión de desasosiego que relaciono a la cuantiosa demanda. Le explico de qué se trata la investigación, el tema de la comunicación y relación médico-paciente, se muestra interesada. Le comento la posibilidad de ser observada y grabada en la interacción con su paciente, le expreso que sé que es delicado y me dice que por ella no tendría problemas, pero que no me garantiza que vaya a pasar lo mismo con los consultantes, ha tenido experiencia en investigaciones en que estos se han negado a participar. C3 tiene cerca de 30 años, hace poco que vive en la ciudad y desde junio se desempeña en este Centro. Ha trabajado en Centros de salud en Córdoba y analiza algunas diferencias. Me explica que la dinámica de gerenciamiento de estas instituciones es la que estaría incidiendo en las pautas del vínculo que se establece con el paciente, refiere lo dificultoso que sería atender desde un modelo integral cuando ella tiene que atender a un promedio de 30 consultantes por día, lo dificultoso que se le hace en este contexto abordar desde una medicina familiar. De alguna forma analiza el rol del médico precarizado por las condiciones laborales actuales. Se ve agobiada por la dinámica de este sistema, expresa que no sabe hasta cuándo podrá soportar, que no son compatibles estos dos paradigmas. Percibo sus ganas de conversar sobre el tema. Le expreso que estos temas podrán retomarse en una entrevista individual y grupal con los otros profesionales, me mira preocupada y le explico que será enriquecedor para todos, una posibilidad de intercambio de perspectivas acerca de lo que incide en el vínculo entre médicos y consultantes. Acordamos que iré el jueves próximo.

Caso 4

En el día jueves 7 de octubre de 2010 me dirijo por primera vez al Centro Periférico N° 5 ubicado en el sector noroeste de la ciudad de Río Cuarto. La zona que cubre este Centro es amplia, es notable que se ubique aledaño a un barrio residencial, y que a cuerdas del mismo vivan vecinos en una villa en casitas armadas en condiciones de notable precariedad. El Centro se caracteriza por ser bastante antiguo, con ambientes pequeños, una puerta que da a la sala de espera la que al abrirse conduce a un pasillo en el que desemboca el consultorio de la pediatra, una pequeña cocina y la sala de enfermeras. Al llegar espero unos 15 minutos en la sala central, luego sale la pediatra y le pregunto si es C4, responde afirmativamente, me presento, sonriente me hace pasar al consultorio. C4 es una mujer de unos 45 años, de contextura física delgada, de baja estatura. Se muestra simpática. Tomo asiento y le explico que el tema de investigación surge de un estudio anterior en que vecinas manifestaron barreras comunicacionales con los médicos. Se muestra interesada. Entusiasmada me contextualiza un poco la realidad del Centro en el que trabaja desde hace 15 años, la problemática de la violencia, el maltrato, las drogas, entre otros y como repercuten en las realidades de las familias y de los niños. Se la percibe preocupada y conmovida por estas realidades. Accede sin problemas a ser observada en interacción con sus consultantes y conjuntamente pensamos donde podría ubicarme en el pequeño consultorio para no molestar la habitual movilidad espacial con los consultantes y así lograr una mejor observación. Luego me presenta al equipo con que trabaja, dos enfermeras, una administrativa, una odontóloga, una psicopedagoga. Infero que hay un buen clima de trabajo dado que comparten varios años en el Centro y se percibe el buen ánimo.

En este ingreso al campo una de las cuestiones emergentes a raíz de la observación de consultas fue el tema del consentimiento de los consultantes. En un primer momento se consideró que éstos debían firmar una nota en caso de estar de acuerdo. Posteriormente, con los directores del estudio se analizó que la situación de firmar un documento por cada una de las consultas (las que en oportunidades llegó a ser de 17 consultas en el transcurso de dos horas) obstaculizaría el proceso natural de observación creando una situación artificial en el registro de los datos que terminaría provocando dudas e inseguridades a las madres.

Se presentaba un escenario que conjugaba la pretensión de objetividad y ética de la ciencia con la potencial desconfianza de los actores a observar, lo que obstruiría el devenir de la recogida de datos al atentar el curso cotidiano de las consultas, que se pretendía observar en su estado más habitual. Se discutió con los médicos y médicas este escenario y se decidió que ellos y ellas se encargarían de informar a las madres acerca mi presencia, dejando libertad a los profesionales en la forma de hacerlo. De esta manera algunos de los casos, al iniciar cada nueva consulta solicitaban autorización a las madres para ser observadas, informándoles sobre la presencia del investigador y el motivo de la investigación, mientras otros pasaban por alto esta cuestión, comportándose como si yo no estuviese presente, en estos casos muchas madres actuaban omitiendo mi presencia mientras que otras se mostraban intrigadas por la misma. Los elementos destacados de estos fragmentos de entrevistas de consulta grafican ese escenario:

Ma1 (Madre 1): ¡hola!

