



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



**PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE
DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



**PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE
DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO**

Autor: Palencia, Mario
Tutor: Msc. Navarro, María

Bárbula, Julio de 2021



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



**PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE
DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO**

Trabajo de Grado para optar al título de Magister en Investigación Educativa

Autor: Palencia, Mario
Tutor: Msc. Navarro, María

Bárbula, Julio de 2021



MAESTRIA

ACTA DE APROBACIÓN

La Comisión Coordinadora del Programa de Maestría en Investigación Educativa, en uso de las atribuciones que le confiere al Artículo N° 44, 46, 130 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, hace constar que una vez evaluado el Proyecto de Trabajo de Grado titulado **PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO**, presentado por el(a) ciudadano(a) **MARIO J. PALENCIA D.**, titular de la cédula de identidad N° 17.072.575, elaborado bajo la dirección del(a) tutor(a) **PROF. MARIA NAVARRO**, cédula de identidad N° 4.508.354, Linea de investigación: INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN; Temática: SUBSISTEMAS, NIVELES Y MODALIDADES DEL SISTEMA EDUCATIVO; Subtemática: COMPETENCIAS BÁSICAS Y GENERALES; Área prioritaria de la FaCE: Investigación Educativa; Área prioritaria de la UC: Educación; considera que el mismo reúne los requisitos y, en consecuencia, es **APROBADO**.

En Valencia, a los veintiséis (26) días del mes de Octubre de dos mil dieciséis.

Por la Comisión Coordinadora de la Maestría en Investigación Educativa

Luz M. González H
PROF. LUZ MARINA GONZÁLEZ
Coordinador(a) del Programa

Elab. msequera 07/06/2016
Impr. 05/11/2016
Archivo Acta de Aprobación



Maya

08/11/2016

... La Universidad Efectiva

AVAL DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en su artículo 133, vigente a la presente fecha, quien suscribe **MARIA NAVARRO DE SÁEZ**, titular de la cédula de identidad N° **V-4.508.354**, en mi carácter de Tutor del Trabajo de Grado de Maestría titulado: **“PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO”**, presentado por el ciudadano **MARIO JOSÉ PALENCIA DOUBRONT**, titular de la cédula de identidad N° **V-17.072.575**, para optar al título de Magister en Investigación Educativa, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

Por tanto, doy fe de su contenido y autorizo su inscripción ante la Dirección de Asuntos Estudiantiles.

En Bárbula, a los 27 días del mes de Julio del año 2018.



Firma

C.I. 4.508.354

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

INFORME DE ACTIVIDADES

Participante: Mario Palencia **Cédula de Identidad:** V-17.072.575

Tutor: María Navarro de Sáez **Cédula de Identidad:** V-4.508.354

Correo electrónico del participante: mariopalencia2010@gmail.com

Título tentativo del trabajo: Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo

Línea de Investigación: Investigación en Educación

SESIÓN	FECHA	HORA	ASUNTO TRATADO	OBSERVACIÓN
1	15/06/2016	5:00 pm	Planteamiento del problema e intencionalidades de estudio	Se corrigió la formulación del problema de estudio y se establecieron las intencionalidades del estudio
2	27/06/2016	7:00 pm	Análisis de teorías y conceptos	Se establecieron las teorías y conceptos básicos del tópico de estudio
3	29/06/2016	4:00 pm	Abordaje Metodológico	Revisión y orientación del estudio en cuanto a su metodología
4	14/04/2017	6:00 pm	Categorización	Revisión de las categorías emergentes de la descripción protocolar

5	28/04/2017	6:00 pm	Triangulación	Primera revisión de la técnica de triangulación
6	20/06/2017	4:00 pm	Triangulación	Segunda revisión y análisis de la triangulación definitiva
7	17/11/2017	6:00 pm	Revisión de la Diánoia	Contrastación y análisis de las categorías con las teorías del estudio
8	18/05/2018	5:00 pm	Revisión final del estudio	Aplicación de normas APPA para la presentación

Título definitivo: PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO

Comentarios finales acerca de la investigación:

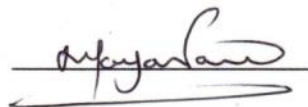
Luego de las revisiones y tutorías, conjuntamente con una revisión final de todo el proceso de investigación, el estudio presenta todos los lineamientos de investigación aceptados para su presentación.

Declaramos que las especificaciones anteriores representan el proceso de dirección del Trabajo de Grado de Maestría arriba mencionado.



Tutora

C.I: 4.508.354



Participante

C.I: 17.072.575

DEDICATORIA

*Especialmente, a mis padres **Andrés y Dilia**; quienes dieron todo su amor, esfuerzo y dedicación para que se lograra mi preparación académica y profesional, para ustedes y por ustedes siempre son mis logros.*

Lo dedico también a todos aquellos aspirantes del conocimiento, que se embarcan en una aventura por descubrir e interpretar un fenómeno, para ustedes sean mis aplausos por iniciar tan hermosa aventura: tengan fe en ustedes mismos y así saldrán victoriosos.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, a **Jehová**, por haberme creado a su imagen y semejanza, con la capacidad y habilidades de comprensión.

A mis padres, **Andrés y Dilia**, por darme la vida, dedicación y apoyo en mis estudios.

A mis hermanos **Rafael, María, Carolina y Andrés**, por ser pilares en mi formación personal, espiritual y académica.

A mis profesores de la maestría, especialmente la **Prof. María Esté**, por impartirme sus conocimientos y permitirme ser su aprendiz.

A la **Prof. María Navarro de Sáez**, en lo académico mi tutora, y en lo personal mi segunda madre, por su paciencia, esfuerzo y dedicación en ver lograda esta meta.

Al **Abog. Carlos Pinto**, amigo y acompañante en mis estudios de la maestría, por su apoyo y empuje en lograr esta meta.

Al **Prof. José Luis Rodríguez**, por su dedicación, paciencia y apoyo en este trabajo, por enseñarme a hacer epojé y acompañarme en la finalización de esta meta.

A **mis informantes**, sin ellos sería imposible lograr este trabajo, ayudándome a comprender el fenómeno y lograr interpretar sus palabras y pensamientos.

A todos aquellos, que de una u otra forma contribuyeron con una palabra, un concepto, una guía y un aporte para este trabajo.

A todos, sinceramente **GRACIAS**.

ÍNDICE

	Pág.
ACTA DE APROBACIÓN	iv
AVAL DE TUTOR	v
INFORME DE ACTIVIDADES	vi
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTOS	ix
ÍNDICE	x
LISTA DE CUADROS	xiii
LISTA DE GRAFICO	xiv
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	1
 PRIMER MOMENTO: CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO	 4
Situación de estudio	4
Intencionalidad del estudio	12
Acciones específicas	13
Motivo del estudio	13
 SEGUNDO MOMENTO: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y LEGAL	 15
Estudios previos	15
Fundamentos Teóricos y Legales	22
Sobre cultura y su concepto	22
Sobre aprendizaje sociocultural	23
Sobre la percepción	26
Sobre el modelo cultural del proceso de salud-enfermedad	27

Sustentación legal	30
TERCER MOMENTO: ABORDAJE METODOLÓGICO	33
Naturaleza del estudio	33
Enfoque del estudio	34
Características del nivel de estudio	34
Método aplicado en el estudio	35
Diseño del estudio	36
Informantes claves del estudio	39
Técnica de recolección de la información	40
Categorías previas	40
Técnicas de procesamiento de la información	42
Categorización	42
Triangulación	44
Criterio de rigor científico	45
CUARTO MOMENTO: ACTO PERCEPTIVO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA	48
Descripción protocolar	48
Categorización	80
Espiral Semántica	163
Triangulación	165
QUINTO MOMENTO: DIÁNOIA DEL ACTO PERCEPTIVO	184
Percepción	184
Vivencias	185
Habilidades	187
Vocación	188
Currículo	189
Proceso de enseñanza y aprendizaje	191

Actitud	193
Contexto familiar del paciente	194
Ejercicio de la profesión médica	195
Concepción y elementos de la cultura	198
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	207
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	211
ANEXOS	218

LISTA DE CUADROS

		Pág.
1	Guía de preguntas	41
2	Formato a utilizar para registro de sub categorías	43
3	Formato a utilizar para registro de categorías	44
4	Formato a utilizar para el registro de la triangulación	45
5	Entrevista en Profundidad del Sujeto 1 (Percepción de Freddy)	49
6	Entrevista en Profundidad del Sujeto 2 (Percepción de Alejandra)	57
7	Entrevista en Profundidad del Sujeto 3 (Percepción de Merisa)	63
8	Entrevista en Profundidad del Sujeto 4 (Percepción de Luis)	68
9	Entrevista en Profundidad del Sujeto 5 (Percepción de Iriana)	74
10	Sub-categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 1 (Percepción de Freddy)	81
11	Categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 1 (Percepción de Freddy)	94
12	Sub-categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 2 (Percepción de Alejandra)	103
13	Categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 2 (Percepción de Alejandra)	112
14	Sub-categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 3 (Percepción de Merisa)	118
15	Categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 3 (Percepción de Merisa)	125
16	Sub-categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 4 (Percepción de Luis)	131
17	Categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 4 (Percepción de Luis)	140
18	Sub-categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 5 (Percepción de Iriana)	146
19	Categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 5 (Percepción de Iriana)	156
20	Triangulación de la Entrevista en profundidad de los Informantes Claves	166

LISTA DE GRAFICOS

		Pág.
1	Modelo de proceso salud-enfermedad	29
2	Espiral semántico	164



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



**PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE
DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO**

Autor: Palencia Mario

C.I. 17.072.575

Tutor: Msc. María Navarro de Sáez

RESÚMEN

El estudio y del entorno cultural del paciente en el momento de su atención por parte del profesional de la salud se ha visto desvinculado en la práctica. Por lo tanto, se hace necesario estudiar la percepción que tiene el profesional de la salud desde que inicia su formación en la universidad sobre el proceso de salud-enfermedad y su relación con la cultura y el entorno social que rodea al paciente. El presente estudio tuvo como intencionalidad comprender la percepción por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo sobre los elementos culturales que inciden en el proceso de salud-enfermedad. Se abordó desde la metodología cualitativa, como un estudio interpretativo del fenómeno de naturaleza de campo, por trabajar directamente con los informantes claves en su área de desempeño. Los informantes claves fueron considerados de los diferentes departamentos clínicos de la Facultad de Medicina, para así asegurar su transferibilidad del estudio. Luego de una entrevista, diseñada en base a diversas categorías previas que abordaron al máximo la temática de estudio, su transcripción y posterior triangulación, permitió considerar 10 categorías emergentes del proceso. En la dianoi de sus actos perceptivos, se infiere que cada una de las categorías emergentes son inherentes a la relación que existe entre el paciente y el estudiante de medicina, como médico; lo cual desde diversos aspectos inciden en la forma y efectividad de dicha relación. Su interpretación, permitió concluir que se hace necesario resaltar la importancia de la cultura y su influencia en el proceso de la salud y en la enfermedad, demostrando que el paciente no es un individuo meramente fisiológico, si no que pertenece a una sociedad grupal, la cual establece una cultura y patrones de conducta que influyen en su respuesta al proceso de salud-enfermedad.

Palabras Clave: cultura, estudiante, Paciente, proceso de salud-enfermedad.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



**PERCEPTION OF THE PATIENT'S CULTURAL ENVIRONMENT BY THE
STUDENTS OF THE FIFTH YEAR OF MEDICINE AT THE UNIVERSITY
OF CARABOBO**

Autor: Palencia Mario
C.I. 17.072.575

Tutor: Msc. María Navarro de Sáez

ABSTRACT

The study and the cultural environment of the patient at the time of his attention by the health professional has been disconnected in practice. Therefore, it is necessary to study the perception that the health professional has since he began his training at the university about the health-disease process and its relationship with the culture and the social environment surrounding the patient. The purpose of this study was to understand the perception by the students of the fifth year of medicine at the University of Carabobo about the cultural elements that affect the health-disease process. It was approached from the qualitative methodology, as an interpretative study of the phenomenon of field nature, by working directly with the key informants in their area of performance. The key informants were considered from the different clinical departments of the Faculty of Medicine, in order to ensure their transferability of the study. After an interview, designed based on several previous categories that addressed the study topic to the maximum, its transcription and subsequent triangulation, allowed to consider 10 emerging categories of the process. In the dianoa of its perceptual act, it is inferred that each of the emerging categories are inherent to the relationship that exists between the patient and the medical student, as a doctor; which from various aspects affect the form and effectiveness of this relationship. Its interpretation allowed us to conclude that it is necessary to highlight the importance of culture and its influence on the process of health and disease, showing that the patient is not a merely physiological individual, but belongs to a group society, which establishes a culture and patterns of behavior that influence their response to the health-disease process.

Keywords: culture, student, patient, health-disease process

INTRODUCCIÓN

La profesión de la medicina se considera en los últimos años como una profesión que debe centrarse en la persona humana y no perder su mirada sobre ella; la misma demanda a ver al paciente como un libro abierto que le ofrece múltiples páginas que tienen que ser leídas para dar un dictamen sobre su condición, sobre su proceso de salud y enfermedad. En una revisión previa sobre el contexto que rodea al paciente, es pertinente citar un escrito muy llamativo al respecto:

"En diez años de estudio he aprendido a palpar, a hacer incisiones y a dar puntos de sutura, a vendar y a extraer cuerpos extraños con una pinza, a meter el dedo o deslizar tubos en todos los orificios posibles, a inyectar y a poner un suero, a percutir, a hacer un "buen diagnóstico", a dar órdenes a las enfermeras y a redactar una historia correctamente, a hacer algunas recetas,... pero en todos estos años, nunca me han enseñado a aliviar el sufrimiento o a evitar que aparezca. Jamás me han dicho que podía sentarme a la cabecera de un moribundo, sujetarle la mano y no solo a hablarle, sino también a escucharle... jamás me enseñaron a ver a mi paciente como mi hermano."

La enfermedad de Sachs. Martin Winckler. Ed. Akal. 1999.

En estas circunstancias, conviene resaltar que los estudios culturales se plantean como una necesidad social de explicar las diversas causas, fenómenos y prácticas que identifican al individuo en todas sus formas de relación. Todas estas prácticas inciden sobre el proceso de salud-enfermedad, sus relaciones con el medio y la forma en cómo el individuo se relaciona con otros individuos que forman parte de su entorno sociocultural.

Para los estudios socioculturales, se hace necesario determinar cómo los diversos profesionales, que de alguna u otra forma trabajan para el bienestar y desarrollo de los individuos en sociedad, perciben el entorno cultural que rodea a dicho individuo. Sin duda alguna la influencia que tiene dicho entorno está presente en todos los ámbitos

de la vida del ser humano: influye sobre las percepciones, actitudes, juicios, opiniones o comportamientos de los individuos. Es por ello que todo individuo modifica su conducta en base a la interacción que tiene con su medio cultural y social.

Los diferentes procesos que determinan e influyen en el individuo pueden deducirse a partir de ciertas peculiaridades de la conducta y comportamientos externos. Las investigaciones en este campo han demostrado que el individuo es influenciado por los factores culturales al estar o no en presencia de otros y que, en la práctica, todo lo que un individuo experimenta está condicionado en mayor o menor grado por su entorno cultural.

Por lo tanto, la presente investigación se basa en la comprensión del entorno cultural del individuo y sus implicaciones en el proceso de salud-enfermedad. Ante esto, aborda al individuo como paciente cuando hace uso de los servicios de salud que prestan las instituciones destinadas para tal fin. En este sentido, plantea una hermenéutica de la percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes de medicina, cuando abordan al individuo en beneficio de su bienestar y tratamiento del proceso de salud-enfermedad.

Es así que se establece como un estudio sociocultural que determinará la actitud de análisis y observación del entorno que rodea al paciente, como también el factor de preparación académica y profesional que es impartido al estudiante durante el desarrollo de su carrera para hacer frente a esa multiculturalidad de individuos que acuden a sus servicios.

Dicha investigación, se estructura en cinco momentos, cada uno siendo explícito en el proceso de abordar el estudio. En el primer momento, se expondrá la situación de estudio, abordando la problemática existente en la relación médico-paciente, en la cual el estudiante de medicina, tomando una posición meramente científica, obvia el entorno que rodea al paciente. Seguidamente el segundo momento recoge investigaciones anteriores relacionadas con el fenómeno de

estudio, los cuales proporcionan información útil para determinar y explicar el problema existente, así como el basamento teórico y legal que se formula para la situación.

En el tercer momento se describe el abordaje la metodología del problema, a fin de poder comprender la situación de estudio, desde el punto de vista estructural del conocimiento científico, estableciendo el alcance de la investigación, el nivel del estudio y su naturaleza, los informantes claves y el instrumento por medio del cual se recopilará la información pertinente para la investigación, entre otros aspectos. A continuación, el momento cuatro contiene la presentación de las entrevistas realizadas a los informantes claves, con sus respectivas categorías y sub-categorías que emergen del proceso de revisión del discurso de los estudiantes.

Finalmente, en el quinto momento se presenta la interpretación, del fenómeno, o dianosis del acto perceptivo de los estudiantes, desde una conceptualización teórica de cada una de las categorías, a fin de relacionar su incidencia en el contexto de la relación médico-paciente; seguidamente de las conclusiones arrojadas luego de la interpretación fenomenológica, así como las consideraciones pertinentes que puedan ser consideradas en el estudio realizado.

PRIMER MOMENTO

CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO

El primer momento del estudio comprende la descripción de la situación objeto de estudio, ubicándola en un contexto que permita comprender su origen y relaciones. Igualmente, se plantearán las preguntas de investigación, para luego establecerse la intencionalidad de estudio con sus respectivas acciones específicas, así como el motivo del estudio y alcances deseados en su elaboración.

Situación de Estudio

La cultura, a través la historia, se ha considerado básicamente como el conjunto de los valores, creencias, prácticas y formas de vida que caracterizan a un grupo social específico y cuyos aspectos lo diferencian de otro. A partir de las diversas definiciones antropológicas, especifican las diferencias que caracterizan a todos los individuos que conforman el grupo social en específico, y así se establece como el conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física y/o mental que no sea determinada por la biología del individuo, pero que sea compartida por los diferentes miembros que integran a una sociedad en particular.

Para Landong y Wiik (2015), la cultura son todos “aquellos elementos a partir de los cuales los individuos construyen significados para las acciones que realizan, interacciones entre ellos, sustentando formas sociales por las que se rigen, las

instituciones que componen una sociedad y los modelos en los que operan” (p.7); es decir, incluye todos los aspectos que deben ser resaltados de las acciones para que se pueda comprender el significado de la actividad social.

En este sentido, la cultura se considera como un elemento que suele ser aprendido, compartido, y estandarizado, afirmándose que no se puede explicar las diferencias del comportamiento humano a través de la biología de forma aislada, pero que modela las necesidades y características tanto biológicas como corporales del individuo. Partiendo de esta concepción, ser hombre o mujer, venezolano o chino no va a depender solamente de las condiciones genéticas y/o biológicas, pero si, como el hombre o la mujer, el venezolano y el chino, por medio de la cultura, irá a comportarse o tendrá una determinada forma de pensar.

Es así como diferentes estudios etnográficos sobre patrones de comportamiento sexual o de diferentes regiones geográficas, han indicado que existe grandes variaciones de comportamiento de los sexos y la nacionalidad, ya que estas variaciones tienen base en lo que las personas han aprendido, en la cultura sobre la que se desarrollaron, lo que socialmente los ha diferenciado de ser hombre o ser mujer, y de la misma forma en lo que diferencia a ser venezolano o ser chino. (Pachano, 2014; p.16)

Al considerar a la cultura como compartida y a la vez estandarizada, esta va a determinar, por ser parte de la creación humana, lo que va a ser compartido por los diferentes grupos sociales. Las formas materiales, contenidos y atribuciones simbólicas ligados a ella, serán estandarizados a partir de interacciones sociales concretas que se den entre los individuos, así como lo que resulte de su experiencia en determinados contextos y espacios geográficos específicos, los cuales tienden a ser transformados, entretnejidos y compartidos por diferentes segmentos sociales.

Langdon y Wiik (2015), expresaron que a pesar de que el contenido y formas inherentes a cada cultura puedan ser aprendidos y replicados individualmente en relación con la sociedad, “su carácter operacional tiene como fondo las interacciones

entre los individuos”, lo que le da a la cultura ese carácter de experiencia personal incorporada a las relaciones sociales, y por ende, concierne a la antropología:

- Reconocer los patrones culturales que serán compartidos por los colectivos de individuos.
- Inferir sobre lo que existe en común en las acciones, lo que se le atribuye como sentido, significados y simbolismo que proyectan los individuos sobre el mundo material y natural que les rodea.
- Estudiar cómo es la experiencia de vivir en sociedad, caracterizándola como una experiencia interna y subjetiva, así como relacional, y que será regulada por el fenómeno cultural. (p 27)

Entonces si se afirma que la cultura está ligada a cualquier actividad física o mental del individuo y como condiciona su entorno social, acepta que es la cultura quien establece la organización de cada grupo social, según sus propios patrones de conducta, pues se trata de una experiencia integradora y es la que mantiene a los grupos sociales que a su vez comparten y comunican sus formas, instituciones, principios y valores.

Por lo tanto, y en vista de su carácter dinámico y su esencia intrínseca, la cultura y los elementos que la caracteriza, serán las fuentes mediadoras de las transformaciones sociales, altamente apropiadas, alteradas y manipuladas por grupos sociales que las condicionan, y por las directrices trazadas por los diferentes actores sociales que las usan.

Este proceso sucede a lo largo de la vida ya que los individuos son y serán siempre socializados por los patrones culturales vigentes en su sociedad, que como se ha dicho, son contruidos a través de la interacción social cotidiana. El proceso es mediado por la transformación de los individuos en personas, en miembros de un determinado grupo que mutuamente se reconocen.

Ahora bien, partiendo del concepto de que la cultura es un fenómeno total y que, por lo tanto, provee una visión de mundo a las personas que la comparten, orientando de esta forma, sus conocimientos, prácticas y actitudes, diversos elementos que son integrantes de ella. En este sentido, la cuestión de la salud y de la enfermedad está contenida en esta visión cultural de la sociedad y de las relaciones en la praxis social; entonces la enfermedad y las diversas preocupaciones con la salud son universales en las sociedades humanas. Cada grupo social se organiza, gracias a los medios, materiales, pensamientos y elementos culturales “para comprender y desarrollar respuestas a las experiencias o episodios del proceso de salud enfermedad, sean individuales o colectivos” (Villareal, 2012; p 75)

Ante esto, a manera de ejemplo, se puede tomar el concepto de limpieza y de higiene, consideraciones fundamentales presentes todas las culturas. Cada cultura establece las categorías de las cosas, clasificándolas como “limpias y puras” o “sucias e impuras”, determinando cuáles serán las prácticas y conocimientos ligados a estas categorías para su clasificación y distinción de otras. Entretanto, las definiciones acerca de lo que es considerado “limpio” o “sucio”, “puro” o “impuro” son tan variadas y diversas, así como la multiplicidad de culturas humanas encontradas en el mundo. Por estas multiplicidades conceptuales, se establecen prácticas culturales ante los procesos de salud-enfermedad característicos de cada grupo de individuos, definidos y guiados bajo patrones culturales establecidos en su organización social.

Entonces, considerando el proceso de salud-enfermedad, en las diversas culturas, los sistemas de atención a este proceso van a englobar todos los componentes presentes en una sociedad relacionados a la salud y a la enfermedad, donde se incluirán los conocimientos sobre los orígenes, causas y tratamientos de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y agentes en acción en este escenario. A estos, se suman las relaciones de poder y las instituciones dedicadas a la manutención o restauración del estado de salud. (Iturrizaga, 2014, p 13)

Para Prendes (2005), la concepción de la salud en diferentes culturas se basa en diversos esquemas y símbolos que se manifiestan por medio de las prácticas que los grupos culturales utilizan para definir, clasificar y explicar los fenómenos considerados como enfermedad. De esta manera el sistema de atención a la salud de una cultura no está desligado de los demás aspectos, así como un sistema social no está desligado de la organización de un grupo.

De modo similar, la forma o manera como un determinado grupo cultural piensa, actúa y se organiza para mantener la salud y enfrentar diversos episodios de enfermedad, no está desvinculado de la visión general del ambiente que los rodea y de las demás aspectos y dimensiones socioculturales que lo integran. Por esto, se agrega que un sistema cultural de salud resalta la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre el proceso salud-enfermedad en la misma cultura, incorporando los conocimientos y las percepciones utilizadas para definir, clasificar y explicar dicho proceso.

Por consiguiente, diversos estudios en antropología cultural han realizado observaciones interesantes. En el caso de un estudio realizado por Páramo (2007), en Colombia concluyó que la forma como se considera el proceso de salud-enfermedad en las poblaciones humanas reflejan dónde y cómo viven las personas, en qué momento de la historia están viviendo, elementos básicos como el aire que respiran y el agua que beben, qué, cómo y la cantidad que comen, el estatus o rol que ocupan en el orden social y cómo han sido socializados para responder, identificarse o resistirse a ese estatus, si son o no casados, con quién se casan, si están integrados a un grupo en particular o se encuentran aislados socialmente, la calidad y el acceso de cuidado médico que reciben y si ellos son estigmatizados cuando se enferman o si reciben cuidado de parte de su comunidad.