C4 (Caso 4): ¡Hola! Buen día como te va, como le va señorita (le dice a la niña. Luego mira a la madre) **ella es Paula es psicopedagoga y está haciendo un trabajo de tesis sobre la relación médico-paciente, entonces si no te molesta se va a quedar con nosotros en la consulta....**

Ma1: no... (3° Observ. C4).

C2: **ella es psicopedagoga y está haciendo una investigación todos los miércoles por acá, si no les molesta....se quedará con nosotros**

Ma5: no, no me molesta, (mira a la observadora y dice) él [se refiere al hijo] no quiere dejar la teta (risas) (1° Observ. C2).

Las jornadas de observación de consultas se realizaron una vez por semana con cada uno de los casos, de manera que fueron cuatro observaciones semanales por la mañana o tarde, las que se

sucedieron por el transcurso de una hora y media a dos, acordando un cronograma de observación con los profesionales.

2.3. Técnicas y estrategias metodológicas para la recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron la observación, las entrevistas individuales y la entrevista colectiva; asimismo se tomaron fotografías en el transcurso de todo el proceso investigativo, estrategias que se utilizaron conjunta y simultáneamente.

La *observación* fue discreta y no intervencionista, permitió tomar contacto con la situación concreta de investigación y acceder a interacciones comunicativas, tipos relacionales, formas de trato, etc. asumidos entre médicos/médicas-niños y madres consultantes. El estar inmersa en el entorno habitual en el que se desenvolvían los participantes permitió considerar sus comportamientos, opiniones e interpretaciones de ese mundo que los rodea.

La pretensión fue estar en el lugar donde suceden las cosas con la esperanza de que ocurrieran como lo hubieran hecho si el investigador no hubiera estado allí presente. Se intentó observar lo corriente, lo suficiente como para ver qué significa corriente en cada caso, sin llamar la atención sobre la persona del investigador ni sobre su trabajo (Stake, 1998: 47).

Decidir qué observar en el marco de este encuentro no fue tarea sencilla. Se resolvió dejar de lado tablas orientadoras a la observación dado que podían pre-condicionar la naturalidad de la misma y se dejó prevalecer una mirada amplia y general desde la idea de “atención flotante” (Ameigeiras, 2006: 127); a partir de allí fue posible focalizar en los sujetos, los procesos y situaciones que se presentaban, pasando de una mirada global a una mirada más focalizada.

Si bien en una etapa inicial del proyecto de tesis se definió para el estudio la observación en los términos “no participante”, en el transcurso de la experiencia se percibió que el sólo hecho de observar implicaba al investigador en las prácticas culturales en salud de los sujetos observados. La participación venía dada por la presencia indagadora del investigador en un escenario en el que probablemente se condicionaban sus prácticas habituales. Montero (2006) expresa que la cualidad de participante en la observación se da por la presencia del investigador en un lugar donde no suele y no es frecuente estar, “el investigador participa en *forma especial*, mientras que las personas de la comunidad hacen lo que suelen hacer cada día...” [Se añaden las itálicas] (Montero, 2006: 204).

La observación participante es la actividad sistemática y con propósitos de investigación y generación de conocimientos, realizada en el transcurso de la vida cotidiana de personas o de grupos específicos, a fin de conocer desde una posición interna, eventos, fenómenos o circunstancias a los cuales no se podría acceder desde una posición externa no participante. Tiene un carácter flexible y abierto ya que permite cambiar el foco de atención del investigador de acuerdo con los cambios que ocurren en el entorno observado. Debido a su carácter participativo, supone la inevitable generación de variadas relaciones con las personas observadas (Montero, 2006).

Montero (2006: 206) entiende que esta técnica se vincula a una *epistemología del encantamiento* “donde quien conoce entra a un mundo que se transforma y es transformado por la persona cognoscente, pero además exige de ese observador una actitud empática, de comprensión y curiosidad científica desde la mirada horizontal que se refleja en los ojos del otro”.

Atendiendo a lo planteado, las visitas al campo fueron esenciales ya que permitieron conocer el lugar, las personas y lo cotidiano que allí se vivía. La mayoría del tiempo transcurrió en los Centros

CONTEXTOS DE EDUCACIÓN

de Atención Primaria de la Salud, (65 horas aproximadamente de tiempo presencial de estudio de campo), lo que se dedicó a observar, pero también muchos de los datos relevantes se produjeron en las entrevistas individuales y grupales, a las que se dedicó cerca de 6 horas.

Las *entrevistas* permitieron conocer las concepciones, ideas y creencias de los médicos y médicas en relación al objeto de estudio, se trató de una técnica que permitió acceder a su universo de significaciones (Guber, 1990). Elliott (1998) entiende que las entrevistas constituyen una forma apta para descubrir la sensación que produce una determinada situación desde otros puntos de vista. Por su parte Guber (1990) considera que la entrevista es una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones, siendo además una instancia de observación donde al material discursivo debe agregarse información acerca del contexto del entrevistado, sus características y su conducta.

Se escogió la modalidad de *entrevista semi-estructurada* (Elliott, 1998) dado que es una técnica que permitió focalizar en los ejes temáticos centrales del estudio. Si bien en ella se proponen determinadas cuestiones preparadas de antemano, permite que el entrevistado se desvíe y plantee sus propios temas a medida que se desarrolla la misma.

Las entrevistas individuales semi-estructuradas a los médicos y médicas indagaron sobre aspectos subjetivos respecto a sus concepciones, valoraciones, actitudes afectivo-emocionales, vivencias, etc. que ellos mantienen en las relaciones con los niños y madres consultantes, así como a temáticas específicas referidas a: a) cimientos de la actividad, objeto de atención, bases axiológicas y epistemológicas de la salud; b) género, maternidad, paternidad y ejercicio de la profesión; c) relación médico/médica-consultante, denominación de la relación por el profesional, propósito de la relación, y la consideración acerca de la posibilidad de un restablecimiento espontáneo de la salud; d) formación universitaria, e) y cuestiones vinculadas a una pedagogía freireana y el contexto de salud actual.

Como cierre de la etapa de recogida de datos se consideró pertinente el empleo de la *entrevista grupal* al permitir un proceso de construcción de la realidad social que tiene lugar en las narraciones comunes de los miembros del grupo (Flick, 2007). Patton (citado en Flick, 2007) entiende que la entrevista del grupo de discusión es una técnica de recogida de datos cualitativa sumamente eficiente que proporciona algunos controles de calidad sobre la recogida de datos, ya que los participantes tienden a proporcionarse controles y comprobaciones entre sí que suprimen las opiniones falsas o extremas y es sencillo evaluar hasta qué punto hay una visión relativamente coherente compartida entre los participantes.

La *entrevista grupal* permitió reunir a los cuatro médicos y médicas en un mismo espacio a los fines de intercambiar perspectivas sobre algunos ejes temáticos de la investigación durante el transcurso de más de una hora en la que la dinámica grupal fue activa. En este contexto se abordaron temáticas como: sus prácticas profesionales en los Centros de Salud, sus vivencias y experiencias en las relaciones con consultantes, el propósito de la relación, problemas de relación, conocimientos en salud de sus consultantes, realidad sanitaria y sistema de salud actual, entre otros.

La indagación se favoreció por el nivel activo de participación de los profesionales así como desde las orientaciones lacónicas que la investigadora, en rol de moderadora, intentó realizar, disponiendo de una guía de pautas y contando además con la presencia de una colaboradora que registró el proceso mediante la toma de nota y de fotografías del escenario que se dinamizaba.

Se considera que el empleo de la entrevista grupal presenta una ventaja importante, respecto de otras técnicas, en el sentido que ofrece un conocimiento objetivado que se construye intersubjetivamente desde un proceso dialéctico colectivo de apropiación creativa y recreativa de la

realidad profesional de los casos. Un conocimiento emergente de la entrevista grupal que es objetivado por la 'admiración' (Freire, 1990) de sus prácticas profesionales, las relaciones que desde ella se establecen, su situación laboral concreta como problema, fueron instancias a las que los casos otorgaron una dimensión explicativa e ideológica, constitutiva del conocimiento crítico objetivado (Freire, 1970).

La variedad de fuentes de información utilizadas se orientó a captar y describir la complejidad del fenómeno de estudio y su contexto con la mayor riqueza posible, respetando la mirada de los actores sociales involucrados.

2.4. Breve descripción de las situaciones que fueron observadas

Las situaciones observadas fueron los encuentros de entrevistas de consulta entre médicos/médicas pediatras, los niños y las madres consultantes, realizadas en el contexto del consultorio donde los profesionales atendían. La escena típica observada se caracterizó por iniciarse con un encuentro entre un médico/médica, el niño y la madre o cuidador, los que podían ser conocidos o no para el profesional, y que venían con un motivo de consulta puntual vinculado a un cuadro de niño enfermo, o bien por el control de niño sano. Se han observado consultas de un solo niño y su madre o cuidador y otras de varios hermanos que eran atendidos en la misma consulta.