Por lo tanto, las representaciones y prácticas de la salud no son hechos aislados ni espontáneos, pues tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o grupo social.

Ahora bien, tomando en cuenta el proceso de salud-enfermedad como un hecho inherente y concebido de acuerdo a la cultura del individuo, cabe destacar la percepción que posee el equipo multidisciplinario que se desenvuelve en los sistemas de salud. Ante esto, para la formación del profesional de la salud, resulta imperante precisar la concepción que posee sobre la cultura representativa del individuo.

Actualmente, y con solo asistir a una consulta en el sistema de salud en Venezuela, se puede observar que existe una carencia de formación específica en la atención médica, respecto del proceso salud-enfermedad, que ubique su práctica dentro del contexto cultural que lo produce, y sobre todo lo que le permita intervenir técnicamente sobre los procesos socioculturales que afectan la salud colectiva. Es decir que las condiciones sanitarias, con todos sus componentes políticos, económicos, estructurales, culturales e ideológicos son desconocidos y no se expresan del todo en la formación del profesional de la salud.

Con respecto a la descontextualización del objeto de la práctica médica, la formación biomecanicista ha dejado a la atención de la salud al margen de la integridad de los sujetos. La dimensión social de los problemas constitutivos de la salud y enfermedad sigue siendo conflictiva y marginal en la formación de recursos humanos en su atención.

Por lo tanto, no se puede sostener hoy en día que se están formando profesionales para desempeñarse en servicios especializados de alta complejidad, cuando se ha observado que un altísimo porcentaje de los problemas que deberán enfrentar los profesionales en su práctica cotidiana en los hospitales, los centros de salud u otros espacios, “son los derivados de las condiciones culturales del individuo, el desconocimiento de las necesidades de la comunidad y la importancia de diversificar los escenarios de aprendizaje a otros espacios de atención culturalmente relevantes”. (Morales, A., López, T., Vegas, M. y Prendes N., 2015; p 25)

En correspondencia con estas concepciones, avaladas por el contexto social e histórico, en diversas universidades y centros formadores de profesionales de salud, no se proyectan en la formación de un profesional altamente calificado, al verdadero médico que posea una formación crítica del entorno cultural que le permita, no solo diagnosticar y aplicar tratamiento, sino promover salud en su concepción más amplia y así responder a las demandas sociales.

La educación y la formación médica en las universidades oficiales y autónomas venezolanas no tienen como propósito esencial formar a los futuros profesionales para el ejercicio de la medicina social, en la cual se valora al paciente como producto de su interacción con el medio. La formación se ocupa solamente del individuo enfermo, sin considerar al individuo, sano o enfermo, como un ser socio-cultural, limitando su preparación a los fenómenos biológicos en el proceso salud- enfermedad y no tomando en cuenta las influencias que ejerce el medio cultural en que se desenvuelve el paciente.

En el caso de la Universidad de Carabobo, realizando un análisis del pensum de estudios de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, puede observarse que, durante los 4 primeros años de la carrera, en la formación del estudiante de medicina existe una disminuida tendencia al estudio del entorno socio-cultural del individuo en la comunidad. En el primer año de la carrera, son siete materias correspondientes al nivel de estudio, en las cuales solo dos corresponden al estudio de la cultura del individuo; seguidamente en el segundo año solo existe una materia dedicada al estudio del tópico, igualmente con siete asignaturas correspondientes al nivel de estudios.

Se destaca también que en el tercer año de la carrera el estudiante de medicina se integra a la formación profesional, asistiendo a centros de salud en donde continuará su desarrollo profesional hasta completar los seis años correspondientes hasta su culminación y comienzo de actividad profesional, pero que no existe una materia que

le brinde herramientas necesarias para determinar la relación de aspectos culturales del paciente con el proceso de salud-enfermedad al que se enfrentará o continuar con esa formación social con las materias que ha estudiado en los años anteriores.

Seguidamente, al ubicarse en el cuarto año de la carrera, el estudiante de medicina se integra al proceso de formación clínica, en donde comienza a cursar las materias Clínica Médica y Terapéutica I, Clínica Quirúrgica I, Clínica Pediátrica I y Clínica Obstétrica y Ginecológica I. A su vez, en ese cuarto período, realiza el Servicio Comunitario, el cual es un requisito obligatorio para el desarrollo de su carrera. Por lo tanto, en la formación previa a estos cuatro años, el estudiante ha recibido una educación basada en gran manera en aspectos biológicos del individuo, en el estudio de las características morfológicas y fisiopatológicas del paciente, así como la formación profesional que atiende el aspecto psicológico del paciente.

Por consiguiente, se puede destacar que el aspecto cultural y social del individuo, queda establecido a un segundo plano, se estudia de forma superficial, ya que bien ha cursado materias cuyo contenido integra dichos aspectos, estos no están conceptualizados y establecidos desde un punto de vista correlacional con la realidad que se presenta en la sociedad.

El planteamiento anterior es llamativo por cuanto no alcanza a vincular los procesos internos con el ámbito externo de las escuelas de medicina y los contextos sociales en los que se desenvolverá el estudiante y futuro profesional, así como las condiciones de la práctica médica. Al respecto, Bruno (2015), expresó que en la formación de los estudiantes de medicina “se consolida el proceso de la preferencia hacia una vocación científica de los estudiantes, en detrimento de la función de la socialización que debe tener lugar en la escuela de medicina y en el hospital de enseñanza.” (p. 6).

A su vez, y motivado por la formación que ha recibido el estudiante de medicina en sus años de preparación universitaria, en su desenvolvimiento profesional, cuando

es considerado ya un médico, tiene la concepción de que su actividad es netamente curativa, que su formación fue destinada a considerar al paciente con la sola presencia de una necesidad de atención física.

De esta forma, el médico se considera, y se permite decir, que solo está para aliviar el dolor físico que aqueja a su paciente, a curar su enfermedad, y más aún que por destinarse a curar el dolor y la pena física de su paciente, se considera con un estatus privilegiado. Por lo tanto, se ha olvidado, en el momento de la elección de la carrera de medicina que es el contacto humano lo que le permite adquirir su conocimiento obviándose el reconocimiento de que no son dioses sino hombres, por lo tanto, son capaces de fallar y equivocarse, lo cual representa el verdadero aprendizaje que lleva al médico al acercamiento con el paciente y su dolencia.

La problemática radica en que, a pesar de la voluntad y el deseo de cambio por parte de muchos educadores médicos y el planteamiento generalizado de una reforma, la educación del médico se ha quedado en función de la teoría y no de la práctica. De esta manera, la riqueza educativa socializante de la escuela de medicina se pierde en los tecnicismos propios de la enseñanza.

Ante esto, es pertinente preguntar: ¿el estudiante de medicina posee las aptitudes y actitudes necesarias para lograr una función correlacional entre el entorno cultural del paciente y el proceso de salud-enfermedad?, ¿cuál es la concepción que el estudiante de medicina tiene de su desarrollo como profesional que toma en cuenta los aspectos culturales del paciente?, ¿se contribuye a una práctica socio-cultural en la formación del estudiante de medicina? y principalmente, ¿cómo percibe el estudiante de medicina, en el nivel de quinto año de su carrera, la relación que existe entre los aspectos que identifican culturalmente al individuo y su concepción del proceso de salud-enfermedad?

Intencionalidad del Estudio

Comprender la percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo

Acciones Específicas

- Determinar la pertinencia del pensum de estudios de medicina de la Universidad de Carabobo en relación con las enseñanzas del entorno cultural del paciente
- Conocer el enfoque cultural que los estudiantes de medicina aplican en la relación médico-paciente
- Identificar los elementos culturales del individuo considerados fundamentales por parte de los estudiantes en la atención de los pacientes
- Interpretar el acto perceptivo de los estudiantes sobre el entorno cultural del paciente y su influencia en el proceso de salud-enfermedad

Motivo del Estudio

Los estudios e investigaciones culturales son un campo de carácter interdisciplinar que explora las diferentes formas de producción o creación de significados, la adaptación de los individuos que viven en una sociedad y se agrupan de acuerdo a sus intereses y la difusión de los mismos en las sociedades actuales.

Al tratar la cultura como elemento fundamental del individuo, es necesario resaltar que su importancia se centra en la forma de integración de todos los elementos que contribuyen en el desarrollo de la misma.

El conocimiento que debe poseer el profesional de la salud, en este caso el médico, es de fundamental importancia para su desarrollo profesional ya el paciente no debe verse como un objeto de estudio, sino como un individuo que debe ser comprendido, respetado y apreciado como se merece todo ser humano. El profesional de la salud debe identificarse de tal modo con el individuo, entendiendo que él como persona también está comprometido en la tarea médica, con el proceso de salud-enfermedad.

En lo social, representa una visión de la imagen del estudiante de medicina como un futuro profesional que atenderá de forma integral a sus pacientes, tomando en cuenta las diversas formas culturales que conforman los rasgos conscientes e inconscientes colectivo, característicos de los diferentes grupos sociales en los que desarrollará su profesión

Desde el punto de vista educativo, esta investigación presenta una aproximación de la realidad conceptual que poseen los alumnos sobre el entorno cultural que los rodea. Es de vital importancia hacer hincapié en que, al estar al servicio de individuos con diferencias culturales, es absolutamente necesario tener un conocimiento de la diversidad cultural, y esto se basará en primer lugar en el reconocimiento de la cultura como principal factor que incide en la conducta del individuo y por lo tanto será el punto de partida para la atención integral de su salud.

Durante sus estudios y formación profesional, el estudiante de medicina en los hospitales, se encontrará con una gran cantidad de individuos, a saber, pacientes, familiares de los pacientes, el personal de salud, técnicos, administradores, entre otros, por lo cual resultará en una mezcla heterogénea de valores, creencias, actitudes, prácticas y normas. Ante esto, se hace necesario que el estudiante de medicina reconozca la pluralidad cultural que caracteriza a la sociedad venezolana actualmente.

SEGUNDO MOMENTO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y REFERENCIAL

La fundamentación teórica y referencial corresponde a la construcción de un análisis de tipo documental sobre los avances más relevantes que se han logrado con respecto al tema de estudio. En este momento se consideran todos los aportes de trabajos anteriores que se relacionan con el tema, el constructo teórico referencial en el que se desarrolla la investigación y la sustentación legal que apoya al motivo de estudio.

Estudios Previos

El área del desarrollo de los profesionales de medicina y la formación de un talento humano integral en todas las áreas que demanda la sociedad actual, ha despertado el interés en diversos investigadores. En este sentido, se hará una revisión de trabajos previos cuyo lineamiento se especifica en la conceptualización del entorno cultural del individuo, así como los saberes necesarios que debe poseer el estudiante de ciencias de la salud, en este caso, el estudiante de medicina para desarrollar de una manera integral el ejercicio de su profesión al ingresar a las instituciones de salud.

Capuano (2014), en su tesis doctoral titulada “Biogerencia del médico venezolano. Una tetralogía desde lo educativo legal”. El estudio tuvo como propósito develar una Episteme Tetralógica de la Biogerencia Educativa dirigida al médico venezolano, enmarcada en cuatro ejes teóricos: planificación, organización, dirección y estrategias éticas (P.O.D.E.), las cuales son referentes fundamentales para una gerencia de la didáctica médico-legal, donde la planificación representa lo

epistemológico (el conocimiento), la organización, lo ontológico (el ser), la dirección, lo axiológico, (el deber ser) y las estrategias, lo pedagógico, (la formación).

Se hace mención a esos elementos de la gerencia educativa porque es indudable que coadyuvan en la visualización de lo que es una biogerencia en la praxis virtuosa de la medicina, definiéndola dentro del contexto didáctico venezolano; advirtiendo que no se dejarán a un lado los fundamentos teóricos sociales, educativos y legales, así como tampoco la inserción de los principios conceptuales en el desafío de asumir esta concepción biogerencial y educativa. Su paradigma cualitativo, se basó en el diseño descriptivo, con una metodología suscrita al método fenomenológico y hermenéutico que develó una biogerencia educativa caracterizada por la observación lograda en las entrevistas en profundidad, donde se pudo poner en evidencia el desempeño del médico en ejercicio de la Escuela de Medicina, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Carabobo, Venezuela.

En sus aseveraciones, estableció que la actividad académica debe permitir descifrar todo el modelo paradigmático que ha dominado desde el renacimiento, el hacer y pensar de la ciencia para construir un conocimiento científico actual que satisfaga las necesidades de índole social y cultural de la sociedad actual. En este orden de ideas, se conceptualiza a la universidad como una comunidad integrada por docentes que en el ejercicio de su práctica docente desarrollan la investigación como función rectora en su misión educativa socializadora.

Su investigación, se relaciona con la presente, en el sentido de que vislumbra una formación docente universitaria caracterizada por su orientación y lógica dialéctica, sistémica, interdisciplinaria, constructivista, cultural y humanista, que se fundamente en la riqueza de la vida humana cotidiana, pero, al mismo tiempo, conduzca su acción con gran rigurosidad, sistematicidad y criticidad, rigor en las exigencias de la sociedad actual.

Por otro lado, Maurera (2015), en su tesis doctoral titulada “Percepción de la Tuberculosis y Escenarios de Vida”, se replantearon los determinantes y condicionantes de esta enfermedad como fenómeno de estudio, en un intento de superar el positivismo reduccionista del saber médico dominante. Su trabajo tuvo

como intencionalidad mostrar los escenarios de vida y la tuberculosis como patología social de los habitantes del municipio Carlos Arvelo del Estado Carabobo.

Con este estudio fenomenológico, a los informantes claves se le realizó entrevista cara a cara como parte del proceso de recopilación de vivencias. Se empleó la categorización para el análisis, interpretación, y reflexión de las experiencias. En la revelación de experiencias, reflexionaron sobre el valor de la vida y la salud y en tener una vida humana digna. Desde una mirada transdisciplinaria se lograría facilitar y potenciar las posibilidades del individuo para la comprensión de la vida, el rescate de su salud, de la actividad social y laboral, protegiendo el ambiente, construyendo viviendas dignas y espacios para la recreación, creando valores y generando prácticas culturales solidarias.

En el mismo sentido, concluyó que una concepción dinámica de la salud y la enfermedad no puede limitarse a visualizar un estado de salud ideal y otro de enfermedad como los extremos de un continuum, debe ser concebida como un proceso y como el resultado de lo que hace el conjunto de la sociedad, sus instituciones públicas, privadas y los ciudadanos, comenzando en la medida en que todos los sectores incluidos analicen las variantes sociales y culturales para que se cumplan sus tareas específicas. Desde la perspectiva transdisciplinaria se comprendería el proceso salud-enfermedad como fenómeno de estudio y uno de sus imperativos es la unidad de conocimientos científicos, humanísticos y sociales.

Para la presente investigación, esta propuesta representa un punto de partida en la necesidad de percibir el entorno total que envuelve al paciente, desde los fundamentos de la carrera de medicina, para proporcionar el conocimiento y la producción del aprendizaje sociocultural, revelando los aspectos sociales y culturales implicados en su construcción, planteando que todo proceso de aprendizaje implicaría principalmente la atención integral del paciente dentro de su escenario, sus características y el contexto cultural donde se desenvuelve.

Igualmente, Rodríguez (2017), realizó un trabajo de grado titulado Perfil por competencias del médico docente en el postgrado de medicina familiar. Apoyándose en la teoría positivista del Aprendizaje, bajo un enfoque holístico, logró formular el

perfil del facultativo, el cual deberá orientarse hacia una capacidad de innovación, en su proceso de formación, que permita desarrollar con mejor eficacia a los profesionales de la Medicina, las habilidades intelectuales y cognitivas que le permitan resolver con propiedad situaciones en los Institutos de salud como en su entorno profesional.

El estudio fue de naturaleza cuantitativa, de tipo proyecto factible con un diseño de investigación de campo transeccional. La población estuvo constituida por catorce docentes y trece estudiantes del postgrado en Medicina Familiar del Ambulatorio “Dr. Luis Guada Lacau.”, I.V.S.S. Naganagua, Estado Carabobo, la cual se incluyó en su totalidad por ser una población pequeña.

Sus conclusiones pudieron reflejar que el médico como docente en la educación de postgrado debe tener un conjunto de cualidades o rasgos personales y profesionales significativos y caracterizadores para proporcionar ayuda no sólo al médico en formación, sino también al equipo paramédico, para bien del paciente y la comunidad en general. Estas cualidades las resumió en cuatro aéreas distintas, a saber:

1. Promotor: del autoconocimiento y el juicio crítico respecto sus habilidades y actitudes ante los problemas relacionados con la salud y estimulador del interés por el conocimiento clínico, biomédico, sociomédico, además de la investigación y la docencia.

2. Humanista: para asumir actitudes y valores éticos, que en su conjunto proporcionen una formación integral.

3. Conocimientos y habilidades: para manejar las características generales de la estructura y función del ser humano, las enfermedades de mayor prevalencia y trascendencia y los principios de la relación médico-paciente en diferentes contextos.

4. Facilitador: de las orientaciones pedagógicas, sociales, culturales y psicológicas fundamentales, adaptándose a los estilos de aprendizaje de los estudiantes o participantes.

De acuerdo a su contexto de la investigación, el estudiante de medicina, y futuro profesional de la salud, debe poseer todas estas áreas en su componente educativo y

profesional, destacando que participa en una sociedad multicultural y sus diversos pacientes presentarán características diversas, determinando la relación médico paciente, el cual es el contexto en el que se basa el presente estudio.

En el contexto internacional, Morales, López, Prendes y Vegas (2015), presentaron los resultados de un proyecto de investigación titulado “Universidad, Comunidad y Formación Humanístico-Cultural” en la Universidad Central Marta Abreu de las Villas, en Cuba, el cual se dirigió a ofrecer alternativas sobre cómo la universidad puede contribuir a la formación humanístico cultural de sus estudiantes y valorar el entorno social al que se vincula.

Los principales resultados obtenidos fueron establecidos en tres modelos, a saber: Modelo teórico metodológico para contribuir a ampliar el nivel cultural de los estudiantes de medicina en los Institutos Superiores de Ciencias Médicas, Modelo de superación a directivos para contribuir a la educación en valores en el contexto sociocultural y Modelo teórico metodológico para lograr el vínculo universidad comunidad para influir en la formación humanística a partir de las disciplinas artístico literarias.

El estudio enfrentó a los paradigmas establecidos en las universidades academicistas, puramente científicas o no centradas en la formación de diversas competencias, privilegiadoras de un hacer instrumental científico en determinado campo biológico y/o fisiológico, donde la adquisición y desarrollo de capacidades, habilidades y destrezas no cumple con la necesidad de eficiencia y la calidad que demandan las sociedades actuales. Resaltó que las universidades cubanas, por el contrario, han concebido su rol como agente dinamizador del progreso social, en la que todas sus acciones corresponden con las demandas sociales y propician que no se produzcan una barrera que aísla la institución y el contexto.

Considerando la finalidad socializadora de la universidad y el concepto de cultura de diversas comunidades desde una perspectiva integradora, y considerando la formación humanista en el sentido amplio, los autores elaboraron diferentes conclusiones de acuerdo a los modelos planteados, dirigidos principalmente a las siguientes acciones:

1. Promover la relación entre la universidad y el contexto socio-cultural comunitario.
2. Accionar las instituciones culturales de la comunidad a partir de las acciones conjuntas con la dimensión extensionista de la universidad.
3. Lograr que exista una integración de las dimensiones curricular, extensionista e ideológicas en la dinamización y transformación del entorno social.
4. Indagar en el conocimiento y la forma de divulgar la cultura y los valores de la comunidad mediante la integración universidad-comunidad
5. Contribuir a la formación integral de los estudiantes.
6. Relacionar a los ciudadanos con personalidades de la cultura, las instituciones culturales básicas y las distintas manifestaciones culturales, especialmente las propias de la comunidad y contribuir al disfrute y apreciación de sus valores.
7. Fortalecer los sentimientos de identidad.
8. Contribuir a desarrollar una visión amplia del mundo en la sociedad a partir de su formación cultural.

Atendiendo a la necesidad de una formación integral del estudiante de medicina, el proyecto de investigación que realizaron Morales *et al* (2015), muestra una forma de proceder sistémica e integrada sobre cómo la universidad puede incidir desde la investigación científica en la formación humanística y cultural de sus estudiantes y de la comunidad, en establecer un vínculo entre la universidad y el contexto sociocultural.

Por último, García (2015), en la Universidad de Huelva, España, presentó una tesis doctoral titulada “Competencia cultural en salud: conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales”. El eje central de estudio se basó en conocer las actitudes de los proveedores de salud, respecto al cuidado del otro, teniendo en cuenta tal y como evidencia la literatura la necesidad de incluir en el análisis las actitudes de la población pre-profesional, incluyendo la formación en competencia cultural como estrategia común a los proveedores de cuidados y a aquellos que lo serán en el futuro y enfatizándose la competencia cultural en la investigación en salud

promocionando el pluralismo metodológico, enfatizando el paradigma fenomenológico para el abordaje de las prácticas socioculturales en la salud de los individuos.

Los resultados obtenidos demostraron la necesidad de adoptar unos cuidados culturalmente competentes en los procesos de salud y enfermedad, considerando cada uno de ellos y teniendo en cuenta que los conocimientos, prácticas y actitudes permiten concluir que el cuidado es, sobre todo, un acto comunicativo, el encuentro con el “otro”, a través del mismo se busca desarrollar relaciones significativas y respetuosas con los pacientes.

Los proveedores de cuidado, deberán esforzarse en aumentar su conocimiento cultural e incluir éste en su rol enfermero, perdiendo el miedo a aceptar y comprender la necesidad de integrar la competencia comunicativa intercultural en su día a día. Debe prevalecer el derecho a mantener la identidad cultural del paciente, sin anular aquellos valores que son diferentes a los propios, esto genera un enriquecimiento mutuo con nuevas pertenencias, viendo el mundo con los ojos del otro, agregando a su conocimiento el aportado por los demás; asegurándonos una relación enfermero-paciente eficaz, siendo capaz de conocer con el otro más que sobre el otro, recalándose que sólo con competencia cultural esto se hará posible.

En consecuencia, al igual que el tema de investigación presente, su obra recaló que en España, según la literatura científica, no existen suficientes factores para que se permita la consolidación de unos cuidados en salud transcultural, por lo que se planteó como necesarias, estrategias de adecuación al contexto para potenciar la adquisición de una conciencia cultural en nuestros profesionales que advierta la necesidad de incluir en sus prácticas cotidianas una visión holística del paciente, teniendo en cuenta los aspectos socioculturales.

Fundamentos Teóricos y Legales

1. Sobre cultura y su concepto

Definir lo que es la cultura parece ser una tarea por demás sencilla, en primer lugar, por el hecho de que los miembros de una sociedad, al estar, de algún modo, inmersos en ella, y al ser todos portadores de una cierta cultura, pretenden tener una noción de la misma; y, luego, porque desde la antigüedad los intentos por definir la cultura se han venido repitiendo sin interrupción en vista, sobre todo, de la implicación constante que ésta ha mantenido con la vida social. De ahí que se pueden registrar múltiples y variados conceptos de cultura, muchos de los cuales han aportado efectivamente al esclarecimiento de este fenómeno.

Sin embargo, la definición de cultura entraña una dificultad puesto que como hecho social abarca un campo muy amplio cuya delimitación no siempre es fácil de precisarla. Inicialmente, se hallaba encubierto por la filosofía y no sólo que aparece en esta forma, sino que la filosofía constituye, desde su aparecimiento, una manera de enfocar el fenómeno cultural en su conjunto, al sustentar tesis esenciales sobre el mundo y la vida, las cuales influyen directamente sobre el comportamiento social.

Tylor, (1871), definía la cultura como "ese todo complejo que comprende el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, la ley, la costumbre y otras facultades y hábitos adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad". (Citado por Ron, 2014; p 8). Esta definición que expresaría el punto de vista del evolucionismo, se ha sintetizado en la afirmación de que la cultura comprende toda clase de comportamiento aprendido. En la práctica, por consiguiente, el rasgo distintivo del estudio de la cultura sería el ocuparse de las costumbres y los modos de vida.

Para Freud, la cultura muestra dos distintos aspectos:

"Por un lado, comprende todo el saber y el poder conquistados por los hombres para llegar a dominar las fuerzas de la naturaleza y extraer los bienes materiales con que satisfacer las necesidades humanas, y por otro, todas las organizaciones necesarias para regular las relaciones de los hombres entre sí y muy especialmente

la distribución de los bienes naturales alcanzables". (Citado por Ron, 2014; p 12)

En esta forma, sería absolutamente correcto definirla en sentido general como "la herencia social de los miembros de una sociedad".

Por otro lado, la cultura no es un todo homogéneo, dicho en otras palabras, los rasgos culturales de una sociedad cualquiera que ésta sea (desarrollada o subdesarrollada, "primitiva" o "civilizada") son, ciertamente característicos (propios, originales) pero muy diversos, disímiles, heterogéneos; ahora bien, la interacción de estos rasgos, el predominio de uno o varios de ellos, sería lo que confiere el carácter fundamental a una cultura determinada.

Entonces, estos conceptos permiten comprender la complejidad del hecho cultural, complejidad que la reduce a fenómenos de por lo menos tres órdenes diferentes: del material, es decir, los bienes de una sociedad; la conducta manifiesta y lo psíquico, es decir, los conocimientos, las actitudes y los valores de que participan los miembros de una sociedad.

2. Sobre aprendizaje sociocultural

Belmartino (2013) señaló que, en el área de la salud, “se propone sumergirse en la globalización, pero sin perder la propia identidad particular del lugar de procedencia; por lo que la tríada salud-solidaridad-identidad rige este fenómeno necesario” (p 6). El autor expone que si al realizar el ejercicio del cuidar, se comienza a reconocer frente al otro ser humano como fuente de saber, con una historia, una posición en lo global y lo local, se desarrolla un sentido de interdependencia entre los saberes profesionales y los no profesionales y se pone de manifiesto una auténtica interrelación humana cuyo propósito conjunto es promover la salud y la vida fomentando metas comunes

Por lo tanto, las transformaciones a nivel mundial en el campo económico, político, social, ambiental y cultural demandan estrategias educativas distintas a las

actuales, desde el nivel inicial hasta el universitario, que partan del análisis de la realidad y del estudio de teorías que contribuyan a interpretar y a enriquecer la práctica pedagógica como proyecto sociocultural, considerada como el aprendizaje sociocultural de Vigotsky

Lev Semionovich Vigotsky (1885-1934), fue un psicólogo soviético que se interesó por estudiar las funciones psíquicas superiores del ser humano como la memoria, atención voluntaria, razonamiento, solución de problemas. En vista de esto, formuló una teoría a fines de los años veinte en la que planteaba que el desarrollo ontogenético de la psiquis del hombre está determinado por los procesos de apropiación de las formas histórico-sociales de la cultura, articulando los procesos psicológicos con los socioculturales, de tal manera que las funciones superiores del pensamiento serán producto de la interacción cultural.

Vigotsky planteó el fundamento epistemológico de su teoría indicando que, de acuerdo a Matos (1996), “el problema del conocimiento entre el sujeto y el objeto se resuelve a través de la dialéctica marxista, donde el sujeto actúa (persona) mediado por la actividad práctica social (objetal) sobre el objeto (realidad) transformándolo y transformándose a sí mismo”. (Matos, 1996:4; citado en Rodríguez, 2014 p. 60).

En su teoría, el ser humano cuando entra en contacto con la cultura a la que pertenece, es allí donde se apropia de los elementos o símbolos de origen social para luego internalizarlos. Vigotsky indica que el signo siempre es inicialmente un medio de vinculación social, un medio de acción sobre los otros y solo luego se convierte en un medio de acción sobre sí mismo. Por lo tanto, el individuo se va a apropiar de las manifestaciones culturales que tienen un significado en la actividad colectiva; es así como los procesos psicológicos superiores se van a desarrollar en los individuos a través de las prácticas sociales, por medio de la adquisición de una tecnología social, con los signos y herramientas de la educación en todas sus formas.

Para Vigotsky lo que determina el desarrollo ontogenético del ser humano tiene la siguiente estructura: actividad colectiva y comunicación (cultura), apropiación de la cultura (enseñanza y educación) y la actividad individual (desarrollo del

individuo). Esta estructura va a transmitir el al desarrollo de todas aquellas condiciones sociales de los individuos que viven y se relacionan en distintas épocas y en diferentes culturas. Por lo tanto, señala a la educación formal como la fuente de crecimiento del ser humano, porque es allí donde se van a incluir los contenidos contextualizados orientados, no solo la transferencia de habilidades, sino también al uso colaborativo de las formas de mediación para que se pueda crear y obtener el sentido de la educación. La enseñanza debe ser constantemente exigente con los estudiantes y ponerlos ante situaciones que les obliguen a implicarse en un esfuerzo de comprensión y de actuación.

Su planteamiento concuerda con lo establecido en el Artículo 3 de la Ley Orgánica de Educación en Venezuela (1980), la cual establece que la educación tiene como fundamenta el desarrollo de la personalidad y así mismo el logro de un hombre crítico, culto, y apto para vivir en una sociedad democrática, considerándose como una sociedad pluralista, en la que se determinan diferentes formas de culturas en donde el contexto educativo se basa en la comprensión y los vínculos de integración que caracterizan a las sociedades.

Desde esta teoría del aprendizaje sociocultural, la relación entre el paciente y el estudiante de medicina se vislumbra como un proceso complejo, donde la concepción del entorno de dicho paciente y la interpretación que le da el estudiante de medicina desempeñan un papel relevante para entender los procesos de salud y enfermedad y, en general, las complejidades de la experiencia humana en las relaciones sociales por medio de un aprendizaje significativo, a través del estudio y la concepción de los modos de comportamiento, autopercepciones, identidades, prácticas e ideologías que identifican y forman parte del individuo.

Con respecto a las condiciones culturales del individuo, se vislumbra que en el estudio de los contextos reales hay múltiples formas de conocer el mundo y que el conocimiento sobre la salud del individuo está relacionado con sus acciones, saberes y prácticas locales. Con un claro interés por este campo de estudios, los estudiantes de medicina deben integrar a sus estudios la comprensión de las condiciones culturales del individuo que inciden en los fenómenos de la salud y la enfermedad,

para emplear las diversas metodologías de abordaje en los procesos de intervención y lograr el bienestar integral del individuo.

3. Sobre la percepción

En términos generales, y de acuerdo al Diccionario Médico de Segen (2012), la percepción se define como “la constelación de procesos mentales mediante los cuales una persona reconoce, organiza e interpreta datos intelectuales, sensoriales y emocionales de una manera lógica o significativa.”

Biológicamente, la percepción es la capacidad humana de recibir estímulos provenientes del exterior, permitiendo realizar juicios sobre el ambiente exterior. Desde un punto de vista más amplio, la percepción hace referencia a las impresiones que se forman en el individuo por medio de su constante contacto con la realidad que lo rodea.

La percepción de la realidad se basa en un sustrato empírico, en la experiencia, mientras que la percepción de los mensajes se funda en el sustrato cultural y como tal varía con el crecimiento y la pertenencia a diferentes culturas. Los signos del entorno real “son indicadores (significantes) que pueden ser «leídos» en función de la experiencia; en ellos no hay información, aunque pueda utilizárselos para deducir cosas. Estos signos reales no son imágenes sino presentaciones de sí mismos” (Ardila, 1990; p 432)

Vargas (2004), establece que “la percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones” (p 65). Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia

social, a través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno.

Sobre la base biológica de la capacidad sensorial, la selección y elaboración de la información del ambiente se inicia en la discriminación de los estímulos que se reciben, en tal discriminación subyace la mediación de mecanismos inconscientes. Esta mediación impulsa a evaluar lo que en determinado momento interesa de entre todas las posibles manifestaciones sensibles del ambiente; de lo potencialmente percibido se lleva a cabo una selección de lo que es importante dentro de las circunstancias biológicas, históricas y culturales.

Es por ello que cabe destacar que en el proceso de la percepción se ponen en juego referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas. De esta forma, a través del reconocimiento de las características de los objetos se construyen y reproducen modelos culturales e ideológicos que permiten explicar la realidad con una cierta lógica de entre varias posibles, que se aprende desde la infancia y que depende de la construcción colectiva y del plano de significación en que se obtiene la experiencia y de donde ésta llega a cobrar sentido.

De acuerdo con los referentes del acervo cultural lo percibido es identificado y seleccionado, sea novedoso o no, adecuándolo a los referentes que dan sentido a la vivencia, haciéndola comprensible de forma que permita la adaptación y el manejo del entorno. Entonces, la manera de clasificar lo percibido es moldeada por circunstancias sociales. La cultura de pertenencia, el grupo en el que se está inserto en la sociedad, la clase social a la que se pertenece, influyen sobre las formas como es concebida la realidad, las cuales son aprendidas y reproducidas por los sujetos sociales (Santoro, 1990).

4. Sobre el modelo cultural del proceso salud-enfermedad

La salud y la enfermedad han pasado por diferentes concepciones a lo largo de la reciente historia del hombre. Desde sus inicios, ligados a la magia y a la religión hasta las actuales investigaciones genéticas, los trabajos de Hipócrates, Galeno y una enorme cantidad de sabios cirujanos y médicos, han ido sumando conocimientos a las diversas explicaciones que los individuos son capaces de dar al proceso de salud-enfermedad y a los padecimientos que surgen en el tránsito de un elemento del proceso al otro.

Una concepción positivista, ligada al nacimiento de la ciencia y de la medicina basada en la comprobación empírica, promovió a partir de la Ilustración y durante los siglos XVIII, XIX y XX un modelo de atención sanitaria biologicista más ligado a la curación de la enfermedad que al mantenimiento de la salud. En esta época de la historia se realizaron los mejores empeños en combatir a diversas enfermedades como la peste, el cólera, la viruela, entre otros, cuando ya estaban presentes en la sociedad, abandonando la importancia de modos más factibles de frenar su avance, basado en la prevención (Iturrizaga, 2015).

En ese ambiente biologicista, pero desde un evidente punto de vista crítico, surgieron diversos debates que llevaron a la creación de un organismo internacional y participativo, que se hiciera cargo de velar por los intereses de salud de la población mundial, conocido como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los fundadores de la OMS aprobaron, entre 1946 y 1948, recién terminada la Segunda Guerra Mundial y bajo el amparo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), una definición de salud muy revolucionaria, pero propia de los tiempos que se estaban viviendo: “la salud es un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”. Este nuevo concepto de salud tuvo la gran virtud de dar paso al abordaje bio-psico-social de lo sanitario y ofreció una definición positiva de salud que iba más allá de la ausencia de una enfermedad.

Ante este nuevo concepto se consideraron tres aspectos fundamentales, a saber: prevenir, curar y cuidar. Estos serían los tres grandes patrones o referencias de actuación de cualquier modelo de salud, considerando que depende de en cuál se ponga el acento, así serán las consecuencias. Si la opción es prevenir, la salud será el principal objeto de interés; si la opción es curar o cuidar, la enfermedad no se erradicará. El siguiente modelo se esquematiza de acuerdo a lo planteado por Iturrizaga, (2015):

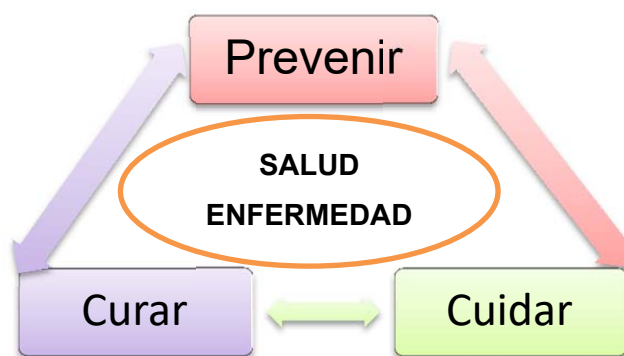


Gráfico 1. Modelo de Proceso Salud-Enfermedad. Tomado de “Un Modelo Socio-Cultural de Acción en Salud” de Iturrizaga, A. 2015

El autor subraya que el modelo propuesto no excluye ninguno de los tres grandes ejes de acción, ya que las nuevas acciones deben girar en torno de la prevención, sin excluir que se sigan invirtiendo esfuerzos en curar a los que padecen una enfermedad y en los cuidados para disminuir dolencias. Es decir, “se trata de una cuestión de asignar grados de relevancia y planteamientos temporales distintos, pero sin excluir alguna de las fases” (Iturrizaga, 2015; p 14). Entre tanto se da el proceso, el mismo autor señala que no debe descuidarse al individuo en su aspecto relacional con el entorno y sus factores culturales, ya que se debe abordar el proceso desde el punto de vista de las relaciones que caracterizan a los individuos entre sí dentro de la sociedad y que la convierte en una sociedad con una cultura característica y diferente a otro grupo social.

Por lo tanto, si la salud de una persona puede ser estudiada con una perspectiva individual, pero analizando la cultura que lo identifica en el colectivo, la salud de una sociedad, o de un grupo de personas, debe ser estudiada desde un punto de vista relacional, para analizar el conjunto de prácticas, normas, condiciones de vida, ambiente geográfico y otros elementos que están inmersos en la cultura de dicha sociedad a la que el individuo pertenece y que conllevan al estado de salud.

De dicho estudio se encarga una disciplina denominada salud pública. La salud pública, de acuerdo a Spector (2012), permite a los profesionales de salud:

“...ofrecer una atención integral de calidad teniendo en cuenta las creencias, hábitos, prácticas, normas y valores de las personas, teniendo en cuenta principalmente lo más valioso de la tradición humanista del arte de cuidar al individuo para que no enferme y de determinar científicamente y apreciar cuáles son las causas que pueden conducir a que la dolencia individual se convierta en un problema de la colectividad, con la intención de prevenir esas causas.” (p 31)

Evidentemente, la salud pública es un campo de estudio y de acción tan complejo que se maneja desde la gestión de los sistemas sanitarios establecidos por los diferentes hábitos, costumbres, prácticas y aspectos ideológicos y de comportamiento de las sociedades, donde se establezcan los diferentes enfoques sanitarios para lograr un óptimo desarrollo integral del individuo.

En concordancia con esta teoría, resulta útil parafrasear los artículos 25 y 29 de la Ley Orgánica de Salud en Venezuela (1998), donde expresa que la promoción y conservación de la salud debe crear una cultura de salud que permita el logro del bienestar integral del individuo, considerándolo como un instrumento primordial para su desarrollo y evolución dentro de la sociedad, sin distinciones de condiciones culturales, edad, sexo y demás consideraciones, para lograr los diferentes niveles de atención en salud.

Sustentación Legal

La profesión docente y en salud se desarrolla bajo unos parámetros legales evidenciados en las leyes, códigos, normas y reglamentos, que definen las características generales de quienes se desempeñan en estas áreas.

En primer lugar, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) contempla que la educación, estará a cargo de personas de reconocida moralidad y de idoneidad académica comprobada. De la misma forma, la Ley Orgánica de Educación (2009) refuerza este contenido agregando que quien ejerza funciones de docente, debe estar provisto de título profesional respectivo. Además, establece como un derecho la formación profesional, y expresa en el artículo 38, que:

“La formación permanente es un proceso integral continuo que, mediante políticas, planes, programas y proyectos, actualiza y mejora el nivel de conocimientos y desempeño de los y las responsables y los y las corresponsables en la formación de ciudadanos y ciudadanas. La formación permanente deberá garantizar el fortalecimiento de una sociedad crítica, reflexiva y participativa en el desarrollo y transformación social que exige el país.”

Así la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su Artículo 102 establece que: “...*El Estado la asumirá como función indeclinable y de máximo interés en todos sus niveles y modalidades, y como instrumento del conocimiento científico, humanístico y tecnológico al servicio de la sociedad...*” (p.26). Planteándose que para el estado la educación es el eje central para el mantenimiento e impulso para el desarrollo de la nación.

Ante tal planteamiento, el estado a través de sus leyes sirve de plataforma para que la educación, permita mantener la calidad de desarrollo de un país jugando un papel muy importante en su progreso como país y como parte de un mundo globalizado. De igual manera en el Artículo 110 se manifiesta que:

“El estado ve al conocimiento generado por la ciencia y la tecnología, como generador de progreso y desarrollo para el país. De esta manera, el Estado propiciará todas las garantías para que se cumpla dicho objetivo, necesariamente en recursos y soporte

tecnológico, que va fomentando un avance para el conocimiento y desarrollo de la nación.”

Por su parte, la Ley Orgánica de Educación Universitaria (2009) en el Artículo 38 y su numeral 1 dice lo siguiente: La Educación Superior tendrá la alta misión de contribuir al desarrollo sostenible y el mejoramiento del conjunto de la sociedad a partir de:

“Formar profesionales altamente calificados y ciudadanos responsables, capaces de atender a las necesidades de todos los aspectos de la actividad humana, ofreciéndoles calificaciones que estén a la altura de los tiempos modernos, comprendida la capacitación profesional, en las que se combinen los conocimientos teóricos y prácticos de alto nivel mediante cursos y programas que estén constantemente adaptados a las necesidades presentes y futuras de la sociedad.”

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, cabe destacar que esta ley establece la importancia de la investigación en la educación, con el objetivo de obtener un producto sólido y sustentable para la sociedad, un profesional íntegro y preparado en su área.

Dado que los programas de formación de médicos se ajustan a las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en atención a su estrategia de inclusión del enfoque de Atención Primaria en Salud (APS 2013), en los programas de formación médicos, define el perfil del médico como:

“...un médico general, en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque bio-psicosocial ambientalista, con la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje transversal de su formación.” (p 4)

Los principios de la APS se mencionan en los artículos 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en los que se refieren a la salud como un derecho social fundamental y a la garantía del mismo por parte del Estado. Además, el artículo 85 menciona que el Estado en coordinación con las universidades promoverá y desarrollará una política de formación de profesionales y técnicos en el área de la salud.

TERCER MOMENTO

ABORDAJE METODOLÓGICO

Toda investigación de acuerdo a su naturaleza se fundamenta en las orientaciones metodológicas que direccionan el estudio, bajo un conjunto de procedimientos, métodos y técnicas, conocido como marco metodológico. Al respecto Balestrini (2006), señala: “el marco metodológico es la instancia referida a los métodos, las diversas reglas, registro, técnicas y protocolo de los cuales una teoría y su método calculan las magnitudes de lo real” (p. 126). Por lo tanto, dentro de la esencia del camino metodológico para el desarrollo de la presente investigación se puede destacar los siguientes elementos:

Naturaleza del estudio

Dentro de las distintas modalidades de estudios de investigación es fundamental indicar que el presente estudio se encuentra en la modalidad de investigación de campo ya que se busca el análisis de los datos en la realidad, al respecto el Manual UPEL (2012) señala:

“Se entiende por investigación de campo en análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efecto, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoque de la investigación conocidos en el desarrollo. Los datos de interés son recogidos de forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales y primarios”. (p.18)

Partiendo de esta premisa se corrobora que el estudio no se manipula ninguna información, dato o variable, pues los hechos son estudiados tal como se obtienen de la realidad es decir en su forma natural.

Enfoque del estudio

La investigación está enmarcada en un enfoque cualitativo, para Martínez (2005):

“La opción de la metodología cualitativa implica también el hecho de que se ha considerado como la más apropiada para el estudio del fenómeno en cuestión. Esto, a su vez, como veremos, se fundamenta en una opción previa *epistemológica* (teoría del conocimiento) y *ontológica* (teoría sobre la naturaleza de la realidad)” (p.22)

En el mismo orden de idea, los autores Blasco y Pérez (2007), señalan que “la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas” (p.25). Por ello la razón de la investigación bajo el enfoque cualitativo, se debe a que se busca estudiar el fenómeno de la percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes de medicina, permitiendo conocer cuáles son esas características y diferencias de los individuos como pacientes, que son consideradas relevantes para el abordaje por parte del estudiante, y así establecer una relación médico-paciente efectiva.

Características del nivel del estudio

En lo que respecta a las características del nivel de la investigación es de carácter Interpretativo, de acuerdo al Manual UPEL (2012) señala que: “Según los objetivos del estudio propuesto la investigación de campo puede ser de carácter exploratorio, descriptivo, interpretativo, reflexivo-crítico, explicativo o evaluativo” (p.18). Está investigación que se ubica en el enfoque cualitativo se hace referencia al carácter interpretativo, el cual según Lunner (2005) este carácter, plantea que “se centra en

estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social”. (p.19). Evidentemente la investigación estaría inmersa bajo el carácter interpretativo porque se basa en las interpretaciones y significado del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes de medicina.

La postura paradigmática está inmersa bajo el enfoque interpretativo identificado por Leal (2009) como “Holístico, naturalista, humanista, y etnográfico, fundamentado en la credibilidad y transferibilidad”, (p. 124), la razón de esto se debe a que la información o argumentos de los informantes se tomaran tal cual como ellos los expresen buscando comprender el fenómeno que ocurre en la percepción del entorno cultural del paciente por los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo

Método aplicado en el estudio

El método permite indicar el camino a seguir para lograr un conocimiento confiable en la investigación, en el presente estudio se abordará el método fenomenológico, según Martínez (2009), plantea que:

El método fenomenológico estudia los fenómenos tal como son experimentados y percibidos por el hombre. Husserl, fundador de la fenomenología (1962, orig.1913; 1970, orig.1936), acuñó el término Lebenswelt (mundo de vida, mundo vivido) para expresar la matriz de este mundo vivido con su propio significado. (p.137).

En relación a lo antes señalado se pretende estudiar el fenómeno de percepción del entorno cultural del paciente, tal cual como es percibido por los protagonistas del motivo de estudio, es decir, los estudiantes de medicina; por tal razón se justifica el método fenomenológico para el estudio. Al mismo tiempo Martínez (2009) señala que: “el método fenomenológico se centra en el estudio de esas realidades vivenciales que son poco comunicables, pero que son determinantes para comprensión de la vida psíquica de cada persona”. De allí la importancia de la interpretación de la noesis de los estudiantes de medicina en cuanto al entorno cultural que rodea al paciente.

Diseño del estudio

Para el desarrollo de la investigación se utilizará el diseño propuesto por Martínez (2009), el cual plantea una serie de etapas y pasos que detallan a continuación:

1. **Etapla previa:** Clarificación de presupuesto, en general el hombre inteligente no suele fallar en su lógica o argumentación; pero acepta con facilidad en forma tácita, no explícita ciertos presupuestos que determinan los cursos de su razonamiento o investigación.
2. **Etapla Descriptiva:** el objetivo de esta etapa que se realiza en tres pasos, es lograr una descripción del fenómeno en estudio que resulte la más completa y no prejuiciada posible y, al mismo tiempo refleja la realidad vivida por cada sujeto, su mundo y su situación, en la forma más auténtica. Una buena descripción es una conditio *sine qua non* para poder realizar una investigación digna de respeto, lograr conocimientos válidos y no embarcarse por un camino de ilusión, engaño y decepción.
 - ✓ **Primer paso:** Elección de la técnica o procedimiento apropiado; resultaran muy útiles todos los procedimientos que permitan realizar la información repetidas veces: grabar las entrevistas, filmar escena, televisarlas etc. No obstante, será esencial que no perturben, deforme o distorsionen con su presencia la auténtica realidad que tratan de sorprender en su originalidad y primigenia espontaneidad.

En la práctica, la observación fenomenológica que servirá para recoger los datos sobre los cuales se hará luego la descripción protocolar, se puede realizar mediante: Observación directa o participativa, la entrevista coloquial o dialógica, la encuesta o el cuestionario, el autorreportaje
 - ✓ **Segundo paso:** realización de la observación entrevista, cuestionario o autorreportaje; para que sea más objetivas se aplicaran reglas de la reducción (epojé) fenomenológica: ver todo lo dado en cuanto sea posible, observar la gran variedad y complejidad de las partes, repetir las observaciones cuantas veces sea necesario. Antes de la realización completa de este paso, es

conveniente hacer un estudio piloto con algunos casos, con el fin de afinar los instrumentos, técnicas o los procedimientos que se van a utilizar en toda la investigación.

- ✓ **Tercer paso:** elaboración de la descripción protocolar; un fenómeno bien observado y registrado no será difícil de describir con características de autenticidad. Resultará en cambio, muy arriesgado tratar de hacerlo sin que haya sido precedido por buenas observaciones, ya que todas las etapas posteriores, se apoyaran en los “protocolos” producidos por la descripción fenomenológica, la cual puede constar de relatos escritos y grabaciones de audio y video.

3. **Etapla estructural:** el trabajo central de esta etapa es el estudio de las descripciones contenidas en el protocolo. Los seis primeros pasos tan unidos y enlazados entre sí que es prácticamente imposible separarlos por completos.

- ✓ **Primer paso:** Lectura general de la descripción del protocolo el esfuerzo consistirá en sumergirse mentalmente en la realidad ahí expresada, y hacerlo de modo más intenso. En otras palabras, el investigador revisara la descripción de los protocolos (relatos escritos, audio y videos), primero con la actitud de revivir la realidad en su situación concreta y después con la actitud de reflexionar acerca de la situación vivida para comprender lo que pasa.
- ✓ **Segundo paso:** Delimitación de las unidades temáticas naturales; esencialmente este paso consistirá como señala Hiedegger en pensar meditando acerca del posible significado que pudiera ser una parte en el todo. Un protocolo puede tener poco o muchas unidades temáticas eso dependerá de su naturaleza y de constitución general.
- ✓ **Tercer paso:** Determinación del tema central que domina cada unidad temática; se realizan dos cosas, en primer lugar, se eliminan las repeticiones y redundancias en cada unidad temática, simplificando así su extensión y la del todo el protocolo, en segundo lugar, se determina el tema central de cada unidad, aclarando y elaborando su significado, lo cual se logra relacionándolas con otra y con el sentido del todo.