La rutina frecuente en la atención pediátrica implica, si la consulta es por control, generalmente los niños han sido pesados y medidos y el médico/médica repasa los datos de la Historia Clínica, revisa los nuevos datos de crecimiento de los niños, se completan libretas, realiza una valoración al respecto, efectúa un control físico del niño, frecuentemente preguntando a las madres o cuidador sobre su desarrollo en el ámbito familiar, escolar y social, y las madres formulan sus consultas puntuales sobre temas vinculados al niño o niña.

Si la consulta es por una situación de enfermedad el intercambio del médico/médica con la madre gira en torno a ese motivo, en primer lugar el médico/médica escucha a la madre, quien plantea la situación y va respondiendo un interrogatorio que le permitirá al profesional elaborar una hipótesis del caso, luego de ello revisa al niño. Este control le permitirá corroborar o desechar su hipótesis y atendiendo a ello ofrecerá, si es posible, un diagnóstico en función del cual indicará un tratamiento o análisis necesarios a la madre, lo que efectuará de manera oral y por escrito, luego dará cierre a la consulta.

La descripción de esta situación es un ejemplo típico y general de la dinámica observada en estos encuentros. Las particularidades de los actores y la multiplicidad de situaciones imprevistas, hacen que cada entrevista sea singular, erigiéndose el profesional como la constante a observar que permite definir el caso de estudio.

2.5. Proceso de abandono del campo

La retirada del campo se realizó en la medida que comenzaba a producirse en la recolección una saturación de la información que ponía de manifiesto que los datos recabados comenzaban a resultar poco provechosos dada su reiteración (Strauss y Corbin, 1998), lo que aconteció el tercer mes de recolección de información. En este contexto se procuró que el abandono fuera paulatino ya que, luego de la etapa de las observaciones y toma de entrevistas, se desarrollaría la entrevista colectiva como una reunión de cierre grupal con los actores involucrados y como posibilidad que se conocieran entre sí e intercambiaran perspectivas sobre cuestiones de su interés.

Esta instancia de recogida de datos ofició como último encuentro de cierre del proceso investigativo en un clima ameno que propició que los profesionales, en contacto con sus pares, se exhibieran sobre temas que excedían lo puntual de la investigación, al tiempo que intercambiaron teléfonos o direcciones de correo, manifestando cierto ánimo por mantenerse en contacto.

En ese contexto se generó el compromiso con los casos de entregarles un informe final a manera de devolución del conocimiento producido, así como una copia digitalizada del trabajo de tesis al momento de culminarla, lo que efectivamente se realizó luego de su defensa.

3. Consideraciones sobre el análisis e interpretación de datos

Los datos recabados para su análisis fueron:

- *Ocho jornadas de observación* con cada uno de los cuatro casos (lo que arroja un total 32 observaciones realizadas por el transcurso de 1, 30 a 2 horas cada una, las que incluyen 283 consultas observadas en total, disgregadas en: 68 consultas observadas al Caso 1; 99 consultas observadas al Caso 2; 51 consultas observadas a Caso 3 y 65 consultas observadas a Caso 4)³.
- *Cuatro entrevistas individuales*, una por cada caso del estudio.
- *Una entrevista colectiva* en la que participaron conjuntamente los casos con la presencia del moderador y un colaborador de investigación.

Si bien el proceso de análisis comenzó de manera simultánea a la recogida de la información desde los intentos de dar sentido a las primeras impresiones de lo observado, lo que ofreció la posibilidad de sistematización global y recuperación de los datos para su análisis integral fue el empleo del programa informático Atlas-TI versión 2.4. La utilización de Atlas-TI 2.4 como herramienta de ayuda al análisis cualitativo permitió manejar el gran volumen de datos recabados.

Los documentos para el análisis inicialmente procesados en formato Word fueron treinta y siete (37) y se convirtieron a formato ASCII desde la opción “texto sin formato” lo que permitió prepararlos para ser asignados a la *Unidad Hermenéutica*⁴ denominada “relación médico/médica-consultante”, la que incluyó todos los documentos.

De esta manera asignados los documentos al programa se desarrolló un *primer nivel de análisis textual* del trabajo que permitió: segmentar el texto de lo transcripto de las observaciones y entrevistas en pasajes o citas identificando aquellos fragmentos con significado analítico, creando comentarios a esas citas, codificando esas citas con un código (categoría), creando comentarios y anotaciones a esos códigos. Como herramienta informática Atlas-TI permitió en esta fase integrar la información disponible, desde los datos, comentarios, anotaciones, facilitando su organización, su búsqueda y su recuperación (Muñoz, 2003).