- ✓ **Cuarto paso:** expresión del tema central en lenguaje científico; en este paso el investigador reflexionara acerca de los temas centrales a que ha reducido la unidad temática (que todavía están escrito en lenguaje concreto del sujeto), y expresará su contenido en el lenguaje técnico o científico apropiado.
 - ✓ **Quinto paso:** Integración de todos los temas centrales en una estructura particular descriptiva; este paso constituye el corazón de la investigación y de la ciencia ya que durante el mismo se debe descubrir la estructura o estructura básicas de relaciones del fenómeno investigado.
 - ✓ **Sexto paso:** Integración de todas las estructuras particulares en una estructura general; la finalidad de este paso es integrar en una sola descripción, lo más exhaustiva posible, la riqueza del contenido de las estructuras identificadas en los diferentes protocolos.
 - ✓ **Séptimo paso:** entrevista final con los sujetos estudiados; consistirá en realizar una o varias entrevistas con cada sujeto para darles a conocer los resultados de la investigación y oír su parecer o reacciones ante los mismos, al comparar estos resultados con su vivencia o experiencia personal podrán aparecer aspectos omitidos, ignorados o también añadidos.
4. **Etapas de discusión de los resultados:** el objeto es relacionar los conceptos obtenidos en la investigación, con las conclusiones de otros investigadores, para compararlas, contraponerlas, entender mejor las posibles diferencias y, de ese modo, llegar a una integración mayor y aun enriquecimiento del cuerpo de conocimientos del área estudiada. Este es el proceso de la contrastación y teorización.

Informantes claves del estudio

En concordancia con la naturaleza de la investigación fenomenológica, se estimó pertinente la selección de informantes clave considerados como las “personas que permiten a los investigadores cualitativos acercarse y comprender en profundidad la ‘realidad social’ a estudiar” (Valles, 2000: p.43).

Es necesario señalar, que para el momento de iniciar la selección de los informantes claves se adoptaran los criterios de Gorden citado por Valle (1997), quien plantea que deben hacerse (4) preguntas en el momento de seleccionar los mismos. Estas preguntas son: ¿Quiénes tienen la información relevante? ¿Quiénes son más accesibles físicamente y socialmente? ¿Quiénes están más dispuestos a informar? ¿Quiénes son más capaces de comunicar con precisión?

Bajo este criterio indiscutible se tomaron 5 estudiantes del quinto año de Medicina de la Universidad de Carabobo, cada uno de ellos pertenecientes a los distintos Departamentos Clínicos de la Escuela de Medicina de la Facultad de ciencias de la Salud, los cuales son:

- ✓ Departamento Clínico Integral del Sur: Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera (CHET)
- ✓ Departamento Clínico Integral del Norte: Hospital Universitario Ángel Larralde (HUAL)
- ✓ Departamento Clínico Integral de la Costa: Hospital Dr. Alfredo Prince Lara
- ✓ Departamento Integral de los Llanos: Hospital General Egor Nucete

Esta selección de informantes por departamentos clínicos, resulta precisa ya que abarca los diferentes centros de estudios de la Escuela de medicina, a su vez que en dichos hospitales de cada departamento, asisten pacientes con diversidad de culturas, acorde a sus regiones geográficas, los cuales son abarcados por la gestión de cada uno de los hospitales antes mencionados. De igual forma, se destaca que se tomó un informante clave adicional del Departamento Clínico Integral del Sur, ya que es el centro hospitalario con mayor demanda de atención en la región, por poseer un mayor número de especialidades médicas en la atención de la salud, por ende se precisa que atiende a una mayor población de pacientes en el estado Carabobo y otros estados cercanos.

Técnica de recolección de información

Resulta importante destacar que la técnica para desarrollar viene dada por la entrevista a profundidad que constituye la forma más viable de obtener la información. Ahora bien, Rusque (2003), señala que: “la entrevista a profundidad utilizada por los métodos cualitativos es flexible, dinámica, y se considera como no directiva, no estandarizada y abierta de aplicación a grupos reducidos de personas” (p. 181). Esta es fundamental para la recoger datos dentro del enfoque cualitativo y, por lo tanto, necesaria para escudriñar el acto perceptivo de los estudiantes de medicina, pues Rusque indica que: “El objetivo de la entrevista es saber que piensa la persona y conocer de ella cosas que no se pueden observar directamente, como sus ideas, intenciones, sentimientos. De allí la importancia de tener una guía que estructure la entrevista” (ob. cit.).

Categorías previas

Con la intencionalidad de cubrir todos los temas y partiendo de lo señalado por Rusque (2003) “no existe un modelo único para hacer la entrevista de investigación.” Por lo que se definieron unas categorías previas con fin de abordar temas de carácter general que debe cubrirse en los informantes; tal como lo expresa Rusque “es importante utilizar una guía de entrevista que asegure que los investigadores cubran los mismos temas. Se trata de un listado de tema de carácter general que debe cubrirse en cada informante” (ob. cit.). En vista de ello, debe determinarse que la guía de entrevista contenga una especificación de los temas relacionados con el estudio, bajo un tema central que abarque los aspectos claves de la investigación, los cuales permitirán abordar las acciones específicas del estudio.

Es importante destacar lo indicado por Rusque “la guía de la entrevista comprende temas centrales, que serán los que orienten la entrevista.” También deja claro Rusque que; “la guía no es una estructura completamente formalizada” (ob. cit.). Siguiendo este lineamiento, y considerando el tema central del estudio, se procede a elaborar

una guía de preguntas, considerando los aspectos fundamentales de la cultura del paciente, la concepción que tiene el estudiante sobre la cultura, la vocación del informante para sus estudios en la carrera, así como los componentes teóricos y prácticos del plan de estudio de la carrera de medicina; a lo cual se presenta la siguiente guía de entrevistas con sus categorías previas:

Cuadro 1

Guía de preguntas

TEMA GENERAL	CATEGORÍA PREVIA	PREGUNTAS
Conceptualización	Concepción de la Cultura	¿Qué entiendes por cultura?
Vocación Profesional	Motivación para el Estudio	¿Cuál es el motivo para estudiar Medicina?
Componente Teórico Curricular	Pertinencia del pensum	¿Has cursado materias relacionadas con la cultura y la salud? ¿Las materias que has cursado hasta ahora, te han permitido estudiar las características individuales de los pacientes para poder establecer sus diferencias culturales?
Componente Práctico Curricular	Aplicación del Conocimiento	¿Puedes distinguir y analizar las características culturales del paciente?

Cuadro 1 (cont)

TEMA GENERAL	CATEGORÍA PREVIA	PREGUNTAS
Contexto Individual del Paciente	Creencias	¿Consideras las creencias religiosas del paciente para la efectividad de los tratamientos médicos necesarios?
	Modos de Vida	¿Para ti es importante el modo de vida del paciente cuando lo atiendes en la consulta?
	Personalidad	¿Distingues a los pacientes por su forma de vestir, hablar y actuar?
	Lugar de procedencia del paciente	¿Existen diferencias de culturas entre los pacientes de diversas localidades que asisten al centro hospitalario?
Contexto Geográfico	Diferencias Culturales	¿Te resulta fácil abordar al paciente cuando presenta diferencias culturales a las que tú posees?
		¿Debes dar un trato diferente a los pacientes cuando comparte características culturales diferentes a las tuyas?
		¿Puedes entender al paciente cuando su lenguaje es diferente a tu lenguaje?
Contexto Social	Socialización	¿Te resulta fácil socializar con el paciente para establecer una relación médico-paciente efectiva?
	Entorno familiar	¿Consideras importante la relación que el paciente tenga con el médico, sus familiares y amigos para un óptimo estado de salud?

Fuente: Palencia, 2018

Técnicas de procesamiento de información

▪ Categorización

Como técnica de procesamiento de la información se utilizará la Categorización y triangulación, en lo que referente a categorizar Díaz (2011), expresa que:

Categorizar es asignarle a una unidad de significado esencial o relevante (lenguaje no verbal- escena audiovisual- palabra, sintagma, oración, párrafo, etc.), un vocablo o expresión breve (categoría individual o particular, significado individual o particular, etc.) que refleje su contenido textual significativo (mayor relevancia o fuerza descriptiva) desde una situación, fenómeno o sujeto (unidad hermenéutica) de estudio. En algunos textos la categorización es denominada codificación. (p 68)

Con fin de registrar el proceso de categorización de forma manual se crea dos formatos verticales, donde el primero estará presentado en forma de columnas dividido verticalmente, incluyendo el número de líneas, el texto de los hallazgos y las posibles sub categorías que emergen. Seguidamente un segundo cuadro también en forma de columna donde se encontrarán las categorías emergentes seguida de las sub categorías y la descripción, ambos horizontalmente tendrán el título de la investigación, como se indica en los siguientes modelos:

Cuadro 2

Formato a utilizar para registro de sub categorías

PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO		
N Línea	Texto	Sub-categorías
001		
002		
003		

Fuente: Palencia, 2018

Cuadro 3

Formato a utilizar para registro de categorías

PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO		
Categorías	Sub Categorías	Citas textuales

Fuente: Palencia, 2018

- **Triangulación**

Martínez M. (2005) “consiste en determinar ciertas intersecciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes informativas o varios puntos de vistas del mismo fenómeno”. Bercedas M. (2005) “triangular es el control cruzado de informaciones, buscando compensar la debilidad de la metodología complementariedad y convergencia de distintos procedimientos”. Se somete a control cruzado los puntos de vista de diferentes participantes frente a un mismo tema. Se efectúan comparaciones múltiples, tomando los distintos puntos de vista de un mismo problema, para el estudio de la información proporcionada por los estudiantes de medicina.

Para registrar el proceso de triangulación se elaboró un formato horizontal en forma de cuadro, dividido en columna con las categorizaciones y los sujetos o informantes claves y las respectivas consideraciones emergentes, horizontalmente aparecerá el título de la investigación, como se presenta en el modelo a continuación:

Cuadro 4

Formato a utilizar para el registro de la triangulación

PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO					
Categorías	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5
	Freddy	Alejandra	Merisa	Luis	Iriana

Consideraciones Emergentes

Fuente: Palencia, 2018

Criterio de rigor científico

Para los conceptos tradicionales de “Confiabilidad” y “Validez” de la investigación de enfoque cuantitativo, en los estudios sistemáticos han surgido conceptos o criterios, algunos sinónimos y otros complementarios que debidamente argumentados le han dado a esta tendencia el rigor científico pretendido.

A este respecto Díaz (2011), toma los expuestos por Pérez (1994), los cuales concuerdan, también, con los criterios y procedimientos expuestos por Johnson (1997) y Creswell (1998), citados por Sandin (2003): *credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad*.

Credibilidad: Se refiere al valor de verdad en la información recogida por el investigador y su concordancia con la realidad. Es el sinónimo con validez internas en las tendencias cuantitativas. Se logra a través de una descripción protocolar desde las entrevistas, videgrabaciones, notas de campo, etc., lo más fiel posible, continua y persistente, la triangulación del tiempo, de expertos, documental teórico, etc., la recogida de material referencial y la comprobación con los sujetos de estudio (informantes). Con los estudios sistémicos se aborda siempre el fenómeno de forma global, respetando los contextos y sus relaciones intersubjetiva entre investigador y sujeto de estudio de la manera más natural posible. En busca de un máximo grado de credibilidad, el investigador también se ajusta a los sitios acordados por estos para la entrevista, muestra fianza inicial necesaria entre los sujetos de estudio y el investigador. La revisión por parte de los primeros de lo registrado en las descripciones protocolares y los comentarios escritos por el investigador son parte importante de la credibilidad. Lo anterior permite corroborar lo dicho, eliminar o añadir comentarios de aclaratoria que se ajusten en consenso a la realidad expuesta por los sujetos de estudio.

Transferibilidad: Se refiere al grado en que pueden aplicarse los descubrimientos de la investigación a otros sujetos y contextos. Se consiguen a través de un muestreo teórico, una descripción exhaustiva y la recogida de abundante información. En las tendencias cuantitativas tiene que ver con la validez externa. Una descripción densa permite ambos, tanto la interpretación comparativa como la contrastante que sugiere en un momento dado, la saturación de información reveladora de significados del fenómeno. Siempre se busca, sobre todo a través de las preguntas, extraer de los sujetos de estudio, parecidos contextuales y corroboradores de significados con visión de esenciales durante el proceso, pero, también de nuevos significados por corroborar por su emergencia en las entrevistas, observaciones y revisiones documentales posteriores y de la teoría que emerge. El muestreo teórico es intencional.

Consistencia: En términos cuantitativos se refiere a la confiabilidad y tiene que ver con la estabilidad de la información. Aun presentándose cambios en la realidad

estudiada, la investigación sistemática debe poseer un cierto grado de estabilidad en la información recogida. A pesar de que pueden presentarse algunos desencuentros – sobre todo temporales y comunicativos- con algunos sujetos de estudio, tal consistencia o estabilidad se logra a través de la triangulación con observadores externos y el establecimiento de la pista de revisión del diario de investigación (diario de campo). La revisión de los observadores externos es de primordial importancia para penetrar en la realidad con profundidad, pero sin olvidar el rol de investigador. Igualmente, se identifican y se describen las técnicas de recogida de información, de interpretación y se delimita el contexto físico, social e interpersonal en el estudio.

Confirmabilidad: También tiene que ver con la validez externa en lo cuantitativo y se refiere a la garantía de que los descubrimientos del estudio no sean sesgados por motivaciones, intereses y perspectivas del investigador. Para la “objetividad” del investigador y la confirmación de la información se siguen los siguientes procedimientos: recogida de registros lo más concretos posible (recogida mecánica de información con el grabador, la cámara o video cámara, diario de investigación, etc.), transcripciones textuales, citas directas de fuentes documentales, triangulación, revisión de la estructura categorial emergente, la interpretación y la teoría que emerge, con otros investigadores. La grabación de lo dicho por los sujetos de estudio y lo observado, así como la transcripción deben ser fidedignas. E igualmente, deben ser mostrados a los revisores externos y a los sujetos de estudio.

CUARTO MOMENTO

ACTO PERCEPTIVO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

Descripción protocolar

El acto perceptivo se refiere a la descripción protocolar de la información obtenida por los sujetos de estudio a través de la entrevista a profundidad, al respecto Díaz (2011), plantea que: “el momento de la descripción; se refiere a la descripción protocolar de la información recogida como necesaria y suficiente”. (p 66).

Por ello, es importante destacar que la información aquí registrada o transcrita está presentada tal cual como fue manifestada en su esencia por los informantes y se mantiene en estricta confidencialidad así como las personas e instituciones y cualquier otra que el sujeto considere como privada, por lo tanto se utiliza seudónimos, todo esto se desprende de un documento que es el consentimiento informado, donde se fija el acuerdo para la aprobación de la entrevista u observación que se genera de la misma. (ver anexo)

El acto perceptivo, es presentado o transcritos exactamente como fue suministrado por el entrevistado y plasmados en la grabación, ya que los mismos mostrarán de manera auténtica y lo más completamente posible, las vivencias puras o lo expresado por los sujetos o informantes, indicando además el lugar, la fecha y la hora en que se realizaron las respectivas entrevistas, así como el número de las mismas y el tiempo de su duración, además se señala las observaciones pertinentes que surgieron del entrevistado al momento de su ejecución.

Cuadro 5

Entrevista en Profundidad del Sujeto 1 (Percepción de Freddy)

Fecha: 11-10-17. Día: Miércoles Hora: 12:55 pm Lugar: Modulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 1 Entrevistado: Freddy
hoja: 1/8 Tiempo de la entrevista: 42:09

Entrevistador: Para comenzar, me gustaría saber ¿cuál fue tu motivación para estudiar Medicina?

Freddy: Bueno profe, uno desde chiquito, como todos los niños siempre juega a lo que le gustaría ser cuando sea grande, pero yo nunca jugué vainas de medico ni cosas así... me gustaba más era dibujar...gastaba todos los colores de la escuela y mi papa molesto porque me decía que dibujando no podía hacer nada en la vida, que tenía que hacer algo que valiera la pena. Mi papa es médico, por eso él siempre quiso que nosotros estudiáramos medicina, y siempre estaba con esa tirria de que ustedes tienen que ser médicos, porque si no se mueren de hambre.

Entrevistador: ¿Tu papá que especialidad tiene como médico?

Freddy: mi papa es Nefrólogo, profesor también de aquí de la universidad, y tengo varios familiares médicos... 2 tíos, 1 primo, y 2 primos más están estudiando medicina, uno en la Rómulo Gallegos y otro aquí en la Carabobo, pero él está en segundo año.

Entrevistador: ¿entonces estudias medicina porque tu papa insistía siempre en que lo hicieras?

Freddy: realmente no profe, a lo mejor algo en mi mente se quedó grabado de esa "orden" (gestos manuales de comillas) de mi papa. Pero cuando estaba más grande, a los 13 años, tuvimos un accidente en el carro. A mí se me fracturó el fémur y tuvieron que intervenir varias veces para poder reestructurarme los ligamentos...eso fueron meses de rehabilitación, en muletas y bueno todo lo que implica la recuperación. En esos meses que estuve de reposo, mi papa como que bajo la guardia y me compraba colores y cuadernos para dibujar, como forma de que yo me mantuviera entretenido haciendo algo y no me deprimiera. Pero allí, entre tantos médicos, de forma más directa, porque antes, y siempre estaba metido en el consultorio de mi papa, pero en la recuperación por el accidente me di cuenta que la vida entre médicos era la que me podría gustar vivir, bueno no como paciente (risas), si no como el médico que atiende a los pacientes.

Entrevistador: es decir, ¿qué decides estudiar medicina por tu experiencia personal?

Freddy: Claro que si profe, allí me di cuenta que yo también quiero retribuir lo que hicieron por mí, de ayudarme y que yo pueda seguir caminando en mis dos pies normal...eso me ayudo a encontrar esa pasión... Imagínese usted la emoción de mi papa cuando le dije que quería ser médico... ese no cabía de la felicidad (risas)

Cuadro 5 (cont)

Fecha: 11-10-17. Día: Miércoles Hora: 12:55 pm Lugar: Modulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 1 Entrevistado: Freddy
hoja: 2/8 Tiempo de la entrevista: 42:09

Entrevistador: Claro que me lo imagino. Bueno, ahora entrando al tema de nuestra entrevista, primero que nada quiero preguntarte ¿qué es para ti la cultura?

Freddy: es todo lo que hacemos ¿no?.. Eso es lo que siempre dicen o contesta la gente cuando le hacen esa pregunta.

Entrevistador: Si, es verdad, pero ¿que podrías expresar tu cuando te pregunten por el termino de cultura?

Freddy: ah bueno, para no decir que es todo lo que hacemos, la cultura es las acciones, gestos, prácticas y todo lo que representa al hombre...también son esas cosas que pueden pasarse entre las gentes, familia, amigos, allegados y todo lo que nos rodea, por ejemplo la forma de cocinar, de vestir, de comportarse. Todas esas cosas que identifican al hombre y lo hace ser y actuar como es.

Entrevistador: Entonces ¿el hombre se identifica es por la cultura?

Freddy: Claro profe...cada hombre es distinto al otro, y esa diferencia es por la cultura que tiene cada uno.

Entrevistador: Ok. Y tú como estudiante de medicina siempre estás en contacto con personas, o mejor dicho pacientes...

Freddy: Claro porque no estudio veterinaria (entre risas)

Entrevistador: Por supuesto (entre risas). Y ya que estas en el quinto año de la carrera, ¿has cursado materias que estén relacionadas con la cultura y la salud?

Freddy: si profe claro, en primer año vimos Arte y cultura, y otras que se llama Salud y Sociedad, esa me tocó verla porque hubo cambio de pensum y yo raspe Salud Comunitaria, y cuando fui a inscribirme, le cambiaron el nombre. En los otros años no vemos más nada de eso.

Entrevistador: ¿Y qué recuerdas de los contenidos de esas materias?

Freddy: Bueno, La profesora de Arte nos explicó algunos términos y conceptos sobre cultura, pero eso fue en las primeras clases. El resto del año fue cosas como visitar museos, pintar, dibujar claroscuro y nos mandó a hacer un video... nada del otro mundo, fue una materia sencilla donde todo el mundo sacó veinte, y el más flojo le daban diecisiete. Pero a nadie le queda esa materia... En la otra de salud y sociedad si se trabajaba más... allí vimos la relación de la enfermedad con la cultura, el medio que rodea al hombre y como afecta en su salud, pero de forma muy teórica. Un trabajo que mando esa profesora fue sobre estudiar una cultura y todo el medio que lo rodea para poder saber las causas de sus enfermedades...era como hacer un estudio

Cuadro 5 (cont)

Fecha: 11-10-17. Día: Miércoles Hora: 12:55 pm Lugar: Modulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 1 Entrevistado: Freddy
hoja: 3/8 Tiempo de la entrevista: 42:09

de todo lo que hay en una comunidad, lo positivo y lo negativo, con lo que cuenta y lo que le hace falta...había que tener un registro fotográfico de la comunidad y esas cosas. Pero muchos ni visitamos alguna comunidad, todo lo buscamos por la internet y así la profesora aceptaba ese trabajo final. Eso son las cosas que recuerdo de esas materias que vimos.

Entrevistador: en ese video que le asignaron en Arte, ¿que debían hacer o registrar?

Freddy: ah eso era fácil...se podía hacer hasta en el mismo salón de clases... era algo sobre algún tema de salud, y se grababa un video haciendo algo como prevención o cosas así relacionadas con la salud o sucesos relevantes que pasaran. Pero la profesora evaluaba era la forma de hacer el video, si se adaptaba al tiempo que ella establecía, las pautas, la edición, que programas se usaba y esas cosas.

Entrevistador: Y en el trabajo sobre la comunidad, ¿tú visitaste una comunidad para hacer ese estudio?

Freddy: Nada que ver, la profesora dijo que se podía hacer investigando por internet la comunidad y hasta las fotos de la comunidad las sacamos de allí. Corte y pegue profe (entre risas) como todo el mundo. Además no somos estudiantes de medicina comunitaria, como los de la Bolivariana, eso les corresponde más a ellos.

Entrevistador: y ¿porque dices que le corresponde más a ellos?

Freddy: ah porque su carrera lo dice bien clarito: Medicina integral comunitaria. Ellos son más para ir a la comunidad, a esas cosas a evaluar las casas, la cantidad de habitantes...todas esas cosas son para ellos.

Entrevistador: ¿y cuáles son las cosas que le corresponden a ustedes?

Freddy: bueno nosotros somos más científicos, más de emergencias, estudiamos más anatomía, fisiología, clínicas reales...no como ellos que estudian por puras láminas y videos (entre risas)

Entrevistador: eso quiere decir que ustedes los que egresan de aquí, ¿no hacen trabajo comunitario?

Freddy: algo muy básico, por encimita...nosotros somas más de atender el paciente en el hospital cuando ya está muy mal...para eso nos capacitan...para emergencias...no para la prevención

Freddy: ¿Y cómo?... eso se hizo fue para cumplir con el trabajo...así dijo la profe, que lo importante es que aprendamos que existen cosas que afectan a la comunidad y eso es lo que debemos tomar en cuenta para poder atender a nuestros pacientes

Entrevistador: Y si no se dirigieron a la comunidad a hacer el trabajo en el campo, ¿Cómo puedes tu saber que existen esas características y situaciones que afectan a la comunidad y que debes considerar para tratar a un paciente?

Cuadro 5 (cont)

Fecha: 11-10-17. Día: Miércoles Hora: 12:55 pm Lugar: Modulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 1 Entrevistado: Freddy
hoja: 4/8 Tiempo de la entrevista: 42:09

Freddy: bueno eso lo hace uno como por intuición, uno le pregunta al paciente el lugar de procedencia, y si uno conoce la zona o ha escuchado algo sobre la zona, uno más o menos puede saber qué tipo de paciente es.

Entrevistador: ¿Y si no conoces la zona o no has escuchado sobre ella, como harías?

Freddy: eh...bueno... (pausa)...yo creo que es solo con ver al paciente ya tu sabes cómo abordarlo. La forma en que habla, como camina, como son sus gestos, todo eso te da una pista de cómo puedes dirigirte a un paciente...ejemplo...si usted viene de la zona norte como Prebo, usted se verá más calmado, relajado, y habla normalito....pero si viene de allá de plaza de toros, andará apurado, cansado y quiere que lo atiendan rápido, se queja de todo, y así pues.

Entrevistador: entonces con ese trabajo que te mandaron ¿no pudiste diferenciar comunidades y personas que viven allí?

Freddy: nada que ver profe, eso fue un corte y pegue y la nota lista...pasamos la materia.

Entrevistador: Entiendo. Bueno, ya me habías comentado que la cultura identifica al hombre. Ahora quiero saber tu opinión sobre las creencias de los individuos y como eso afecta el proceso de la salud y la enfermedad.

Freddy: ¿creencias en qué?

Entrevistador: Sus creencias religiosas, por ejemplo

Freddy: Por supuesto que sí afectan... el caso de los testigos de Jehová...ellos son muy cerrados en cuanto a diversos tratamientos médicos...no reciben transfusiones, no donan sangre, a veces se ponen cómicos con los trasplantes, y pare de contar. Cuando un paciente que es testigo de Jehová te llega con una hemoglobina en 5 y no sabes la causa de la pérdida de sangre...allí se presenta el “peo”...no puedes ponerles sangre, no puedes hacer nada porque tienes al familiar que casi te amenaza con la biblia de que si le pones sangre vas preso...yo hablo como si fuera medico ya (entre risas)...pero usted me entiende...Y entonces viene aquel gentío de su iglesia a ponerte presión de que lo salves pero sin usar sangre....y te vienen como 5 pastores a presionarte más... y tú no hallas que hacer ante eso...entonces estas con esa presión de que no encuentras la forma de evadir esa creencia de su religión para poder brindarle una atención médica urgente cuando su salud está en peligro... y no solo con los testigos de Jehová, también pasa con esos abuelitos que tienen sus creencias en remedios naturales y esas cosas, y tú nunca encuentras la manera de cómo entrarle

Cuadro 5 (cont)

Fecha: 11-10-17. Día: Miércoles Hora: 12:55 pm Lugar: Modulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 1 Entrevistado: Freddy
hoja: 5/8 Tiempo de la entrevista: 42:09

para que ese viejito entienda que es necesario tal medicamento, que lo compre en una farmacia, y el empeño en que equis rama o guarapo lo va aliviar. Y tú dices...para tus adentros claro...entonces porque coño vino a quejarse de su enfermedad si sus ramas lo curan. Todas esas creencias hacen difícil tu trabajo.

Entrevistador: ¿Y con el modo de vida del paciente, como lo consideras para atenderlo?

Freddy: sí con el modo de vida se refiere a sus hábitos de alimentación, vicios, trabajo y esas cosas. Eso claro que se debe considerar para atender al paciente. De hecho, en la historia médica hay preguntas sobre eso, sobre sus hábitos, su modo de vida, tipo de vivienda, hábitos de consumo de alcohol y cigarro, todo eso es importante para poder darle atención al paciente. En los caso de enfermedades digestivas, es muy importante considerar su tipo de alimentación, si consume las tres comidas diarias, que tipo de comidas consume. Me acuerdo el caso de una paciente que llego con un dolor grande en el estómago, y decía que tenía dificultades para tragar...se le hizo la historia y resulta que lo que comía era arepa de maíz, y de paso cuando sancochaba el maíz, antes de molerlo se comía los granos...entonces la disfagia, que es dificultad para deglutir, era porque tenía un tapón de masa en el esófago y eso le producía cólicos por la acumulación de gases en el estómago...ese hábito alimenticio le produjo ese dolor y sus síntomas. Igual que tienes un paciente con cáncer de pulmón o una cirrosis hepática...¿eso es por qué? Por los hábitos de consumo de alcohol y tabaco. Todos, todos los hábitos de la vida del paciente van a influenciar de alguna forma su salud, para bien, como para mal.

Entrevistador: y, por ejemplo, el nivel económico del paciente, ¿influye también en todo este proceso de salud?

Freddy: por supuesto que sí, eso no se puede negar. Si un paciente es de una clase social alta...efectivamente su calidad de vida es más elevada, porque tiene acceso a muchas cosas, quizá no lo vea yo en los pasillos de un hospital, porque tiene plata para poder ir a una clínica privada...pero se han visto casos de pacientes que sus familiares los traen en unos carrazos y aquellas camionetotas que tú dices...este como que se equivocó de dirección (entre risas)

Entrevistador: ¿y en el caso contrario que el paciente no sea de clase social alta, si pertenece a una clase social baja o pobreza extrema, es distinto el paciente?

Freddy: Totalmente profe...el paciente que es pobre uno hasta lo ve más afligido, así como que quiere que lo cures pero que no le mandes tantos medicamentos porque no los puede comprar, o al extremo...no deje que me muera porque mis hijos se

Cuadro 5 (cont)

Fecha: 11-10-17. Día: Miércoles Hora: 12:55 pm Lugar: Modulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 1 Entrevistado: Freddy
hoja: 6/8 Tiempo de la entrevista: 42:09

quedaran solos y nadie los va a mantener... a veces no te lo dicen directamente, pero se lo dicen a las enfermeras y eso te da como una “vainita” en el corazón que dices, hay que hacer todo para ayudar a este paciente.

Entrevistador: ¿y con el paciente cuando es de clase alta, no te da esa “vainita” en el corazón?

Freddy: no es que no le dé con ellos, es que uno siente una empatía con el que de verdad está necesitado no solo porque está enfermo, si no que uno piensa, es injusto que una persona que sea tan pobre se enferme y no tenga con que cubrir un tratamiento médico. Porque a lo mejor el que tiene plata si puede cubrirlo, y eso puede no afectarle mucho, pero el que no puede cubrirlo, que solo gana para medio comer...y más ahora en esta situación del país...y tenga que gastarlo en medicamentos con los precios que están por los cielos, y tenga que dejar de comprar una harina pan por ejemplo para completar...no sé...un antibiótico... son casos distintos...

Entrevistador: entonces ¿le darías o das trato distintos a los pacientes de acuerdo a su nivel económico?

Freddy: no profe...nada que ver...paciente es paciente...todos se atienden, o deberían atender igual...pero uno en el fondo, algo así como de sentimiento, quizá porque uno haya pasado por lo mismo en cualquier momento...se encuentre en una situación difícil....Aunque la atención de estar pendiente de la mejoría de un paciente cambia en ese caso...porque si un paciente está hospitalizado y no puede comprar las medicinas para su tratamiento y mejora, uno debe estar allí pendiente del paciente viendo cómo evoluciona con los pocos insumos y medicamentos que se le puedan dar de aquí del hospital, pero si es un paciente que uno le da un récipe con cinco medicamentos y enseguida su familiar sale y llega con los cinco medicamentos, ya uno se despreocupa un poco porque sabe que tomando sus medicamentos, la mejoría vendrá enseguida...por eso es que es distinto. Peor aún con esos pacientes que no tienen ni siquiera un familiar que esté allí con ellos...eso es más deprimente...ese paciente solo que uno lo ve hasta llorando por estar solito allí...y uno le pregunta y su familiar...entonces te dicen que la mama es una viejita que no se puede ni parar de la cama, si es mujer, que sus hermanas no pueden porque no tienen con quien dejar a los niños y de paso les está cuidando los niños a ella porque el marido la dejo o hasta se lo mataron...cualquier cosa...o porque está matando tigrillos o pidiendo por allí dinero para poder comprar un antibiótico... y tú ves que la realidad es grave...y no hay nada que hacer... entonces esos pacientes son más afligidos, están muy triste y eso los empeora más.

Entrevistador: Me imagino eso. Entonces la presencia de un familiar a un amigo, ¿puede ayudar a la recuperación del paciente?

Cuadro 5 (cont)

Fecha: 11-10-17. Día: Miércoles Hora: 12:55 pm Lugar: Modulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 1 Entrevistado: Freddy
hoja: 7/8 Tiempo de la entrevista: 42:09

Freddy: como usted no tiene una idea... el solo hecho de sentirse acompañado...apoyado en esos momentos ayuda mucho. Los familiares siempre están allí pendientes de ellos...bueno no siempre (entre risas)...pero si tiene un familiar o acompañante...lo que pasa es que nosotros le decimos familiar a todo acompañante...no importa si es familia, amigo, vecino, el amante, quien sea... el que este allí con el paciente ayudándolo, atendiéndolo, bañándolo...bueno cuando hay agua...atendiéndolo en todo...eso ayuda... el paciente necesita de apoyo familiar para superar su enfermedad, es lo que aprendimos en medicina psicosomática...en psicología...que el acompañamiento y el apoyo familiar y de amigos ayuda en el proceso de recuperación...y más cuando son pacientes pediátricos...en la hora de la visita, que llegan familiares, el rostro del niño cambia, se ve feliz...sus facies mejora y eso ayuda mucho.

Entrevistador: Sobre el mismo tema de cultura y las características de los pacientes, ahora te pregunto ¿aquí atienden a pacientes solamente de la localidad de Valencia, o de otras regiones y estados?

Freddy: De Puerto Cabello, Guacara, Bejuma, Miranda, Yaracuy, San Carlos, y de muchos estados cercanos...como esta es una ciudad hospitalaria, y hay muchos servicios de diferentes especialidades...se viene un gentío para verse aquí... y uno lo considera ya normal...aquí el servicio de hospitalización en medicina interna está lleno de gente de todos lados...

Entrevistador: ¿Y con esa variedad de pacientes, se nota las diferencias de cultura de cada uno?

Freddy: por supuesto profe...aquí se ve de todo, maracuchos, gochos, colombianos, católicos, apostólicos y romanos (entre risas), diferentes religiones, santeros, de todo...entonces cada paciente siempre es distinto, habla distinto, su comportamiento es distinto, y hasta la forma como dice los síntomas es distinto.

Entrevistador: ¿cómo es esa forma distinta de decir los síntomas?

Freddy: Bueno profe, si es una persona que ha estudiado y sabe de algo de medicina, te dice por ejemplo...me duele el estómago, o he tenido cefaleas, y de repente hasta se automedican...te dicen que si le puedes mandar azitromicina, o que le mandes dipirona...o sea se saben los nombres de los medicamentos y para qué sirven. Pero otros, por ejemplo campesinos, ellos te dicen me duele la barriga, me duele la cabeza, o sea te dan nombres más comunes.

Cuadro 5 (cont)

Fecha: 11-10-17. Día: Miércoles Hora: 12:55 pm Lugar: Modulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 1 Entrevistado: Freddy
hoja: 8/8 Tiempo de la entrevista: 42:09

Entrevistador: ¿y hay otra formas como se puede diferenciar a cada paciente por su cultura?

Freddy: sí, hay unos que llegan y se sientan contigo a hablar y hablar de cualquier cosa, son más charleros, otros solo llegan y no dicen nada y tú tienes que sacarle las palabras con una cuchara. Otros hasta te traen detalles, te regalan galletas o caramelos, mientras que otros no te dan ni las gracias...son muchos los tipos de pacientes con los que uno trabaja.

Entrevistador: ¿Y se les das un trato diferente a los pacientes cuando tiene una cultura distinta a la tuya?

Freddy: no profe, nada que ver...yo a todos los trato igual recuerde que soy estudiante y apenas estoy aprendiendo...entonces aun no puede echármela de médico y tal...debo atenderlos a todos.

Entrevistador: ¿y cómo se la echan los médicos?

Freddy: bueno (entre risas) uno a veces ve a unos profesores que son muy secos con las pacientes que son amigables, otros profesores son muy amigables con todos. Pero también hay unos médicos y profesores que miran al paciente así como con el rabo del ojo, que se creen superiores por ser el doctor y tal...usted sabe.

Entrevistador: y a ti ¿te resulta fácil socializar con el paciente para establecer esa relación médico-paciente?

Freddy: me ha costado un poco, eso se da a medida que uno estudia que va aprendiendo poco a poco, a ver cómo actúan los profesores y los demás médicos. Pero hasta ahora no he tenido problemas con pacientes, aunque una vez me toco un caso con un paciente que era un preso, y eso si fue arrecho, porque él solo decía que lo ayudara a soltarse y escaparse, y se puso medio intenso y violento y tuve que dejarlo quieto y no hice nada con él...pero del resto me ha ido bien con los pacientes.

Entrevistador: Entonces ¿consideras importante la relación que el paciente tenga con el médico, familiares y amigos para un óptimo estado de salud?

Freddy: claroooooo profe...eso es el éxito de que los pacientes mejoren, claro están sus medicamentos y todo el tratamiento. Pero esa relación y empatía que uno siente con el paciente, la forma como ellos se relacionan o tienen la compañía de un familiar que está allí pendiente de ellos y todo eso favorece mucho a que el paciente se recupere y eso es satisfactorio para todos, y más para uno que está estudiando porque se enamora más de su carrera al ver que todo está saliendo bien.

Fuente: Palencia, 2018

Cuadro 6

Entrevista en Profundidad del Sujeto 2 (Percepción de Alejandra)

Fecha: 16-10-17. Día: Lunes Hora: 02:05 pm Lugar: Edificio de Ciencias Biomédicas N de entrevista: 2 Entrevistado: Alejandra hoja: 1/6 Tiempo de la entrevista: 35:23

Entrevistador: Quisiera saber ¿porque estudias Medicina?

Alejandra: Siempre me gustó, desde chiquita, eso era lo que siempre decía a todos en mi casa...yo quiero ser doctora de los niños....y no había nada que me sacara eso de la cabeza.

Entrevistador: ¿Tienes algún familiar cercano que sea médico en tu familia?

Alejandra: Si, mi tío es médico internista.

Entrevistador: Que bien. Bueno el tema central de la entrevista que me permitiste hacerte es sobre el entorno cultural de los pacientes. Primero me gustaría saber ¿qué consideras como cultura?

Alejandra: la cultura?...es todo lo que identifica al ser humano, sus costumbres, practicas, creencias, religión, como se relaciona con los demás...lo que crea, lo que estudia...y que es transmitido de generación en generación.

Entrevistador: En tu formación como estudiante, ¿qué materias has visto relacionadas con la cultura?

Alejandra: en primer año vi Arte y cultura. En los otros años no recuerdo.

Entrevistador: ¿Solo una materia relacionada con la cultura?

Alejandra: Si profe, solo vi una materia así

Entrevistador: Y en esa materia ¿pudiste aprender a conocer todo lo relacionado con la cultura del paciente?

Alejandra: bueno, no fue mucho, si algunas cosas, pero lo más que hicimos fue dibujar, visitar museos, hacer videos, nos mandaron a ver una película...cosas así.

Entrevistador: ¿Qué película te mandaron a ver?

Alejandra: bueno, la profe no mando una específica. Lo que nos dijo fue que viéramos una película que tratase sobre nuestra carrera y atención de pacientes y la analizáramos.

Entrevistador: ¿Recuerdas que película escogiste?

Alejandra: claroooo...si es mi película favorita Patch Adams

Entrevistador: ¿Por qué te gusta esa película?

Alejandra: es demasiado linda...trata de cómo hacer sentir bien a los pacientes con risoterapia...a los niños más que todo que no saben qué enfermedad tienen y no entienden por qué están en un hospital o enfermos...y haciéndole su estadía con juegos y risas los ayuda mucho. ¿Por qué cree que le dije que me gustaba la pediatría? Porque amo a los niños, y sanar sus dolores es lo que me gustaría hacer.

Cuadro 6 (cont)

Fecha: 16-10-17. Día: Lunes Hora: 02:05 pm Lugar: Edificio de Ciencias Biomédicas N de entrevista: 2 Entrevistado: Alejandra hoja: 2/6 Tiempo de la entrevista: 35:23

Entrevistador: ¿Esa es tu motivación?

Alejandra: si profe, eso me anima cada día a ser una pediatra.

Entrevistador: Luego de cursar esa materia de arte y cultura, ¿te sientes capacitada para identificar y analizar las diferencias culturales de los pacientes?

Alejandra: si le soy sincera, realmente no. Porque los pacientes no son una hoja blanca ni colores...ellos no son unos dibujos...son gente real...y lo que hicimos allí fue pintar y colorear...no recuerdo nada así. Ah, pero si me acuerdo de una materia que vimos en segundo año que era...ayy como es que se llamaba? Ya va... la tengo en la punta de la lengua... uhhmm... Salud Comunitaria profe...si así se llamaba...ay Dios que cabeza la mía. En esa materia si vimos algo más relacionado con la cultura, allí la profesora medio explicaba sobre las diferencias culturales, sociales y familiares de la gente. También sobre todo los factores que contribuyen a la salud de las personas o que también pueden empeorar la salud de las personas.

Entrevistador: ¿Y recuerdas cuales eran esos factores?

Alejandra: bueno algunos...como los hábitos alimenticios, las creencias de las personas, el lugar donde vive, la socialización de las personas y esas cosas.

Entrevistador: ¿Tuviste alguna oportunidad, cuando cursaste esas materias, de dirigirte a una comunidad y hacer un trabajo sobre su cultura?

Alejandra: No mucho profe, un trabajo que hicimos aquí en la comunidad del González Plaza. Visitamos a una familia, le hicimos una pregunta de cómo era su modo de vida, la cantidad de personas que Vivían allí, si asistían frecuentemente al hospital más cercano, cosas así para saber sobre cómo era la familia.

Entrevistador: ¿Y recuerdas cual era el objetivo de ese trabajo?

Alejandra: bueno era más que todo para estudiar las condiciones de vivienda, de que si había alguna enfermedad presente, cosas así.

Entrevistador: ¿Y todos tus compañeros de clases visitaron la misma comunidad?

Alejandra: bueno, no recuerdo mucho...pero si sé que éramos dos grupos distintos los que visitamos la misma comunidad.

Entrevistador: ¿Tu grupo y el otro visitaron familias distintas?

Alejandra: sí... ellos visitaron otra familia

Entrevistador: ¿Y pudieron establecer diferencias entre esas dos familias?

Alejandra: No recuerdo mucho, pero la verdad que el trabajo no era para comparar a las familias, n para sacar diferencias o igualdades entre ellas. Era más que todo para saber cómo vive la gente y que problemas de salud tienen.

Cuadro 6 (cont)

Fecha: 16-10-17 Día: Lunes Hora: 02:05 pm Lugar: Edificio de Ciencias Biomédicas N de entrevista: 2 Entrevistado: Alejandra hoja: 3/6 Tiempo de la entrevista: 35:23

Entrevistador: ¿Esa fue la única asignación que realizaste sobre visitas a la comunidad para estudiarlas?

Alejandra: si profe, en el resto de las materias no hicimos más nada así

Entrevistador: Ok. Ya que estas en quinto año, y desde tercer año estas en el hospital relacionándote con pacientes, ¿las creencias religiosas de los pacientes inciden en esa relación que se da con el médico?

Alejandra: Bueno yo considero que no todo el tiempo. Eso va a depender del caso que se presente. Por ejemplo, si un paciente no acepta sangre por su religión, eso choca con el médico y no se puede dar un tratamiento efectivo o rápido cuando ese paciente lo requiera. Es otro proceso que hay que hacer porque él no acepta sangre. También, que ahorita recuerdo, un caso sobre una mujer que era musulmana creo, de esas que andas tapadas hasta la cabeza, ellas no se dejan atender por médicos varones porque su religión no lo permite. Entonces en eso casos, cuando el paciente tiene una creencia religiosa muy fuerte, eso pasa, se dificulta el trabajo.

Entrevistador: ¿Te ha tocado un caso así?

Alejandra: hasta ahora no, y bueno si me toca, hay que tener ética y respetar las creencias del paciente. Aunque uno sea el médico, el paciente es quien debe dejarse llevar para poderlo atender...si no quiere atención o algún tratamiento, por equis razón, no se puede obligar...el paciente está en todo su derecho de negarse a un tratamiento.

Entrevistador: Respecto al modo de vida de los pacientes, ¿cómo lo consideras para atender a tu paciente?

Alejandra: eso, considero yo, y bueno...también creo que todos los médicos lo consideran así... yo lo considero como lo más importante a considerar para darle una buena atención al paciente. Hay que saber cómo vive el paciente, que come, donde trabaja, hasta que hace en sus tiempos libres. Porque de acuerdo al modo de vida del paciente se sabe cuáles son los antecedentes y causas de la enfermedad, si es algo hereditario, si lo adquirió en el trabajo, en la escuela, donde sea que el paciente se la pase. Todo eso es importante...si tiene hábitos de consumo de tabaco y alcohol, si mantiene relaciones sexuales frecuentes...es más hasta que orientación sexual tiene...si es homosexual o bisexual...más que todo en los casos de pacientes de infectología. Todo, todo eso hay que preguntárselo en la historia clínica del paciente, en el interrogatorio cuando va a una consulta, eso orienta hacia la enfermedad que está padeciendo, y ayuda a un tratamiento y prevención importantísimo

Cuadro 6 (cont)

Fecha: 16-10-17. Día: Lunes Hora: 02:05 pm Lugar: Edificio de Ciencias Biomédicas N de entrevista: 2 Entrevistado: Alejandra hoja: 4/6 Tiempo de la entrevista: 35:23

Entrevistador: Y a pesar de la gran cantidad de pacientes que atienden, ¿puedes distinguirlos de acuerdo a su forma de hablar y de vestirse?

Alejandra: la forma de vestirse no tanto, porque si es una emergencia, llegan hasta desnudos (entre risas), si les toca salir de emergencia al hospital nadie está pendiente si se pone un vestido o un partó para venir al hospital de emergencia. Pero a veces pasa que uno distingue a los pacientes por la forma que se viste...sí anda todo descuidado, generalmente es una persona dejada, y hasta ni le importa si está enfermo o no, y viene ya porque no aguanta un dolor, o sea, como que no le para a su vida. Otros vienen mejor vestidos, más que todos cuando vienen a un chequeo, ya están más tranquilos, y hasta se visten más. Pero eso no es tan importante...son casos de casos... ¿y lo otro que me preguntó fue qué?

Entrevistador: Sobre su forma de hablar, ¿distingues a los pacientes por eso?

Alejandra: bueno allí si se ve más diferencia en la cosa...el paciente que tiene un buen vocabulario, es básicamente un paciente receptivo, porque habla más con el médico y usa términos de medicina que se entiende más con el médico, pero si no tiene un vocabulario más amplio, a veces ni entiende lo que se le está diciendo y allí hay que buscar la forma de que el paciente entienda las cosas que se le dicen...hasta que hay que usar términos más básicos para poder hablar con él, es como darle la vuelta...ojo...no bajar a su nivel, porque si no la cosa se va por otro lado y el paciente puede creer que el médico es un loco o no sabe...pero uno siempre debe buscar la forma de abordarlo... un trato distinto, pero siempre manteniendo la conducta como médico tratante.

Entrevistador: Y con el nivel económico del paciente, ¿se debe dar un trato distinto?

Alejandra: jamás profe, todos son iguales... el hecho de que tenga plata no implica que sea más que otro que no tenga. Y menos aquí en un hospital público... todos deben ser atendidos de la misma manera...

Entrevistador: ¿Eso no influye de alguna forma en ese proceso de recuperación cuando el paciente está enfermo?

Alejandra: Si se refiere a que si tiene plata puede pagar los medicamentos, así sí, porque si le cuesta pagar medicamentos, o hacerse exámenes, eso va a acelerar el proceso de recuperación o hacerlo más lento. Los médicos siempre recetan los medicamentos, si los puede comprar o conseguir, eso ayuda mucho, pero si no, el paciente no se va a recuperar tan rápido, y eso hace que uno se preocupe más por la salud del paciente, si lo hay en el hospital, donde conseguirlo...esas cosas...pero si no uno va a tener al paciente allí hospitalizado sin mejorías, y hay que estar muy pendiente de él.

Cuadro 6 (cont)

Fecha: 16-10-17. Día: Lunes Hora: 02:05 pm Lugar: Edificio de Ciencias Biomédicas N de entrevista: 2 Entrevistado: Alejandra hoja: 5/6 Tiempo de la entrevista: 35:23

Entrevistador: Y respecto al nivel de estudio del paciente, ¿el trato es distinto?

Alejandra: no es que sea distinto, sino que hay que saber cómo abordarlo...le explico...si un paciente no sabe ni leer...como le explica usted que tiene un...por ejemplo... ¿una apendicitis? Ese paciente no sabe nada de eso, para él es un dolor de barriga muy fuerte que no lo deja ni moverse...entonces hay que buscar bien la forma de explicarle su caso. Pero si es un paciente que fue a la universidad, o por lo menos es bachiller, sabe un poco más del cuerpo humano y allí es más fácil explicarle sus cosas...o a lo mejor no tanto por los estudios, pero por la experiencia de casos, ha leído, se mete en internet y busca los síntomas de la enfermedad que tiene y llega con una idea diciéndote de que es lo que tiene...eso influye mucho.

Entrevistador: En el caso del lugar de procedencia del paciente, ¿son todos distintos?

Alejandra: totalmente...si un paciente viene de una zona rural...que se yo...El Baúl por ejemplo...pero del Baúl pa dentro... el paciente habla, actúa y se ve de forma muy distinta al paciente por ejemplo que viene de San Carlos.

Entrevistador: ¿Puedes explicar esas diferencias?

Alejandra: a ver...el paciente del Baúl es más...como le digo...más campesinito...sin ofenderlo...o sea no sabe mucho de enfermedades...para él es el campo y el monte...más si es un viejito...cuando tú le haces el interrogatorio te echa cuentos de su abuelo, de lo que hace, de que si siembra... del ganado...de que si su compadre tuvo una vez la misma enfermedad y se murió...cosas así...en cambio el de San Carlos, se limita más a responder solo lo que le preguntas y es más...así como cerrado...de los hábitos alimenticios te dice que desayuna avena con un sándwich...y el del Baúl que se mete 2 arepas de maíz pelao y un tarro de café...que trabaja en tal empresa, la mayoría no se pone a echarte cuentos sobre todo lo que hace y no hace...esas cosas...

Entrevistador: Con todas esas diferencias que ves en los pacientes, ¿se te hace fácil abordar a tus pacientes?

Alejandra: me ha costado profe... eso ha sido poco a poco, y aun me queda mucho que aprender de ellos... pero gracias a Dios hasta ahora he podido tener una buena relación, saber cómo tratarlos a pesar de que todos sean distintos, a que todos queden satisfechos...yo no los clasifico por sus diferencias, a todos les doy la atención que buscan, pero si hay que saber que no todos son iguales y aprender a abordarlos de formas distintas por sus diferencias. Pero eso no lo aprende uno en clases, no hay una materia específica que te enseñe todo eso... eso lo aprende uno cada día con sus pacientes

Cuadro 6 (cont)

Fecha: 16-10-17 Día: Lunes Hora: 02:05 pm Lugar: Edificio de Ciencias Biomédicas N de entrevista: 2 Entrevistado: Alejandra hoja: 6/6 Tiempo de la entrevista: 35:23

Entrevistador: Entonces ¿consideras que debe dársele un trato distinto a los pacientes por esas diferencias?

Alejandra: no es un trato distinto, es solo la forma de abordarlos que debe ser distinta...de preguntarle las cosas...de cómo hacer para que el paciente se sienta cómodo contigo...eso es lo que debe uno hacer con cada paciente... todos deben ser tratados por igual sin importar de donde venga y quien sea...