En este sentido se realizó lo que Strauss y Corbin (1998) denominan codificación abierta como proceso analítico en el cual los datos son fragmentados en sus componentes, que son examinados atentamente y comparados para discernir similitudes y diferencias. Eventos, ocurrencias, objetos y acciones/interacciones que sean conceptualmente similares en su consistencia o relacionados en sus significados son agrupados bajo conceptos más abstractos denominados “categorías” entendidas como conceptos que aluden a fenómenos que emergen de los datos (Strauss y Corbin, 1998:73).

La forma empleada para codificar consistió en recorrer cada uno de los documentos preguntándose “¿De qué se trata?” lo que permitió codificar más específicamente según similitudes y diferencias (Strauss y Corbin, 1998: 86).

Esta categorización permitió *iniciar el nivel conceptual del análisis* estableciendo relaciones entre los elementos categorizados por su significado, elaborando modelos relacionales mediante la representación gráfica en redes (Networks) de los componentes.

En este nivel de análisis se realizó una “codificación axial y selectiva” (Strauss y Corbin, 1998: 73) donde los datos fueron reordenados en forma de proposiciones que explicitaron la naturaleza de las relaciones entre distintas categorías y sus subcategorías. Estas proposiciones o “hipótesis” permitieron la construcción de una estructura teórica que posibilitó dar forma a las nuevas explicaciones sobre la naturaleza del fenómeno. Asimismo el efectuar comparaciones de manera constante durante el análisis permitió identificar categorías, desarrollarlas, relacionarlas entre sí e ir comprendiendo mejor los datos examinados en relación a los casos.

La forma empleada fue la de comparar incidente por incidente (Strauss y Corbin, 1998) entendiendo por incidente al trabajo comparativo caso por caso a través de las categorías buscando similitudes y diferencias entre ellos. Este procedimiento permitió identificar variaciones en los casos de acuerdo a como se presentaban las categorías en ellos, lo que se pudo discernir con la comparación de las categorías y sus propiedades en cada uno de ellos. De esta manera la comparación de los casos por categorías favoreció la construcción de una caracterización de los mismos.

Asimismo en este proceso de análisis las categorías emergentes fueron resultado de un ejercicio de “triangulación” (Stake, 1998:98) mediante el cual se hizo el esfuerzo constante de advertir si aquello observado contenía el mismo significado cuando se lo encontraba en otras circunstancias, como contenido verbal explicitado en la entrevista individual o en la colectiva. De esta manera la *triangulación* permitió relacionar los datos emergentes de los distintos instrumentos de recolección utilizados. En este sentido se utilizan las mismas categorías para analizar un hecho que pudo ser observado en el contexto de las consultas como enunciado por los casos en la entrevista individual como colectiva, intentando dar cuenta de la riqueza de los datos.

A este proceso Bolívar, Domingo y Fernández (2001: 107) lo definen como “análisis paradigmático de datos narrativos” atendiendo al análisis que procede por tipologías paradigmáticas, taxonomías o categorías, en orden de llegar a determinadas generalizaciones del grupo de casos estudiados, establecidas de modo inductivo. En este trabajo el interés fue reunir temas comunes como agrupaciones conceptuales que faciliten una comparación entre los casos, así como una posible generalización naturalista de los mismos.

3.1. Los casos del estudio

Los médicos y médicas como casos de estudio se constituyeron en los informantes de investigación, aquel “representativo de su grupo o su cultura, alguien que está en condiciones de brindarnos información sobre aquello que conoce” (Ameigeiras, 2006: 128).

En el marco del trabajo de tesis se describe brevemente a cada uno de los casos a los fines de lograr una identificación de los mismos desde el inicio para luego, en el desarrollo del trabajo el lector pueda recuperar su unicidad en interconexión con los demás. Se consideró importante identificarlos desde un comienzo dado que el trabajo sigue una organización en torno a dimensiones y categorías de análisis, cuyo desarrollo se nutrió de los aportes de los casos a los

fines de advertir sus semejanzas y diferencias en los temas, de ahí la necesidad de captar en un comienzo su singularidad.

La decisión metodológica de abordar el análisis de los casos por sus dimensiones y no por los casos de manera intrínseca estriba en que el estudio de casos que se realizó fue instrumental (Stake, 1998), lo que significa un interés por ellos en lo que aportan en uno de sus temas, como lo es la relación con los consultantes, algo más general al médico/médica como caso en sí mismo.