Entrevistador: Ahora, ¿la relación médico-paciente y familiares del paciente es fundamental para la salud?

Alejandra: completamente fundamental...si no hay buena relación entre el médico y el paciente...no se está haciendo nada. El médico debe estar pendiente del paciente, de su mejoría, de su evolución, de todo...aunque a veces no de tiempo porque son muchos los pacientes que se tienen, pero dedicarles un momentico, así sea dos minutos para sentarse y hablar con él, sobre cualquier cosa, eso ayuda mucho... y con su familia también, el hecho de que su familiar este allí con el paciente, eso fortalece su ánimo y el paciente cuando está acompañado de alguien, se le nota la diferencia, porque esta como más alegre y no se echa a morir... todo eso es muy importante para la mejoría

Fuente: Palencia, 2018

Cuadro 7

Entrevista en Profundidad del Sujeto 3 (Percepción de Merisa)

Fecha: 16-11-17. Día: Jueves Hora: 10:00 am Lugar: Módulo Docente
Hospital Universitario Ángel Larralde N de entrevista: 3 Entrevistado: Merisa
hoja: 1/5 Tiempo de la entrevista: 28:47

Entrevistador: ¿Cuál es la razón por la que estudias medicina?

Merisa: Desde siempre fue mi sueño, siempre me ha gustado estar ayudando a alguien que necesita de ayuda. Desde niña me gustaba eso de jugar a la doctora, de dar medicamentos, acostaba a mi hermano y hacía que lo operaba. Mi mamá siempre me decía que yo sería una gran doctora...ella es enfermera...y desde allí siempre dije que yo iba a ser doctora.

Entrevistador: El tema central de esta entrevista es la cultura del paciente.

Primeramente quiero preguntarte ¿qué entiendes por cultura?

Merisa: la cultura es todo lo que representa al hombre, sus costumbres, creencias, prácticas, su forma de vivir, sus estudios, lo que hace con sus manos, el arte, la música que algunos hacen...todo eso

Entrevistador: Y en esta carrera, ¿has cursado asignaturas específicas sobre cultura y su relación con la salud?

Merisa: si claro, vi Arte y Cultura en primer año.

Entrevistador: ¿Recuerdas cuál era su contenido sobre la cultura y la salud?

Merisa: que va profe...no recuerdo que me hayan dado eso... esa materia fue puro pintar, dibujar, hablar de música...la profesora decía que se había graduado en música...ver películas...y más nada...

Entrevistador: Y ¿no tenían un programa de la materia y su contenido?

Merisa: no...nada que ver...si lo había nunca supimos...porque la profe nunca nos habló de eso...

Entrevistador: ¿Has tenido la oportunidad de en alguna materia estudiar diferentes individuos para analizar sus características culturales?

Merisa: muy poco...pero no en Arte y Cultura... en una materia del segundo o tercero...no me acuerdo el año ni el nombre de la materia, en esa materia la profe medio hablaba sobre esas cosas...que cada paciente tenía una cultura distinta, que hay que saber sobre eso...y cosas así

Entrevistador: ¿Fue solo teoría?

Merisa: si...esa profesora era medio loca, llegaba y se sentaba...decía 4 cosas y luego se ponía a hablar por teléfono y uno allí sin hacer nada...muchos se iban de la clase y a ella como que no le importaba...

Entrevistador: Y ¿te sientes capacitada para distinguir y analizar las características culturales del paciente?

Merisa: No del todo...he tenido que aprender poco a poco...a medida que uno va atendiendo a los pacientes... porque si fuera por esa materia que dio la profe

Cuadro 7 (cont)

Fecha: 16-11-17. Día: Jueves Hora: 10:00 am Lugar: Módulo Docente
Hospital Universitario Ángel Larralde N de entrevista: 3 Entrevistado: Merisa
hoja: 2/5 Tiempo de la entrevista: 28:47

esa...estaría frita... yo creo que esas materias...o se dan bien con profesores que le guste enseñar y se dediquen...o deberían eliminarlas para dar otras materias más importantes...porque están allí en el pensum y nada que ver...

Entrevistador: ¿No consideras importante estudiar el entorno cultural del paciente?

Merisa: no es eso profe...es que no se dan bien en las materias y uno las ve como aburridas...no llaman la atención porque los profesores son como grises o piratas y uno dice...ay no otra vez a ver Arte y Espectáculos...porque así la llamábamos.... Entonces hay que cambiar más la forma de darlas para que así uno se anime a verlas y le guste...tenga una buena experiencia con ellas... de lo contrario...no darlas...porque a la final de cuentas uno aprende todo eso es mientras esta en un hospital atendiendo pacientes y codeándose con ellos... me gustaría más...como decía el profesor de Historia de la Medicina, que dieran anatomía radiológica...porque eso si es importante porque uno no abre al paciente para verle los órganos...uno todo lo debe diagnosticar a través de radiografías mayormente.

Entrevistador: Y en alguna otra materia, ¿has tenido la oportunidad de hacer un estudio en individuos o familias donde puedas ver las características de sus culturas?

Merisa: en ninguna profe...o no me las han dado bien como le dije, o simplemente esas materias no están para eso... Todo lo que he hecho hasta ahora de lo que usted me dice de saber que cada paciente es distinto por su cultura, lo he aprendido aquí en este hospital..

Entrevistador: Ya que comentas eso, ¿qué piensas sobre la religión y su influencia en la efectividad del tratamiento médico?

Merisa: eso influye mucho....lo que crea el paciente sobre una religión va a ser importante en el tratamiento...o por lo menos el médico debe saber que religión tiene el paciente para saber qué hacer

Entrevistador: ¿Por qué el médico debe saber la religión del paciente?

Merisa: para saber cómo atenderlo. Si un paciente no quiere aceptar una transfusión de sangre o un trasplante, el médico debe respetar y guiarse por lo que el paciente dice... Esos son los Testigos de Jehová que no aceptan sangre y el médico respeta esa decisión... allí él no puede hacer nada... Otros pacientes a veces rechazan algún tratamiento o hasta una operación y dicen que José Gregorio Hernández los va a salvar y que por eso no es necesario operarse...cosas así profe... y dígame los santeros, que montan hasta un altar al lado de su camilla para que el santo y que los proteja de la muerte... con todo eso debe lidiar un médico y saber llevar al paciente.

Cuadro 7 (cont)

Fecha: 16-11-17. Día: Jueves Hora: 10:00 am Lugar: Módulo Docente
Hospital Universitario Ángel Larralde N de entrevista: 3 Entrevistado: Merisa
hoja: 3/5 Tiempo de la entrevista: 28:47

Entrevistador: ¿Y tú consideras el modo de vida de un paciente cuando lo atiendes?

Merisa: siempre hay que tomarlo en cuenta, no solo para el tratamiento, si no para saber la raíz de la enfermedad. Si un paciente trabaja de noche por ejemplo, es preferible que le indiques un tratamiento que lo siga en el día...si un paciente es fumador o bebedor, debes saber eso para tratar de eliminar el vicio y que mejore su salud. Todo eso se le pregunta el paciente, a que se dedica, que trabaja, como come, donde y en que trabaja, no se debe dejar de preguntar esas cosas.

Entrevistador: ¿Existen diferencias entre los pacientes por su forma de hablar, vestir y actuar?

Merisa: si existen... hay pacientes mal arreglados, se visten mal y hasta huelen mal...o el extremo de que se visten como si esto es un salón de fiesta... uno nota mucho la diferencia en eso... de su forma de hablar obviamente son distintos, unos te hablan grosero, te gritan, o simplemente ni dicen nada...son muy callados.. otros al contrario son muy educados, respetuosos, te saludan amablemente y uno nota que allí hay una diferencia muy marcada...y de actuar igualito...uno son retraídos, casi ni se sienten...otros son muy extrovertidos y andan siempre como un bochinche...pasa de todo aquí.

Entrevistador: De acuerdo a esas diferencias, ¿los tratas distintos a cada uno?

Merisa: en mi caso no profe...yo les doy el mismo trato por igual, no tengo preferencias sobre eso...uno si ve que los profesores que nos dan clases aquí si los tratan distintos, con cada uno actúan diferente, es como si les molestara el olor, y le da como asquito tocarlos...debe ser porque ya los conocen y han aprendido tanto que le dan esa indiferencia como para ni relacionarse mucho...que a lo mejor uno cuando tenga años ejerciendo haga lo mismo...pero no creo que sea porque uno sea un mal medico...si no porque hay tantos pacientes que atender que hay que ser muy rápidos con cada uno.

Entrevistador: ¿Le debes dar una atención rápida por que visten mal o huelen mal?

Merisa: no vale profe...creo que no me explique bien...es que a veces...bueno siempre esto esta full de pacientes...entonces uno debe ser rápido...claro atendiéndolo bien y completamente...pero ser ágil y moverlo...que el paciente tampoco pase horas en la consulta...porque hay muchos más esperando....no tiene nada que ver con su forma de ser, ni como visten...ni como huelen...aunque si huelen mal hay que sacudírselos rápido (entre risas) porque dejan el consultorio pestilento

Cuadro 7 (cont)

Fecha: 16-11-17. Día: Jueves Hora: 10:00 am Lugar: Módulo Docente
Hospital Universitario Ángel Larralde N de entrevista: 3 Entrevistado: Merisa
hoja: 4/5 Tiempo de la entrevista: 28:47

Entrevistador: Y por el nivel económico de los pacientes ¿les das un trato distinto?

Merisa: para nada...no se puede hacer eso. Cada paciente tiene diferentes posibilidades económicas, pero cuando están en un hospital...y más si es público, no hay diferencia... a lo mejor un paciente tiene más posibilidades de pagar medicamentos o tratamientos, pero eso no significa que se deba dar mejor trato a ese paciente que al que no puede

Entrevistador: Entonces ¿el nivel económico no define como debe ser la relación entre el médico y el paciente?

Merisa: nunca profe. Eso no se toma en cuenta, o mejor dicho, no se debería tomar en cuenta para darle una atención al paciente...ni siquiera debería ser así en una clínica privada, el que está en una consulta privada es porque puede pagar esa consulta...y el trato debe ser igual para todos.

Entrevistador: En este hospital se ve mucho paciente, ¿este hospital solo atiende a la comunidad cercana?

Merisa: eso era antes que este hospital atendía poca gente y la mayoría se van al central... ahora viene gente de todos lados...esto se colapsa...aquí una vez atendí una señora que venía de Mérida, no era que había nacido allá y se vino a vivir aquí... vive en Mérida...vino porque le dijeron que la atención de aquí era muy buena y ella vino a consultarse aquí con la profesora de gastro...esa señora hablaba bonito

Entrevistador: ¿Cómo bonito?

Merisa: bueno, su acento gocho es lindo...a mí siempre me ha gustado ese acento...hablan como se hablaba antes, así como con respeto y un tono apuraito.

Entrevistador: Entonces ¿has tenido la oportunidad de atender pacientes de diversas localidades. ¿Así has podido notar las diferencias culturales de esos pacientes?

Merisa: si profe, se nota mucho la diferencia... es más la gente de aquí mismo cerca es más como malasangre...pero la gente que viene de afuera son más amables... eso lo he visto yo... y eso ayuda mucho, porque si vienen de afuera, y son amables, uno los atiende muy bien y así ellos se llevan una buena impresión.

Entrevistador: ¿Y si son de esta localidad, no los atienden bien?

Merisa: bueno no es eso...es que la gente de aquí mismo siempre va a venir para acá... porque es el más cercano... y bueno...uno los ve varias veces...mientras que si son de afuera, uno trata de que se lleven una buena impresión.

Entrevistador: ¿Tú has podido relacionarte de buena manera con todos los pacientes?

Cuadro 7 (cont)

Fecha: 16-11-17. Día: Jueves Hora: 10:00 am Lugar: Módulo Docente
Hospital Universitario Ángel Larralde N de entrevista: 3 Entrevistado: Merisa
hoja: 5/5 Tiempo de la entrevista: 28:47

Merisa: si profe, me ha ido bien, hasta ahora no he tenido problemas con ningún paciente...

Entrevistador: ¿Has atendido a un paciente que tenga una forma de hablar distinta a la tuya?

Merisa: otro idioma no...pero si pasa mucho con pacientes que hablan raro...bueno no raro...sino que usan palabras que uno a veces no entiende...entonces uno debe preguntarle a que se refiere y que te expliquen.

Entrevistador: ¿Cómo es eso?

Merisa: por ejemplo si es un viejito, habla cosas que solo los viejitos entienden...me estoy acordando (entre risas) de una señora que la profe la mando a que se quitara la ropa, y la señora usaba una falda, pero debajo de la falda tenía otra, y ella decía que eso era un fondo...y yo no entendía...entonces la profe se dio cuenta que yo quedé, así como extrañada y ella me dijo que era una cosa que las viejitas usaban debajo de la falda como para que no se le viera nada...y yo ni sabía que usaban ese trapero...como yo nunca conocí a mi abuela...no sabía si usaba eso...y mi mama tampoco usa eso

Entrevistador: ¿La compañía ayuda?

Merisa: es lo más importante, que el paciente no se sienta solo, que siempre este con alguien que lo acompañe

Cuadro 8

Entrevista en Profundidad del Sujeto 4 (Percepción de Luis)

Fecha: 22-11-17. Día: Miércoles Hora: 01:05pm Lugar: Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social N de entrevista: 4 Entrevistado: Luis Hoja: 1/6
Tiempo de la entrevista: 29:14

Entrevistador: Primero agradecerte por la oportunidad de esta entrevista. Me gustaría saber ¿Cuál es tu motivación para estudiar medicina?

Luis: para serle honesto la verdad yo no la tenía nunca, de verdad , yo entré a medicina porque cuando estaba en bachillerato y tenía que inscribirme en el OPSU, tenía buen promedio, y me daba para estudiar cualquier carrera, y dije, bueno vamos a estudiar la mejor...y varios de mis amigos del liceo y los profesores me decían que estudiara medicina...mi familia también me decía que la estudiara porque hacía falta un médico en la casa...y buen aquí estoy ya en quinto año... aunque perdí dos años por tener que trabajar...ya yo me hubiera graduado...pero aquí sigo

Entrevistador: Ahora bien, es una carrera en la que debes atender a pacientes a diario, pacientes con diferentes culturas., partiendo de esta idea ¿Puedes decirme que es para ti la cultura?

Luis: es todo lo que hace una persona, su modo de vivir.

Entrevistador: En el transcurso de tu carrera, durante tu estadía en la universidad, ¿qué materias has visto que tenga relación a la cultura?

Luis: Arte y cultura.

Entrevistador: ¿Que aprendiste en esa materia?

Luis: solo dibujar a lápiz...más nada

Entrevistador: ¿Has tenido la oportunidad de realizar estudios sobre pacientes y sus diferencias culturales?

Luis: creo que sí, hubo una materia, pero no recuerdo el nombre ahorita, creo que en segundo año, que la profesora mando un trabajo sobre eso.

Entrevistador: ¿Que tenían que hacer en ese trabajo?

Luis: era sobre las cosas que tiene una comunidad

Entrevistador: ¿Cómo cuáles?

Luis: bueno la cantidad de habitantes, si tenían un ambulatorio, servicios públicos, escuelas...esas cosas.

Entrevistador: ¿Y qué comunidad trabajaste?

Luis: una que conseguimos por internet...el Tíbet.

Entrevistador: ¿Sacaron el trabajo por internet?

Luis: si, la profe dijo que si se podía y así lo profe lo corrigió.

Entrevistador: ¿No podían asistir a una comunidad cercana?

Luis: ¿para qué? Si la profe dijo que podíamos sacarla de internet, siempre y cuando encontráramos todo.

Cuadro 8 (cont)

Fecha: 22-11-17. Día: Miércoles Hora: 01:05 pm Lugar: Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social N de entrevista: 4 Entrevistado: Luis Hoja: 2/6
Tiempo de la entrevista: 29:14

Entrevistador: ¿Entonces no tuvieron la oportunidad de estudiar a una comunidad y sus características?

Luis: no

Entrevistador: Con ese trabajo que realizaste, ¿te sientes capacitado para distinguir las características culturales de tus pacientes?

Luis: no...por ese trabajo no...pero uno ha tenido que aprenderlo mientras avanza en la carrera.

Entrevistador: ¿Y cómo lo has hecho hasta ahora?

Luis: uno debe hacerle un interrogatorio al paciente, sobre sus antecedentes familiares, su modo de vida, su alimentación, su trabajo, de que religión es...todo eso...así uno más o menos se hace una idea de cómo es el paciente.

Entrevistador: ¿Y si se te presentan varios pacientes con las mismos antecedentes, no hay algo que los diferencie?

Luis: bueno si, así tengan muchas cosas que se le parezcan, siempre hay algo que los diferencia.

Entrevistador: ¿Cómo cuáles?

Luis: bueno...a veces con solo ver al paciente uno se da cuenta de que es otro...o sea, hablan distinto, caminan distinto, responden distinto, y el motivo de consulta siempre es distinto.

Entrevistador: ¿Qué es el motivo de consulta?

Luis: es la razón por la que el paciente llega a la consulta, lo primero que se le pregunta al paciente, el por qué vino a verse con uno, es eso.

Entrevistador: ¿Si el paciente llega a la consulta por un dolor de cabeza, para que le preguntan, por ejemplo, la religión?

Luis: porque uno debe saber todo eso, a lo mejor allí está la causa de su enfermedad. Por ejemplo, si llega con una tos con flema que no se le quita, y fiebre y se siente que no puede respirar, y con solo verlo tiene una disnea, uno en el interrogatorio le pregunta que trabaja, y si te dice ah yo trabajo en una fábrica de pinturas, allí sabes que puede estar la razón de su neumonía, porque los químicos le hacen daño, y a lo mejor tuvo una gripe, no se le curó y siguió trabajando...y en el trabajo con esos químicos, eso le produjo una neumonía...entonces ese trabajo le afectó, ...por eso uno pregunta lo más que pueda...

Entrevistador: ¿Y en el caso de las creencias del paciente, como la religión, incide en algo en el paciente?

Cuadro 8 (cont)

Fecha: 22-11-17. Día: Miércoles Hora: 01:05 pm Lugar: Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social N de entrevista: 4 Entrevistado: Luis Hoja: 3/6
Tiempo de la entrevista: 29:14

Luis: no directamente, porque el cuerpo humano es igual para todos sin importar la religión de las personas, pero si influye mucho por ejemplo en la recuperación del paciente...dígame esos evangélicos cuando están hospitalizados en la hora de la visita que le llegan todos a rezar, hacen que el paciente se anime y hasta se siente mejor, no sé si es por la fe, pero creo que eso los ayuda mucho. También pasa con lo que cree, la gente cree mucho en brujería y esas cosas y cuando vienen muriéndose dicen que le echaron una vaina y que eso lo está matando, entonces si se muere, no dicen que es porque la enfermedad era mortal, sino porque la brujería era muy grande y lo mató...a lo mejor esa persona tenía tiempo enfermo y no había ido al hospital, y cuando llega ya estaba “jodío” y no se pudo hacer nada...ah, pero no es culpa de nadie ni de su irresponsabilidad, fue culpa de la brujería echá.

Entrevistador: ¿Entonces para ti es importante el modo de vida del paciente?

Luis: bueno es más importante para él, porque él es el enfermo y que necesita de mí, pero si debo saber de su vida para llegar a un diagnostico

Entrevistador: En tu caso, ¿qué consideras importante preguntarle al paciente?

Luis: depende...si viene con un dolor, preguntarle desde cuando lo tiene, la intensidad, donde lo tiene y esas cosas... si viene en shock, no le puedes preguntar a él, tienes que preguntarle al familiar, y allí el familiar a veces no sabe mucho del por qué el paciente esta así...y allí debes ser muy preciso en diagnosticarlo...porque debes ver los síntomas que presenta el paciente y relacionarlos con lo que poco que te puede decir el familiar

Entrevistador: ¿Y no determinas algunos detalles del paciente, por ejemplo como se viste o como habla?

Luis: el cómo se viste, eso no importa...el cómo habla si...porque si está muy enfermo o le duele mucho, es de muy poco hablar y debes no joda averiguar que te quiere decir...o a veces la forma de hablar te ayuda a diagnosticar al paciente su problema...si habla bien, el paciente está consciente, pero si dice palabras que no tienen sentido, el paciente puede estar desvariando y allí puede estar pasando algo grave.

Entrevistador: ¿Cuando hay diferencias económicas entre los pacientes, eso hace que actúen distintos?

Luis: bueno, cuando tienen plata, se la echan de que son más importantes y quiere que los atiendas rápido y se la dan de una gran vaina....y tú dices para que no se va a una clínica y paga... pero los que no tienen plata son como más relajados, más tranquilos, y hasta más amables.

Cuadro 8 (cont)

Fecha: 22-11-17. Día: Miércoles Hora: 01:05 pm Lugar: Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social N de entrevista: 4 Entrevistado: Luis Hoja: 4/6
Tiempo de la entrevista: 29:14

Entrevistador: Con esa diferencia en la economía del paciente, ¿les das un trato distinto?

Luis: bueno, un poco, esta vaina es para gente que no puede pagar una clínica. En mi caso, yo a esos que se la echan de que tienen plata los trato más seco, mientras que a los que son pobres, soy muy amable con ellos... ellos vienen del mismo barrio que yo, por así decirlo.

Entrevistador: ¿Dónde vives tú?

Luis: en Goaigoaza

Entrevistador: ¿Vienes de familia con bajos recursos?

Luis: si, por eso quiero ser médico, para ayudar a mi familia. y los años que repetí, es porque tenía que trabajar y pare durante dos años...pero ahora que mi hermano mayor se fue del país y nos está ayudando mucho en la casa, volví a estudiar y espero sacar la carrera.

Entrevistador: ¿Entonces por tus condiciones económicas tratas distinto a los pacientes cuando consideras que tienen plata?

Luis: no es tanto por eso, porque esta es una carrera que no debe ver eso en los, pacientes, si no que esos pacientes quieren dársela más que los demás y no es así aquí todos deben ser atendidos igual, entonces el que se quiera ser más que otro, debe hacérsele saber que no es así, y le trato medio seco como para que se dé cuenta.

Entrevistador: Si los pacientes se dan cuenta de eso, ¿no te causa problema?

Luis: bueno tampoco es que les gritas...ni los corres rápido, pero ellos como que se dan cuenta porque te ven el cambio cuando estas atendiendo a otro con el que si te sientes cómodo. Pero eso a mí no me importa de verdad.

Entrevistador: ¿Qué no te importa?

Luis: que se den cuenta del trato distinto....aquí es uno quien los atiende a ellos, no ellos a uno

Entrevistador: Y si es una persona que ha estudiado, y tiene títulos universitarios y una profesión, ¿la tratas distinto al que no ha estudiado?

Luis: allí si no, porque esa persona a lo mejor estudio de forma humilde y se superó. Y a veces hasta es sabroso hablar con ellos, enseñan cosas a uno y eso es bueno...allí no doy diferencias. Pero no es porque tenga título, ni nada de eso, es porque son respetuosos y no se la dan de echones. Pero no se crea igual hay muchos que no han estudiado y que son pobres y también quieren venir a tratar a uno mal, porque uno es estudiante y no esta graduado.

Entrevistador: ¿Por qué crees que ocurre esa diferencia?

Cuadro 8 (cont)

Fecha: 22-11-17. Día: Miércoles Hora: 01:05 pm Lugar: Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social N de entrevista: 4 Entrevistado: Luis Hoja: 5/6
Tiempo de la entrevista: 29:14

Luis: porque eso no te lo da el título, ni los riales que tengas en un banco...eso es de la persona, de como quiera ser, de cómo sea educada y trate a los demás... de lo que le enseñan en la casa y todo lo que ha aprendido la persona en la vida.

Entrevistador: ¿Entonces es por su cultura?

Luis: así mismo es, por su cultura y su forma de ser

Entrevistador: ¿Puedes distinguir las diferencias de un paciente dependiendo de dónde vive?

Luis: si, se ve la diferencia

Entrevistador: ¿En qué sentido?

Luis: por ejemplo...la gente de Gañango es como más altanera, peleona y siempre anda como formando peo para que lo atiendan....pero la gente del centro es mas tranquila, calmada, espera su turno y normalita...no anda con gritos ni nada... hasta es mejor vestida...la gente de Gañango hasta en chancletas se viene... y ropa rota y sucia

Entrevistador: ¿Y la atención que le das es distinta?

Luis: en cierta forma si...si vienen con gritaderas, debes ser más que el...no gritarle también, si no serle duro y frontal para que baje la guardia, porque tú debes darle a entender que estas aquí para ayudarlo, no para ser mandado por él... porque no eres su esclavo...

Entrevistador: Entonces si el paciente tiene una forma de ser distinta a la tuya, ¿lo tratas distinto?

Luis: no vale...a ver cómo le explico...no es que deban ser como yo para tratarlos bien, es que deben tener una actitud relajada, a pesar de que se sientan mal, pero entender que tu estas allí para ayudarlo...pero si vienen con un humor jodido y quieren venir a tragarse a uno, o tengas cosas que sean distintas a mi forma de ser, uno debe darles un parado y demostrarle que tienes cierta autoridad...y si no se calma, no puedes hacer nada por él.

Entrevistador: ¿De qué religión eres?

Luis: yo de ninguna...a mí me bautizaron en la iglesia, cuando era chiquito, pero no soy religioso.

Entrevistador: Pero ¿crees en la iglesia católica entonces?

Luis: sí, creo en Dios, y a veces le rezo

Entrevistador: ¿Y si te llega un paciente con una religión distinta, que trato le das?

Luis: les doy el mismo trato, no importa de qué religión sea.

Entrevistador: ¿Entonces puedes socializar con todo tipo de paciente?

Luis: claro, como le dije, siempre y cuando el paciente sea receptivo, yo soy muy abierto con el...y nos llevamos bien.

Cuadro 8 (cont)

Fecha: 22-11-17. Día: Miércoles Hora: 01:05 pm Lugar: Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social N de entrevista: 4 Entrevistado: Luis Hoja: 6/6
Tiempo de la entrevista: 29:14

Entrevistador: ¿Y si el paciente no es receptivo?

Luis: si el paciente no es receptivo y cerrado por cualquier razón, se lo paso a otro compañero o me hago el loco y cambio de paciente...así de sencillo...no me doy mala vida...y bueno siempre y cuando el profesor no se empeñe en asignarme un paciente.

Entrevistador: ¿Y si el profesor te asigna un paciente, y según tu criterio, no es receptivo, como haces?

Luis: tengo que calármelo con toda la arrechera del mundo y bueno... veo que hago para trabajar con ese paciente.

Entrevistador: ¿Has tenido un caso así?

Luis: si, varios. Una vez una profesora de Terapéutica me asigno un paciente y el tipo era no joda, de lo peor... no le gustaba hablar, no le gustaba que lo palparan, no le gustaba un coño...de paso los familiares eran fastidiosos, que para que le haces eso, que eso ya se lo hicieron, que si esto, que si lo otro...que cuidado, y no joda no dejaban trabajar...bueno, poco a poco hice el caso clínico, pero allí lo saque y bueno... ahora le recomendamos al profesor, que nos de la patología mas no el paciente....así tu escoges al paciente y se te hace más fácil...pero hay profesores que como que saben con quién uno va a pasar roncha para estudiar y te dan ese paciente.

Entrevistador: ¿Cuando hay familiares con el paciente, consideras que eso ayuda al paciente en su recuperación?

Luis: si, si lo ayuda mucho, el paciente acompañado es más receptivo y rápido en recuperarse. Pero el que está solo, sin familiares ni nadie, ese tarda tiempo y uno debe estar muy pendiente de él, porque son pacientes que tienden a empeorarse por la soledad...

Entrevistador: ¿Y la empatía entre el médico y el paciente es importante?

Luis: sumamente importante, si entre el paciente y el médico hay confianza y una buena relación, todo sale bien.

Cuadro 9

Entrevista en Profundidad del Sujeto 5 (Percepción de Iriana)

Fecha: 28-11-17. Día: Martes Hora: 10:35 am Lugar: Módulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 5 Entrevistado: Iriana Hoja:
1/6 Tiempo de la entrevista: 33:19

Entrevistador: Primeramente quisiera saber ¿cuál fue tu motivación para estudiar Medicina?

Iriana: ¿La motivación? De verdad profe, nunca pasó por mi mente estudiar medicina...pero mi papa siempre decía que sus hijos tenían que ser médicos. Él es médico y mi mama también

Entrevistador: ¿Qué especialidad tienen tus padres?

Iriana: mi mama es Internista y mi papa es Cardiólogo

Entrevistador: ¿Tienes más familiares médicos?

Iriana: mi hermana es internista...y un primo es Oncólogo

Entrevistador: ¿Y que querías estudiar tú?

Iriana: a mí me gustaba más la ingeniería, me gusta mucho las matemáticas, la física...calculo...pero bueno, tampoco es que no me guste la medicina...pero como le dije, no es lo que realmente siempre pensé que estudiaría...pero no se crea...me he enamorado de la carrera...es muy hermosa...trabajas con tanta gente que te hace amar la carrera cada día.

Entrevistador: Ya que trabajas con tanta gente, ¿Qué es para ti la cultura?

Iriana: ¿la cultura?...uhmmm a ver... son todas las cosas que definen a las personas, su nacionalidad, sus prácticas, formas de vida, como se relacionan con otros...todo lo que hacen cada día, y que se transmite de generación en generación.

Entrevistador: En tu carrera, ¿has cursado algunas materias relacionadas con la Cultura?

Iriana: si profe. En primer año nos dan Arte y Cultura.

Entrevistador: ¿Qué recuerdas de lo que aprendiste allí?

Iriana: a dibujar (entre risas)

Entrevistador: Entonces ¿cómo sabes lo que es cultura?

Iriana: porque es algo que siempre se repite, que uno lee, que escucha, que ve que es así

Entrevistador: ¿Cómo es eso que lo ves que es así?

Iriana: bueno profe, uno ve como se porta la gente, como actúa, que hace, como vive, sus creencias, valores, las diferencias en las comidas, todas esas cosas...mi abuela por ejemplo, me enseñó a hacer arepas derechitas, como se amasaba la masa, como cocinar, eso me lo enseñó ella, que se lo enseñó su abuela, y yo debo enseñarle eso a mis hijas,...entonces cuando uno ve todo eso en las personas, uno dice que eso es cultura

Cuadro 9 (cont)

Fecha: 28-11-17. Día: Martes Hora: 10:35 am Lugar: Módulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 5 Entrevistado: Iriana Hoja:
2/6 Tiempo de la entrevista: 33:19

Entrevistador: ¿y eso no se lo explicaron en las clases de Arte y Cultura?

Iriana: la primera clase solo nos dieron los términos generales, sobre que era cultura, que es al arte y esas cosas, pero eso fue solo en la primera clase...el resto del año fue dibujar, pintar, hacer un video...y ya...terminamos la materia

Entrevistador: ¿Sobre qué era el video?

Iriana: sobre un problema que estuviera afectando en la juventud actual...nosotros hicimos sobre el bullying... otros lo hicieron sobre el cuidado de las áreas verdes, unos sobre el problema del transporte...y así pues

Entrevistador: y si era sobre una situación que estuviera afectando a la juventud, ¿Por qué algunos lo hicieron sobre las áreas verdes?

Iriana: es que esa profesora no explico bien...y a la final todo el mundo hizo lo que quiso y más le gustaba, ella igual le puso veinte a todo el mundo.

Entrevistador: y después de eso, ¿no tuviste alguna otra materia donde pudiste saber sobre la cultura de las personas?

Iriana: ah sí si...vimos otra...no recuerdo si fue en segundo o tercero, en donde la profesora nos mandó a que hiciéramos un trabajo sobre las características de una comunidad y sus formas de vida...creo que se llamaba salud y sociedad...algo así.

Entrevistador: ¿Recuerdas cuál fue la comunidad que estudiaron?

Iriana: Si, hablamos sobre la comunidad goajira, pero todo fue sacado en internet (entre risas).

Entrevistador: ¿la profesora les permitió que sacaran toda la información de Internet?

Iriana: si profe...todo el mundo comenzó a quejarse sobre eso, porque no teníamos tiempo de ir a visitar una comunidad, estábamos en finales de anatomía e histología como para poder dedicare a ir a la comunidad, y la profe dijo que el que pudiera lo hiciera, y el que no que lo sacara de internet.

Entrevistador: ¿y recuerdas si algún grupo visitó a la comunidad?

Iriana: que va profe...todo el mundo hizo eso sacado de internet...veinte para todos pues

Entrevistador: Entonces ¿no tuvieron la oportunidad de visitar una comunidad y estudiarla a fondo?

Iriana: profe aquí en esta carrera uno debe ahorrar tiempo para dedicarse a materias más fuertes...y mientras menos trabajo haga uno en las materias menos importantes mejor para uno...así se dedica más a las que uno necesita aprender bien

Entrevistador: ¿Y cuáles son esas materias más importantes?

Cuadro 9 (cont)

Fecha: 28-11-17. Día: Martes Hora: 10:35 am Lugar: Módulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 5 Entrevistado: Iriana Hoja:
3/6 Tiempo de la entrevista: 33:19

Iriana: bueno...todas las materias son importantes...por algo uno las estudia...pero hay que dedicarle más tiempo a anatomía, fisiología, fisiopato, fármaco, las clínicas...y todas esas que forman a uno como médico

Entrevistador: ¿las materias restantes no te forman como médico?

Iriana: no es eso así tampoco, pero son cosas que uno aprende a diario mientras estudia, mientras se relaciona con los pacientes, uno las observa y se da cuenta que es cada cosa...pero por ejemplo anatomía, no la vas a estudiar a diario con los pacientes...ya cuando atiendes al paciente, debes saber todo sobre anatomía, porque no vas a atenderlo y decirle ya va...déjeme que lea el Porrero y sepa dónde está su quinto espacio intercostal para auscultar su corazón...por eso es que uno debe dedicar más tiempo a esas materias...lo demás se aprende solito

Entrevistador: ¿Qué es lo demás?

Iriana: cosas como esas, lo de la cultura y lo distinto que puede ser cada paciente en su aspecto cultural...porque n lo biológico o anatómico todos son iguales... a menos que tenga una anomalía congénita o por alguna causa sea distinto

Entrevistador: ¿Que causas pueden hacer distinto a un paciente en su anatomía?

Iriana: que haya perdido un miembro por una amputación, que tenga un solo riñón por insuficiencia renal, que le extirparon la apéndice...esas cosas

Entrevistador: Y con el contenido de las materias de Arte y Cultura y la otra que realizaron un trabajo sobre una comunidad ¿te sientes capacitada para estudiar analizar diferencias culturales de los pacientes en la realidad?

Iriana: en la realidad no, porque nunca lo hicimos en una comunidad real...bueno...no es que la que hicimos no exista, pero no la vimos, y todo lo sabíamos era por internet...a lo mejor lo que decían era mentira...pero si es por esas materias, nunca podríamos saber de las diferencias culturales de nuestros pacientes...todo lo que yo sé, en mi caso...es solo por lo que me ha tocado aprender en el día a día aquí en este hospital.

Entrevistador: Entonces ¿tuviste la oportunidad de estudiar casos vivenciales de comunidades y su cultura?

Iriana: por esas materias nunca estudiamos casos así...yo creo que esas profesoras eran locas y amargadas...solo querían dar la materia y ya...no importaba si nosotros aprendíamos o no.

Entrevistador: ¿Tú querías aprender sobre eso?

Iriana: bueno si profe...me hubiese gustado saber un poco más...porque a la final uno trabaja con pacientes en vivo y directo...no por internet...pero como nunca se dio porque las profesoras no se preocuparon...todo quedó así, sin saber mucho

Cuadro 9 (cont)

Fecha: 28-11-17. Día: Martes Hora: 10:35 am Lugar: Módulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 5 Entrevistado: Iriana Hoja:
4/6 Tiempo de la entrevista: 33:19

Entrevistador: ¿Puedes distinguir a los pacientes por su forma de hablar?

Iriana: claro, allí se ve que tipo de paciente es, de donde viene, si es una persona educada o no, si es un malandro...perdone por decirlo así...o si es un hijito de papa y mama...eso se distingue por su forma de hablar.

Entrevistador: ¿Cómo es eso de hijito de papa y mama?

Iriana: que es un “sifrinito” que estuvo siempre consentido por su papa y su mama y que a lo mejor lo tuvo todo

Entrevistador: Entonces ¿Cómo distingues a un malandro de un hijito de papa y mama por su forma de hablar?

Iriana: por ejemplo un malandro te llega con aquel aspecto que te da miedo (entre risas)...y te dice bueno doctora, yo le traje al menor porque ya no aguantaba ese dolor, y de pana que se le ve que el menor como que si estuviera pasando al más allá...revíselo ahí a ver qué es lo que...(entre risas y con gestos manuales)...en cambio el sifrinito te llega y te dice...doctora vine porque ya mi mama me tenía ladillado con eso de que anda a que te revise un médico, y de verdad es fastidiosa, esto me duele desde que fui a los café con unos panas y me tomé dos tragos y...o sea...no aguante ese dolor... el sifrinito es como más relajado para hablar...

Entrevistador: ¿Hay diferencias entre esos dos tipos de pacientes por su forma de vestir?

Iriana: ufffff...del cielo a la tierra...el malandro te llega con esa gorra clavada en la cabeza que no se le ven los ojos, aquellos pantalones pegados que no sé cómo se lo meten, unas camisas escandalosas de colores fosforescentes...en cambio el sifrinito viene así con unos jeans normalitos, una camisa under armor, un termo contigo...y así pues...son distintos

Entrevistador: ¿Y consideras que esas diferencias que ves influyen en el modo de vida de esos pacientes?

Iriana. Por supuesto profe...así como visten, así viven...su vida es distinta, lo que hacen, lo que trabajan, sus familias son distintas...hasta sus casas y lo que tienen en ella suelen ser distintas

Entrevistador: ¿Eso influye en el proceso de salud-enfermedad?

Iriana: si profe...y mucho sabe...porque de acuerdo a su estilo de vida son propensos a tener ciertas enfermedades...por ejemplo el que trabaja todo el día, y a veces hasta la noche, a veces no le da tiempo ni de comer...y en ese día a día puede padecer de una gastritis...pero si no trabajas, y te dan todo como a ese sifrinito, y

Cuadro 9 (cont)

Fecha: 28-11-17. Día: Martes Hora: 10:35 am Lugar: Módulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 5 Entrevistado: Iriana Hoja:
5/6 Tiempo de la entrevista: 33:19

llegas a tu casa y solo te sirven la comida...al tiempo que es... comes bien, merienda y demás...no estás tan propenso a desarrollar una gastritis... o también...si tienes hábitos de consumo, que forman parte de tu estilo de vida, bebes mucho y fumas, no solo cigarro, si no le metes a otras cosas...también puedes generar ciertas enfermedades por eso...

Entrevistador: Por esas diferencias ¿le das tratos distintos a los pacientes?

Iriana: no profe...nunca...todos son iguales, aquí no debería haber diferencias por esas cosas... a lo mejor no es que sea un trato distinto, si no más dedicación al paciente que tiene unos hábitos de vida que pueden dañar su salud...hay que aconsejarlo más a que cambie esos hábitos, ser como más duro con él para poder hacerle entender los riesgos...obvio, si el hábito es trabajar demasiado, esa persona debe tener sus razones y no se las puedes quitar...pero si recomendarle que trate de comer a su hora...que deje la bebida y el cigarrillo...cosas así...pero no trato distinto, que a uno lo tratas mal y a otro bien...no así no..

Entrevistador: Y en otro caso ¿las creencias y religión de los pacientes influye en su salud?

Iriana: bueno, no es que por que sea evangélico es más propenso a una enfermedad....a la locura si (entre risas)...no mentira....pero si influye en cosas como en tratamientos y la relación entre el médico y él.

Entrevistador: ¿Cómo así?

Iriana: por ejemplo a que si va aceptar el tratamiento o no, como los evangélicos que no aceptan transfusiones... o por ejemplo la mama de un niño que hay que operarlo de una hernia umbilical y ella dice que no, que con amarrarle un botón en el ombligo se le quita... cosas así pues.

Entrevistador: ¿Aquí solo vienen pacientes de bajos ingresos económicos?

Iriana: por lo general si profe...la gran mayoría son de bajos recursos...una que otra vez viene pacientes que uno ve que tienen plata...pero es muy raro

Entrevistador: ¿Cómo te das cuenta que tienen plata?

Iriana: porque llegan en buenos carros, por la ropa que taren puesta, por la forma en que se expresan que te das cuenta que son como mojoneados...cosas así

Entrevistador: ¿Cómo es eso de mojoneados?

Iriana: bueno que se la quieren dar más que los demás...y de paso quieren que lo atiendas rápido...y no es así, aquí es por turno al que le toque...no importa quién sea...se atienden en orden de llegada... a menos que sea una urgencia pues

Entrevistador: Y sobre el nivel de estudios del paciente ¿hay diferencias?

Iriana: si la hay...pero igual se tratan igualitos que a los que no estudian

Entrevistador: ¿Cómo ves tú esa diferencia?

Cuadro 9 (cont)

Fecha: 28-11-17. Día: Martes Hora: 10:35 am Lugar: Módulo Docente
Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera N de entrevista: 5 Entrevistado: Iriana Hoja:
6/6 Tiempo de la entrevista: 33:19

Iriana: en su habla, usan un lenguaje más culto, más estudiado...a veces saben términos médicos...los que no lo saben quedan así como ¿más o menos que dijo?, y uno tiene que ser más... ¿cómo se dice?este... coloquial...y hablar de forma que entiendan y no queden en el aire pues

Entrevistador: entonces, ¿no hay diferencias de trato a los pacientes por sus diferencias culturales?

Entrevistador: ¿Y si viene de otro estado?

Iriana: se le trata mejor pues...así se lleva una buena impresión de los médicos de aquí (entre risas)... bueno allí también es igual...venga de donde venga

Entrevistador: ¿Te das cuenta cuando un paciente es de otro estado?

Iriana: sí...uno se da cuenta...si viene de Barquisimeto...todo es naguará...naguará...si viene de Mérida...tiene un tono como cantaíto...y cosas así...Además, en el interrogatorio médico para la historia clínica se le pregunta.

Entrevistador: ¿Y en que influye eso para preguntárselo?

Iriana: primero forma parte de los datos personales del paciente... y también porque sus síntomas pueden ser endémicos...o sea propios de la región donde viene...

Entrevistador: y con todos esos casos de pacientes que relatas ¿a ti te ha resultado fácil relacionarte con ellos a pesar de esas diferencias?

Iriana: si profe, he podido abordarlos a todos...esas no son cosas que explican en clases...de repente uno que otro profesor habla sobre eso...pero uno ha tenido que guapear, como quien dice, con esos pacientes...buscar la manera de abordarlos, de que si piensan distinto a uno, tratar de tener una empatía con ellos...todo paciente es distinto, a pesar de que tengan la misma enfermedad, sus creencias y sus cosas personales...van a determinar el curso de la enfermedad que padecen.

Entrevistador: ¿Cómo determina esas diferencias el curso de la enfermedad?

Iriana: en lo receptivo que sean al tratamiento, en la forma como se relacionan con uno, con las enfermeras...hay pacientes amargados que siempre están con una dolencia, pero eso es por esa actitud amargada ante su enfermedad...otros son muy abiertos a todos y son como más esperanzados y eso los ayuda a curarse mucho más rápido...cosas así pues.

Entrevistador: ¿Y la presencia de los familiares influye en ese proceso?

Iriana: enormemente profe...paciente acompañado de familiares y amigos que lo acompañen o visiten...son más rápidos para que su enfermedad sane...paciente solo y abandonado, se queda aquí un buen tiempo y en la mayoría de los casos muere... esa presencia les da apoyo y animo en momentos así.

Fuente: Palencia, 2018

Categorización

En esta etapa, una vez culminada la información recabada en forma completa por los ya conocidos informantes o sujetos de estudios, así como también la presentación de los hallazgos o actos perceptivos, se procede a registrar la aplicación de la técnica de categorización, este proceso es conocido por Martínez (2009) como; “clasificar, conceptualiza o codificar mediante un término o expresión breve que sean claros e inequívocos (categoría descriptiva), el contenido o idea central de una unidad temática” (p 268). Por lo tanto, en el desarrollo de este proceso de categorización se le dará significado o códigos a los contenidos o porciones temáticas propias del discurso de los informantes.

La mencionada técnica de categorización se presentará a partir de los hallazgos antes mencionados, los mismos que se obtuvieron durante la entrevista profundidad con los informantes claves del estudio, es decir, el discurso en su expresión más auténtica como se señaló con anterioridad. Se le asignará subcategorías para mayor especificación o una mejor descripción, puesto que según Martínez (2009): “muchas categorías que tienen el mismo nombre no son idéntica” (p 269). Posteriormente habrá subcategorías que se pueden agrupar dando origen a una categoría.

Esta técnica será procesada a través de dos cuadros por cada informante clave, el primero de ellos, contiene el número de líneas para mejor ubicación de las unidades temática, seguidamente el texto y las sub categorías que emergen enmarcado con el título del trabajo y un segundo cuadro que contiene las categorías y las subcategorías ya agrupadas con sus respectiva descripción o citas textuales también enmarcadas en el título del trabajo.

Cuadro 10

Subcategorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 1 (Percepción de Freddy)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0001	Entrevistador: Para comenzar, me gustaría	
0002	saber ¿cuál fue tu motivación para estudiar	
0003	Medicina?	
0004	Freddy: Bueno profe, uno desde chiquito,	Aspiraciones 4-6
0005	como todos los niños siempre juega a lo que le	
0006	gustaría ser cuando sea grande, pero yo nunca	Orientación hacia otras
0007	jugué vainas de médico ni cosas así... me	áreas 6-9
0008	gustaba más era dibujar...gastaba todos los	
0009	colores de la escuela y mi papa molesto porque	Desmotivación por parte
0010	me decía que dibujando no podía hacer nada en	de los Padres 9-12
0011	la vida, que tenía que hacer algo que valiera la	
0012	pena. Mi papa es médico, por eso él siempre	Influencia de los Padres
0013	quiso que nosotros estudiáramos medicina, y	12-16
0014	siempre estaba con esa tirria de que ustedes	
0015	tienen que ser médicos, porque si no se mueren	
0016	de hambre.	
0017	Entrevistador: ¿Tu papá que especialidad	
0018	tiene como médico?	
0019	Freddy: mi papa es Nefrólogo, profesor	Antecedentes
0020	también de aquí de la universidad, y tengo	Profesionales
0021	varios familiares médicos... 2 tíos, 1 primo, y 2	familiares19-22
0022	primos más están estudiando medicina, uno en	
0023	la Rómulo Gallegos y otro aquí en la Carabobo,	
0024	pero él está en segundo año.	
0025	Entrevistador: ¿entonces estudias medicina	
0026	porque tu papa insistía siempre en que lo	
0027	hicieras?	
0028	Freddy: realmente no profe, a lo mejor algo en	Influencia de los Padres
0029	mi mente se quedó grabado de esa "orden"	28-30
0030	(gestos manuales de comillas) de mi papa. Pero	
0031	cuando estaba más grande, a los 13 años,	Experiencias 31-37
0032	tuvimos un accidente en el carro. A mí se me	
0033	fracturó el fémur y tuvieron que intervenir	
0034	varias veces para poder reestructurarme los	
0035	ligamentos...eso fueron meses de	
0036	rehabilitación, en muletas y bueno todo lo que	

Cuadro 10 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Subcategorías
0037	implica la recuperación. En esos meses que	Influencia de los padres 37-42
0038	estuve de reposo, mi papa como que bajo la	
0039	guardia y me compraba colores y cuadernos	Modelo a Seguir 42-47
0040	para dibujar, como forma de que yo me	
0041	mantuviera entretenido haciendo algo y no me	
0042	deprimiera. Pero allí, entre tantos médicos, de	
0043	forma más directa, porque antes, y siempre	Rol del Médico 47-48
0044	estaba metido en el consultorio de mi papa, en	
0045	la recuperación por el accidente me di cuenta	
0046	que la vida entre médicos era la que me podría	
0047	gustar vivir, bueno no como paciente (risas), si	Agradecimiento 52-54
0048	no como el médico que atiende a los pacientes.	
0049	Entrevistador: es decir, ¿qué decides estudiar	Felicidad 55-57
0050	medicina por tu experiencia personal?	
0051	Freddy: Claro que si profe, allí me di cuenta	
0052	que yo también quiero retribuir lo que hicieron	
0053	por mí, de ayudarme y que yo pueda seguir	Noción de Cultura 63-65
0054	caminando en mis dos pies normal...eso me	
0055	ayudo a encontrar esa pasión... Imagínese usted	
0056	la emoción de mi papa cuando le dije que	
0057	quería ser médico... ese no cabía de la felicidad	Noción de Cultura 70-72
0058	(risas)	
0059	Entrevistador: Claro que me lo imagino.	
0060	Bueno, ahora entrando al tema de nuestra	
0061	entrevista, primero que nada quiero preguntarte	Transmisión de la Cultura 72-74
0062	¿qué es para ti la cultura?	
0063	Freddy: es todo lo que hacemos ¿no?.. Eso es	
0064	lo que siempre dicen o contesta la gente cuando	
0065	le hacen esa pregunta.	Modo de Vida 75
0066	Entrevistador: Sí, es verdad, pero ¿que	
0067	podrías expresar tu cuando te pregunten por el	
0068	termino de cultura?	
0069	Freddy: ah bueno, para no decir que es todo lo	Modo de Vida 75
0070	que hacemos, la cultura es las acciones, gestos,	
0071	prácticas y todo lo que representa al	
0072	hombre...también son esas cosas que pueden	
0073	pasarse entre las gentes, familia, amigos,	Modo de Vida 75
0074	allegados y todo lo que nos rodea, por ejemplo	
0075	la forma de cocinar, de vestir, de comportarse.	Modo de Vida 75