3.2. Dimensiones y categorías de análisis emergentes del estudio de casos

Stake (1998) considera que los temas de los casos no son simples y claros, sino que tienen una intrincada relación con contextos políticos, sociales, históricos y personales. Los temas llevan a observar los problemas del caso, las actitudes conflictivas, las preocupaciones humanas. Ayudan a ver las cosas desde una perspectiva histórica, a reconocer los problemas implícitos en la interacción humana. En este sentido las afirmaciones temáticas constituyen una valiosa estructura conceptual para la organización del estudio de casos.

Como investigadora, impregnada por los marcos conceptuales de la psicología sanitaria, la pedagogía freireana y los aportes de la salud comunitaria, se inició un proceso de lectura de la realidad *in situ* y de alguna forma se logra sumergirse en la vida de los cuatro casos estudiados por un período en el que la intencionalidad fue captar “los temas” de su relación con las madres consultantes.

Desde la perspectiva asumida la realidad es compleja e intrincada, sus componentes múltiples e interrelacionados, de manera que lo observable se ofrecía inicialmente como enmarañado, difícilmente escindible, solo el tiempo y la permanencia casi antropológica en el campo permitió ir instaurando cierto orden a la forma conceptual y teórica que en la tesis doctoral se presentó, de aquello que en un primer momento y por un extenso período permaneció como caos.

Como ya se ha mencionado las categorías son transversales a los instrumentos. En este sentido es interesante advertir en el desarrollo del trabajo cómo aquellas categorías que surgen desde “el decir” de los protagonistas pueden luego captarse por la observación del investigador y aquello que se observó luego fue enunciado por los casos. Esta posibilidad que ofreció la triangulación de los datos ha permitido advertir situaciones que revelan la coherencia de una práctica que se observa y se expresa como tal por su actor, o bien la contradicción entre aquello que se pronuncia y aquello que en el hecho se realiza.

Otro de los aspectos que se considera fundamental respecto de los fenómenos observados y la emergencia de categorías ha sido la posibilidad de multi-referencialidad para interpretar la realidad. Con ello se alude a la idea de que un mismo fenómeno pudo ser “leído” o identificado para su análisis con más de una categoría, dando cuenta de la riqueza conceptual del fenómeno estudiado.

Para su análisis las categorías se agruparon en dimensiones. Con dimensión se hace referencia a un componente del análisis del objeto de estudio que incluye un grupo de categorías y sus subcategorías vinculadas a un eje temático afín definido en la dimensión. Así por ejemplo la dimensión axiológica y epistemológica de la salud, definida en el trabajo de tesis doctoral, incluye las categorías de unidad de análisis y de acción; foco de atención de la consulta; denominación del usuario por el médico/médica; definición de salud.

Las dimensiones como familias de categorías han sido definidas en esta investigación en la fase previa a la investigación empírica y luego del proceso analítico e interpretativo han recobrado significatividad al nutrirse de un nivel de análisis más profundo.

Cada dimensión se compone de categorías y subcategorías de análisis del objeto de estudio (Consultar Anexo, Tabla 1: Dimensiones y categorías de análisis del estudio de casos).

4. Reflexiones finales sobre el proceso metodológico realizado para el estudio

El procedimiento metodológico que este artículo presenta ha tenido la pretensión de dar cuenta de la especificidad que su diseño exigió para poder desentrañar la complejidad que asumen las relaciones entre médicos/médicas pediatras y madres consultantes en el contexto del Primer Nivel de Atención de la Salud de la ciudad de Río Cuarto.

La realización de esta experiencia de estudio de cuatro casos de pediatras del Subsistema Público de Salud del contexto local ha sido positiva en tanto ha permitido construir un conocimiento socio-sanitario y pedagógico *in situ* desde el contacto con un grupo de profesionales que permitieron conocer sus realidades interaccionales, pudiendo captarse, por la pertinencia en la metodología utilizada, la diversidad así como lo común entre ellos.

Intentando una meta-reflexión sobre el proceso de investigación realizado, se considera que el enfoque cualitativo ha permitido en este estudio, que los momentos de indagación y construcción de conocimiento nunca fueran escindidos, sino que formaran parte de un todo más amplio. En este sentido, inicialmente se trató de ver, oír, indagar, captar la problemática de la realidad relacional médico/médica-consultante identificando sus partes para conocerla mejor. Seguidamente, en el momento de síntesis comprensiva de esa realidad el esfuerzo implicó la “retotalización” (Freire, 1997) de la totalidad escindida.

En todo el proceso se consideró la realidad relacional médico/médica-consultante como una codificación (Freire, 1973) que se procuró descodificar en diálogo con los propios médicos y médicas, mediante la observación, así como en diálogo con los directores del trabajo, con colegas psicólogos, pedagogos y psicopedagogos. En estas ocasiones se tomaba a la realidad relacional como problema, objeto de análisis, intentando “leerla” críticamente, en otras ocasiones el esfuerzo se concentró en analizar el análisis que de la situación se hacía, pasando el propio análisis a ser objeto de una reflexión compartida, es decir “analizábamos el análisis anterior, re-conociendo así, en términos críticos, la manera en cómo habíamos percibido esa misma realidad, objeto de nuestra curiosidad” (Freire, 1997: 55).

Atendiendo a lo planteado se considera que la metodología empleada ha sido la adecuada para realizar el estudio. Quizás pueda entenderse que ha resultado sencillo constituirse en observador externo y efectuar análisis y críticas a un fenómeno social y relacional como el estudiado. Sin embargo, dicha tarea de observación e indagación no siempre va acompañada de la fluidez que podría esperarse. La realidad no siempre emerge como “analizable” a simple vista, por lo que la permanencia casi antropológica en el campo resultó imprescindible para poder captarla.

Finalmente expresar que, desde el estudio de casos siempre se intentó ubicarse en lugar de los implicados, médicas, médicos, niños-niñas y madres consultantes, intentando contribuir a una reflexión integral de la situación para aportar con una propuesta de formación en pedagogía dialógica para médicos orientada a un mejor desempeño de sus roles considerando las implicancias cognoscitivas de sus acciones y su incidencia en las situaciones de restitución y bienestar de la salud desde la relación que establecen.

Notas

CONTEXTOS DE EDUCACIÓN

1. La investigación que presenta este artículo fue realizada en el marco de la tesis para acceder al título de Doctora en Psicología por la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis (marzo de 2012). La misma fue subsidiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Tesis denominada: "*Relación médico-consultante en el Primer Nivel de Atención del Subsistema Público de Salud. Estudio de casos y propuesta de formación médica en pedagogía dialógica*". Director: Dr. Enrique Saforcada, Co-director: Dr. Miguel Ángel De Bortoli, Co-directora metodológica: Mgter. Ana Vogliotti.
2. Con eficacia se hace referencia a lograr una mayor adhesión a los controles y/o tratamientos, una clara comprensión por parte de las madres de los procesos de salud de sus hijos e hijas, así como la posibilidad de influir eficazmente en el desarrollo de hábitos saludables en las madres como en los niños y niñas (a partir de los tres o cuatro años) entre otras consideraciones posibles.
3. La variabilidad entre la cantidad de consultas observadas de un caso a otro depende del tiempo que los profesionales dispensaban a la atención en el transcurso de las horas que el observador permanecía en el campo. De manera que, mientras el Caso 2 podría haber atendido 16 consultas en el transcurso de las 2 horas observadas y registradas, el caso C3 podría haber atendido a 8 en el mismo transcurso horario.
4. La *Unidad Hermenéutica* también llamada "proyecto de investigación" es la estructura básica del programa y reside (se guarda) en un solo archivo que *relaciona* todos los documentos primarios, con las citas (*quotations*) de estos documentos, y contiene las categorías o códigos (*codes*), las familias, las redes (*networks*), los memos y los comentarios que el autor del trabajo efectuó de los mismos (Martínez, 2009:3).

Referencias

- Ameigeiras, A. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En Vasilachis de Gialdino, I. (Ed.). Estrategias de investigación cualitativa (pp. 107-149). Barcelona: Gedisa.
- Bolívar, A.; Domingo, J.; y Fernández, M. (2001). La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y metodología. Madrid: La Muralla.
- Elliott, J. (1991). El cambio educativo desde la investigación-acción. Madrid: Morata.
- Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata.
- Freire, P. (1973). Pedagogía del Oprimido (1º ed. en castellano, 1970). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1990). La naturaleza política de la educación. Cultura, poder y liberación. (1º ed. en castellano, 1989). Buenos Aires: Paidós.
- Freire, P. (1997). Pedagogía de la autonomía. (1º ed. en castellano, 1997). México: Siglo XXI.
- Guber, R. (1990). El salvaje metropolitano. Buenos Aires: Legasa.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós.
- Juárez, M. P. (2009). Psicopedagogía y salud: una experiencia comunitaria en Río Cuarto. Tesis de Maestría no publicada. Maestría en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Río Cuarto.
- Juárez, M. P. y Saforcada, E. (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales. Reflexiones sobre una cuestión compleja. Revista Salud & Sociedad. 4 (3), 1-29.
- Martínez, M. (2009). Programa Computacional Atlas.ti para el Análisis y Estructuración Teórica de "Datos" Cualitativos ATLAS.ti, v. 6.0 (Marzo, 2009). Síntesis de los Manuales y Guía para su Manejo.

CONTEXTOS DE EDUCACIÓN

- Montero, M. (2006). Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós.
- Muñoz, J. (2003). Análisis Cualitativo de datos textuales con ATLAS/TI. Versión 2.4. Manual de uso. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2006). Los estudio de caso en la investigación sociológica. En Vasilachis de Gialdino, I. (Ed.) Estrategias de investigación cualitativa (pp. 213-237). Barcelona: Gedisa.
- Stake, R. (1998). La investigación con estudio de casos. Madrid: Morata.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1998). Fundamentos de investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar Teoría Enraizada. Thousand Oaks London New Delhi: Sage Publications.

CONTEXTOS DE EDUCACIÓN

Anexo

TABLA 1: DIMENSIONES Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DEL ESTUDIO DE CASOS

| DIMENSIONES | CATEGORÍA | SUB CATEGORÍA |
|---|--|---|
| DIMENSIÓN CONTEXTUAL DEL ENCUENTRO MÉDICO-CONSULTANTE | Motivo de consulta | |
| | Conocimiento previo del consultante | <i>Consultante conocido</i> |
| | | <i>Consultante no conocido</i> |
| | Momentos del encuentro humano | <i>Inicio de consulta</i> |
| | | <i>Desarrollo</i> |
| | | <i>Cierre de consulta</i> |
| | | |
| | Contexto de la consulta | |
| Interferencias a la comunicación | | |
| Trato pronominal | | |
| Tiempo empleado en la consulta | | |
| DIMENSIÓN CONCEPTUAL DE LA RELACIÓN MÉDICO-CONSULTANTE | Denominación de la relación | |
| | Propósito de la relación | |
| | Médico en rol de consultante. Incidencia en la relación | |
| | Restablecimiento espontáneo de la salud | |
| | Problemas de relación | |
| DIMENSIÓN AXIOLÓGICA Y EPISTEMOLÓGICA DE LA SALUD | Unidad de análisis y de acción | |
| | Foco de atención de la consulta | |
| | Denominación del usuario por el médico | |
| | Definición de salud | |
| DIMENSIÓN INTERSUBJETIVA DE LA RELACIÓN | Niño | <i>Trato al niño</i> |
| | | <i>Niño como interlocutor válido</i> |
| | Madre o cuidador | <i>Trato a la madre o cuidador</i> |
| | | <i>Escucha a la madre o cuidador</i> |
| | | <i>Indagación en aspectos psicosociales</i> |
| DIMENSIÓN DE GÉNERO Y PATERNIDAD/MATERNIDAD EN EL EJERCICIO PROFESIONAL | Género y desempeño en la pediatría | |
| | Paternidad y desempeño en la pediatría | |
| DIMENSIÓN CULTURA ORGANIZACIONAL DEL CENTRO DE SALUD | | |
| DIMENSIÓN SUBSISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS DE SALUD Y REALIDAD LABORAL DEL MÉDICO | Problemas del sistema | |
| | Malestar del médico | |
| | Organización/reclamo de los médicos | |
| | Sistema de salud ideal | |
| DIMENSIÓN SALUD COMUNITARIA Y RELACIÓN MÉDICO-CONSULTANTE | Rol del médico en salud comunitaria | |
| | Estrategias en salud comunitaria | |
| | Interdisciplina y salud comunitaria | |
| | Saber popular en salud | |
| | Referentes populares en salud | |
| | Utilización del saber popular en salud | |

CONTEXTOS DE EDUCACIÓN

| | | |
|--|--|---|
| DIMENSIÓN EXTENSIÓN VS. COMUNICACIÓN DESDE LA PEDAGOGÍA FREIREANA | Extensión del médico al consultante | <i>Extensión del médico al consultante</i> |
| | | <i>Imposición de significado</i> |
| | | <i>Cosificación de consultantes</i> |
| | | <i>Interrogatorio extensionista</i> |
| | Comunicación médico - consultante | <i>Comunicación médico consultante</i> |
| | | <i>Marco significativo común</i> |
| | | <i>Horizontalidad y poder bien intencionado</i> |
| | <i>Interrogatorio dialógico</i> | |
| | <i>Meta-reflexión comunicativa</i> | |
| DIMENSIÓN FORMACIÓN UNIVERSITARIA | Formación teórico-práctico | |
| | Formación humana | |