Cuadro 10 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0076	Todas esas cosas que identifican al hombre y lo	Noción de Cultura 76-77
0077	hace ser y actuar como es.	
0078	Entrevistador: Entonces ¿el hombre se	
0079	identifica es por la cultura?	Individuos diferentes 80-82
0080	Freddy: Claro profe...cada hombre es distinto	
0081	al otro, y esa diferencia es por la cultura que	
0082	tiene cada uno.	Ironía 86
0083	Entrevistador: Ok. Y tú como estudiante de	
0084	medicina siempre estás en contacto con	
0085	personas, o mejor dicho pacientes...	Estructura del Pensum 92-94
0086	Freddy: Claro porque no estudio veterinaria	
0087	(entre risas)	
0088	Entrevistador: Por supuesto (entre risas). Y ya	Ausencias en el Pensum 97-98
0089	que estas en el quinto año de la carrera, ¿has	
0090	cursado materias que estén relacionadas con la	
0091	cultura y la salud?	Contenidos 101-103
0092	Freddy: si profe claro, en primer año vimos	
0093	Arte y cultura, y otras que se llama Salud y	
0094	Sociedad, esa me tocó verla porque hubo	Métodos de Enseñanza 103-105
0095	cambio de pensum y yo raspe Salud	
0096	Comunitaria, y cuando fui a inscribirme, le	
0097	cambiaron el nombre. En los otros años no	Evaluación 105-107
0098	vemos más nada de eso.	
0099	Entrevistador: ¿Y qué recuerdas de los	
0100	contenidos de esas materias?	Contenidos 110-113
0101	Freddy: Bueno, la profesora de Arte nos	
0102	explicó algunos términos y conceptos sobre	
0103	cultura, pero eso fue en las primeras clases. El	Asignaciones 113-116
0104	resto del año fue cosas como visitar museos,	
0105	pintar, dibujar claroscuro y nos mandó a hacer	
0106	un video... nada del otro mundo, fue un video	
0107	sencillo donde todo el mundo sacó veinte, y el	
0108	más flojo le daban diecisiete. Pero a nadie le	
0109	queda esa materia... En la otra de salud y	
0110	sociedad si se trabajaba más... allí vimos la	
0111	relación de la enfermedad con la cultura, el	
0112	medio que rodea al hombre y como afecta en su	
0113	salud, pero de forma muy teórica. Un trabajo	
0114	que mando esa profesora fue sobre estudiar una	

Cuadro 10 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0115	cultura y todo el medio que lo rodea para poder	Estudio de Comunidades 116-121
0116	saber las causas de sus enfermedades...era	
0117	como hacer un estudio de todo lo que hay en	
0118	una comunidad, lo positivo y lo negativo, con	
0119	lo que cuenta y lo que le hace falta...había que	Ausencia de trabajo de campo 121-123
0120	tener un registro fotográfico de la comunidad y	
0121	esas cosas. Pero muchos ni visitamos alguna	
0122	comunidad, todo lo buscamos por la internet y	
0123	así la profesora aceptaba ese trabajo final. Eso	Facilidad en las clases 128-129
0124	son las cosas que recuerdo de esas materias que	
0125	vimos.	
0126	Entrevistador: en ese video que le asignaron	
0127	en Arte, ¿que debían hacer o registrar?	Contenidos 129-133
0128	Freddy: ah eso era fácil...se podía hacer hasta	
0129	en el mismo salón de clases... era algo sobre	
0130	algún tema de salud, y se grababa un video	
0131	haciendo algo como prevención o cosas así	Evaluación 133-136
0132	relacionadas con la salud o sucesos relevantes	
0133	que pasaran. Pero la profesora evaluaba era la	
0134	forma de hacer el video, si se adaptaba al	
0135	tiempo que ella establecía, las pautas, la	Ausencia de trabajo de campo 140-144
0136	edición, que programas se usaba y esas cosas.	
0137	Entrevistador: Y en el trabajo sobre la	
0138	comunidad, ¿tú visitaste una comunidad para	
0139	hacer ese estudio?	Falta de compromiso 144-147
0140	Freddy: Nada que ver, la profesora dijo que se	
0141	podía hacer investigando por internet la	
0142	comunidad y hasta las fotos de la comunidad	
0143	las sacamos de allí. Corte y pegue profe (entre	Diferencias de Especialidades 150-154
0144	risas) como todo el mundo. Además no somos	
0145	estudiantes de medicina comunitaria, como los	
0146	de la Bolivariana, eso les corresponde más a	
0147	ellos.	
0148	Entrevistador: y ¿porque dices que le	
0149	corresponde más a ellos?	
0150	Freddy: ah porque su carrera lo dice bien	
0151	clarito: Medicina integral comunitaria. Ellos	
0152	son más para ir a la comunidad, a esas cosas a	
0153	evaluar las casas, la cantidad de	

Cuadro 10 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0154	habitantes...todas esas cosas son para ellos.	
0155	Entrevistador: ¿y cuáles son las cosas que le	
0156	corresponden a ustedes?	
0157	Freddy: bueno nosotros somos más científicos,	Capacitación 157-160
0158	más de emergencias, estudiamos más anatomía,	
0159	fisiología, clínicas reales...no como ellos que	
0160	estudian por puras láminas y videos (entre	
0161	risas)	
0162	Entrevistador: eso quiere decir que ustedes los	
0163	que egresan de aquí, ¿no hacen trabajo	
0164	comunitario?	
0167	Freddy: algo muy básico, por	Falta de Trajo Comunitario
0168	encimita...nosotros somos más de atender el	
0169	paciente en el hospital cuando ya está muy	167-168
0170	mal...para eso nos capacitan...para	Capacitación168-171
0171	emergencias...no para la prevención.	
0172	Entrevistador: entonces con ese trabajo que	
0173	realizaron, ¿pudieron aprender a diferenciar las	
0174	características que tú mencionaste como cultura	
0175	de una comunidad?	
0176	Freddy: ¿Y cómo?... eso se hizo fue para	Evaluación 176-177
0177	cumplir con el trabajo...así dijo la profe, que lo	
0178	importante es que aprendamos que existen	Enseñanza177-181
0179	cosas que afectan a la comunidad y eso es lo	
0180	que debemos tomar en cuenta para poder	
0181	atender a nuestros pacientes.	
0182	Entrevistador: Y si no se dirigieron a la	
0183	comunidad a hacer el trabajo en el campo,	
0184	¿Cómo puedes tu saber que existen esas	
0185	características y situaciones que afectan a la	
0186	comunidad y que debes considerar para tratar a	
0187	un paciente?	
0188	Freddy: bueno eso lo hace uno como por	Intuición 188-189
0189	intuición, uno le pregunta al paciente el lugar	
0190	de procedencia, y si uno conoce la zona o ha	Inferencia 189-192
0191	escuchado algo sobre la zona, uno más o menos	
0192	puede saber qué tipo de paciente es.	
0193	Entrevistador: ¿Y si no conoces la zona o no	
0194	has escuchado sobre ella, como harías?	

Cuadro 10 (cont)

Percepción Del Entorno Cultural Del Paciente Por Parte De Los Estudiantes Del Quinto Año De Medicina De La Universidad De Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0195	Freddy: eh...bueno... (pausa)...yo creo que es	
0196	solo con ver al paciente ya tú sabes cómo	Percepción Visual 195-197
0197	abordarlo. La forma en que habla, como	Percepción Auditiva 197
0198	camina, como son sus gestos, todo eso te da	Percepción Visual 197-200
0199	una pista de cómo puedes dirigirte a un	
0200	paciente...ejemplo...si usted viene de la zona	Inferencia 200-205
0201	norte como Prebo, usted se verá más calmado,	
0202	relajado, y habla normalito....pero si viene de	
0203	allá de plaza de toros, andará apurado, cansado	
0204	y quiere que lo atiendan rápido, se queja de	
0205	todo, y así pues.	
0206	Entrevistador: entonces con ese trabajo que te	
0207	mandaron ¿no pudiste diferenciar comunidades	
0208	y personas que viven allí?	
0209	Freddy: nada que ver profe, eso fue un corte y	Evaluación 209-210
0210	pegue y la nota lista...pasamos la materia.	
0211	Entrevistador: Entiendo. Bueno, ya me habías	
0212	comentado que la cultura identifica al hombre.	
0213	Ahora quiero saber tu opinión sobre las	
0214	creencias de los individuos y como eso afecta	
0215	el proceso de la salud y la enfermedad.	
0216	Freddy: ¿creencias en qué?	
0217	Entrevistador: Sus creencias religiosas, por	
0218	ejemplo	
0219	Freddy: Por supuesto que sí afectan... el caso	Creencias religiosas
0220	de los testigos de Jehová...ellos son muy	219-228
0221	cerrados en cuanto a diversos tratamientos	
0222	médicos...no reciben transfusiones, no donan	
0223	sangre, a veces se ponen cómicos con los	
0224	trasplantes, y pare de contar. Cuando un	
0225	paciente que es testigo de Jehová te llega con	
0226	una hemoglobina en cinco y no sabes la causa	
0227	de la pérdida de sangre...allí se presenta el	
0228	“peo”...no puedes ponerles sangre, no puedes	Negación 228-231
0229	hacer nada porque tienes al familiar que casi te	
0230	amenaza con la biblia de que si le pones sangre	
0231	vas preso...yo hablo como si fuera medico ya	
0232	(entre risas)...pero usted me entiende...Y	

Cuadro 10 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0233	entonces viene aquel gentío de su iglesia a	Situaciones Problemáticas 233-241
0234	ponerte presión de que lo salves pero sin usar	
0235	sangre....y te vienen como cinco pastores a	
0236	presionarte más... y tú no hallas que hacer ante	
0237	eso...entonces estas con esa presión de que no	
0238	encuentras la forma de evadir esa creencia de	Creencias Populares 242-248
0239	su religión para poder brindarle una atención	
0240	médica urgente cuando su salud está en	
0241	peligro... y no solo con los testigos de Jehová,	
0242	también pasa con esos abuelitos que tienen sus	
0243	creencias en remedios naturales y esas cosas, y	Menosprecio 248-251
0244	tú nunca encuentras la manera de cómo entrarle	
0245	para que ese viejito entienda que es necesario	
0246	tal medicamento, que lo compre en una	
0247	farmacia, y el “empeñao” en que equis rama o	
0248	guarapo lo va aliviar. Y tú dices...para tus	Modo de vida 255-258
0249	adentros claro...entonces porque “coño” vino a	
0250	quejarse de su enfermedad si sus ramas lo	
0251	curan. Todas esas creencias hacen difícil tu	
0252	trabajo.	
0253	Entrevistador: ¿Y con el modo de vida del	Interrogatorio Médico 258-263
0254	paciente, como lo consideras para atenderlo?	
0255	Freddy: si con el modo de vida se refiere a sus	
0256	hábitos de alimentación, vicios, trabajo y esas	
0257	cosas...eso claro que se debe considerar para	
0258	atender al paciente. De hecho, en la historia	Alimentación 264-278
0259	médica hay preguntas sobre eso, sobre sus	
0260	hábitos, su modo de vida, tipo de vivienda,	
0261	hábitos de consumo de alcohol y cigarro, todo	
0262	eso es importante para poder darle atención al	
0263	paciente. En los casos de enfermedades	
0264	digestivas, es muy importante considerar su	
0265	tipo de alimentación, si consume las tres	
0266	comidas diarias, que tipo de comidas consume.	
0267	Me acuerdo el caso de una paciente que llegó	
0268	con un dolor grande en el estómago, y decía	
0269	que tenía dificultades para tragar...se le hizo la	
0270	historia y resulta que lo que comía era arepa de	
0271	maíz, y de paso cuando sancochaba el maíz,	

Cuadro 10 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0272	antes de molerlo se comía los	
0273	granos...entonces la disfagia, que es dificultad	
0274	para deglutir, era porque tenía un tapón de	
0275	masa en el esófago y eso le producía cólicos	
0276	por la acumulación de gases en el	
0277	estómago...ese hábito alimenticio le produjo	
0278	ese dolor y sus síntomas. Igual que tienes un	Consumo alcohol y
0279	paciente con cáncer de pulmón o una cirrosis	Tabaco
0280	hepática...eso es por qué? Por los hábitos de	278-281
0281	consumo de alcohol y tabaco...todos, todos los	Hábitos 281-284
0282	hábitos de la vida del paciente van a influenciar	
0283	de alguna forma su salud, para bien, como para	
0284	mal.	
0285	Entrevistador: y, por ejemplo, el nivel	
0286	económico del paciente, ¿influye también en	
0287	todo este proceso de salud?	
0288	Freddy: por supuesto que sí, eso no se puede	
0289	negar. Si un paciente es de una clase social	Clase Social
0290	alta...efectivamente su calidad de vida es más	289-294
0291	elevada, porque tiene acceso amuchas cosas,	
0292	quizá no lo vea yo en los pasillos de un	
0293	hospital, porque tiene plata para poder ir a una	
0294	clínica privada...pero se han visto casos de	Economía
0295	pacientes que sus familiares los traen en unos	294-298
0296	“carrazos” y aquellas “camionetotas” que tú	
0297	dices...este como que se equivocó de dirección	
0298	(entre risas)	
0299	Entrevistador: ¿Y en el caso contrario que el	
0300	paciente no sea de clase social alta, si pertenece	
0301	a una clase social baja o pobreza extrema, es	
0302	distinto el paciente?	
0303	Freddy: Totalmente profe...el paciente que es	Desanimo 303-304
0304	pobre uno hasta lo ve más afligido, así como	
0305	que quiere que lo cures pero que no le mandes	Angustia 304-309
0306	tantos medicamentos porque no los puede	
0307	comprar, o al extremo...no deje que me muera	
0308	porque mis hijos se quedaran solos y nadie los	
0309	va a mantener... a veces no te lo dicen	Confianza 309-310
0310	directamente, pero se lo dicen a las enfermeras	

Cuadro 10 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0311	y eso te da como una “vainita” en el corazón	Compasión 311-313
0312	que dices, hay que hacer todo para ayudar a	
0313	este paciente.	
0314	Entrevistador: ¿Y con el paciente cuando es	Compasión 320-322
0315	de clase alta, no te da esa “vainita” en el	
0316	corazón?	
0317	Freddy: no es que no le dé con ellos, es que	Empatía 317-319
0318	uno siente una empatía con el que de verdad	
0319	está necesitado no solo porque está enfermo, si	
0320	no que uno piensa, es injusto que una persona	Economía 323-331
0321	que sea tan pobre se enferme y no tenga con	
0322	que cubrir un tratamiento médico. Porque a lo	
0323	mejor el que tiene plata si puede cubrirlo, y eso	Economía 342-344
0324	puede no afectarle mucho, pero el que no puede	
0325	cubrirlo, que solo gana para medio comer...y	
0326	más ahora en esta situación del país...y tenga	Atención 344-348
0327	que gastarlo en medicamentos con los precios	
0328	que están por los cielos, y tenga que dejar de	
0329	comprar una harina pan por ejemplo para	Economía 348-351
0330	completar...no sé...un antibiótico... son casos	
0331	distintos...	
0332	Entrevistador: entonces ¿le darías o das tratos	Igualdad 335-337
0333	distintos a los pacientes de acuerdo a su nivel	
0334	económico?	
0335	Freddy: no profe...nada que ver...paciente es	Empatía 337-340
0336	paciente...todos se atienden, o deberían atender	
0337	igual...pero uno en el fondo, algo así como de	
0338	sentimiento, quizá porque uno haya pasado por	Economía 342-344
0339	lo mismo en cualquier momento...se encuentre	
0340	en una situación difícil....Aunque la atención	
0341	de estar pendiente de la mejoría de un paciente	Atención 344-348
0342	cambia en ese caso...porque si un paciente está	
0343	hospitalizado y no puede comprar las	
0344	medicinas para su tratamiento y no mejora, uno	Economía 348-351
0345	debe estar allí pendiente del paciente viendo	
0346	cómo evoluciona con los pocos insumos y	
0347	medicamentos que se le puedan dar de aquí del	Economía 348-351
0348	hospital, pero si es un paciente que uno le da un	
0349	récipe con cinco medicamentos y enseguida su	

Cuadro 10 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0350	familiar sale y llega con los cinco	
0351	medicamentos, ya uno se despreocupa un poco	Despreocupación
0352	porque sabe que, tomando sus medicamentos,	351-353
0353	la mejoría vendrá enseguida...por eso es que es	
0354	distinto. Peor aún con esos pacientes que no	Ausencia del familiar
0355	tienen ni siquiera un familiar que esté allí con	354-356
0356	ellos...eso es más deprimente...ese paciente	Depresión 356-358
0357	solo, que uno lo ve hasta llorando por estar	
0358	solito allí...y uno le pregunta y su	
0359	familiar...entonces te dicen que la mama es	Condiciones familiares
0360	una viejita que no se puede ni parar de la cama,	359-367
0361	si es mujer, que sus hermanas no pueden	
0362	porque no tienen con quien dejar a los niños y	
0363	de paso les está cuidando los niños a ella	
0364	porque el marido la dejo o hasta se lo	
0365	mataron...cualquier cosa...o porque está	
0366	matando tigritos o pidiendo por allí dinero para	
0367	poder comprar un antibiótico... y tú ves que la	
0368	realidad es grave...y no hay nada que hacer...	
0369	entonces esos pacientes son más afligidos,	Tristeza 369-370
0370	están muy triste y eso los empeora más.	
0371	Entrevistador: Me imagino eso. Entonces la	
0372	presencia de un familiar a un amigo, ¿puede	
0373	ayudar a la recuperación del paciente?	
0374	Freddy: como usted no tiene una idea... el	Compañía 374-376
0375	solo hecho de sentirse acompañado...apoyado	
0376	en esos momentos ayuda mucho. Los	Responsabilidades del
0377	familiares siempre están allí pendientes de	Familiar 376-378
0378	ellos...bueno no siempre (entre risas)...pero si	
0379	tiene un familiar o acompañante...lo que pasa	
0380	es que nosotros le decimos familiar a todo	Diversidad familiar
0381	acompañante...no importa si es familia, amigo,	379-382
0382	vecino, el amante, quien sea... el que este allí	
0383	con el paciente ayudándolo, atendiéndolo,	Responsabilidades del
0384	bañándolo...bueno cuando hay	Familiar 382-385
0385	agua...atendiéndolo en todo...eso ayuda... el	Apoyo familiar
0386	paciente necesita de apoyo familiar para	385-387
0387	superar su enfermedad, es lo que aprendimos	Conocimientos
0388	en medicina psicosomática ... en	adquiridos 387-389

Cuadro 10 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0389	psicología...que el acompañamiento y el apoyo	Apoyo familiar 389-391
0390	familiar y de amigos ayuda en el proceso de	
0391	recuperación...y más cuando son pacientes	Paciente Pediátrico
0392	pediátricos...en la hora de la visita, que llegan	391-392
0393	familiares, el rostro del niño cambia, se ve	Percepción visual
0394	feliz...sus facies mejoran y eso ayuda mucho.	393-394
0395	Entrevistador: Sobre el mismo tema de	
0396	cultura y las características de los pacientes,	
0397	¿aquí atienden a pacientes solamente de la	
0398	localidad de Valencia, o de otras regiones y	
0399	estados?	
0400	Freddy: De Puerto Cabello, Guacara, Bejuma,	Región Geográfica
0401	Miranda, Yaracuy, San Carlos, y de muchos	400-402
0402	estados cercanos...como esta es una ciudad	Diversidad de
0403	hospitalaria, y hay muchos servicios de	Especialidades
0404	diferentes especialidades...se viene un gentío	402-404
0405	para verse aquí...y uno lo considera ya	
0406	normal...aquí el servicio de hospitalización en	Región geográfica
0407	medicina interna está lleno de gente de todos	406-408
0408	lados...	
0409	Entrevistador: ¿Y con esa variedad de	
0410	pacientes, se nota las diferencias de cultura de	
0411	cada uno?	
0412	Freddy: por supuesto profe...aquí se ve de	Región geográfica412-413
0413	todo, maracuchos, gochos, colombianos,	
0414	católicos, apostólicos y romanos (entre risas),	
0415	diferentes religiones, santeros, de	Religión415-416
0416	todo...entonces cada paciente siempre es	Lenguaje 416-418
0417	distinto, habla distinto y hasta la forma como	
0418	dice los síntomas es distinto.	
0419	Entrevistador: ¿Cómo es esa forma distinta de	
0420	decir los síntomas?	
0421	Freddy: Bueno profe, si es una persona que ha	Educación
0422	estudiado y sabe de algo de medicina, te dice	421-428
0423	por ejemplo...me duele el estómago, o he	
0424	tenido cefaleas, y de repente hasta se	
0425	automedican...te dicen que si le puedes mandar	
0426	azitromicina, o que le mandes dipirona...o sea	
0427	se saben los nombre de los medicamentos y	

Cuadro 10 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0428	para qué sirven. Pero otros, por ejemplo	Lenguaje 428-431
0429	campesinos, ellos te dicen me duele la barriga,	
0430	me duele la cabeza, o sea te dan nombres más	
0431	comunes.	
0432	Entrevistador: ¿y hay otra formas como se	Personalidad 435-439
0433	puede diferenciar a cada paciente por su	
0434	cultura?	
0435	Freddy: si, hay unos que llegan y se sientan	
0436	contigo a hablar y hablar de cualquier cosa, son	Agradecimiento 439-441
0437	más “charleros”, otros solo llegan y no dicen	
0438	nada y tú tienes que sacarle las palabras con	
0439	una cuchara. Otros hasta te traen detalles, te	
0440	regalan galletas o caramelos, mientras que	Diversidad de pacientes 441-442
0441	otros no te dan ni las gracias...son muchos los	
0442	tipos de pacientes con los que uno trabaja.	
0443	Entrevistador: ¿Y se les das un trato diferente	
0444	a los pacientes cuando tiene una cultura distinta	Igualdad 446-447 Humildad 447-448 Arrogancia 448-449
0445	a la tuya?	
0446	Freddy: no profe, nada que ver...yo a todos	
0447	los trato igual recuerde que soy estudiante y	
0448	apenas estoy aprendiendo...entonces aun no	Trato 453-456
0449	puede echármela de médico y tal...debo	
0450	atenderlos a todos.	
0451	Entrevistador: ¿y cómo se la echan los	
0452	médicos?	Arrogancia 457-459
0453	Freddy: bueno (entre risas) uno a veces ve a	
0454	unos profesores que son muy secos con las	
0455	pacientes que son amigables, otros profesores	
0456	son muy amigables con todos. Pero también	Aprendizaje continuo 464-466
0457	hay unos médicos y profesores que miran al	
0458	paciente así como con el rabo del ojo, que se	
0459	creen superiores por ser el doctor y tal...usted	
0460	sabe.	
0461	Entrevistador: y a ti ¿te resulta fácil socializar	
0462	con el paciente para establecer esa relación	
0463	médico-paciente?	
0464	Freddy: me ha costado un poco, eso se da a	
0465	medida que uno estudia que va aprendiendo	

Cuadro 10 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0466	poco a poco, a ver cómo actúan los profesores	Aprendizaje por imitación 466-467
0467	y los demás médicos. Pero hasta ahora no he	
0468	tenido problemas con pacientes, aunque una	Paciente Privado de libertad 469-470 Agresión 470-473
0469	vez me toco un caso con un paciente que era un	
0470	preso, y eso si fue “arrecho”, porque él solo	
0471	decía que lo ayudara a soltarse y escaparse, y se	
0472	puso medio intenso y violento y tuve que	Resultado de la atención 479-481
0473	dejarlo quieto y no hice nada con él...pero del	
0474	resto me ha ido bien con los pacientes.	Relación médico-paciente 481-487
0475	Entrevistador: Entonces ¿consideras	
0476	importante la relación que el paciente tenga con	Pasión por la profesión 487-489
0477	el médico, familiares y amigos para un óptimo	
0478	estado de salud?	
0479	Freddy: claroooooo profe...eso es el éxito de	
0480	que los pacientes mejoren, claro están sus	
0481	medicamentos y todo el tratamiento. Pero esa	
0482	relación y empatía que uno siente con el	
0483	paciente, la forma como ellos se relacionan o	
0484	tienen la compañía de un familiar que está allí	
0485	pendiente de ellos y todo eso favorece mucho a	
0486	que el paciente se recupere y eso es	
0487	satisfactorio para todos, y más para uno que	
0488	está estudiando porque se enamora más de su	
0489	carrera al ver que todo está saliendo bien.	

Fuente: Palencia (2018)

Cuadro 11

Categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 1 (Percepción de Freddy)

CATEGORÍAS	SUB CATEGORÍAS	CITAS TEXTUALES
Vocación	Aspiraciones	“uno desde chiquito, como todos los niños siempre juega a lo que le gustaría ser cuando sea grande”
	Orientación hacia otras áreas	“me gustaba más era dibujar...gastaba todos los colores de la escuela”
	Influencia de los Padres	“Mi papa es médico, por eso él siempre quiso que nosotros estudiáramos medicina” “En esos meses que estuve de reposo, mi papa como que bajo la guardia y me compraba colores y cuadernos para dibujar” “a lo mejor algo en mi mente se quedó grabado de esa orden”
	Antecedentes Profesionales familiares	“mi papa es Nefrólogo, profesor también de aquí de la universidad, y tengo varios familiares médicos”
	Modelo a Seguir	“siempre estaba metido en el consultorio de mi papa, en la recuperación por el accidente me di cuenta que la vida entre médicos era la que me podría gustar vivir”
	Pasión por la profesión	“más para uno que está estudiando porque se enamora más de su carrera al ver que todo está saliendo bien”
Vivencias	Experiencias	“cuando estaba más grande, a los 13 años, tuvimos un accidente en el carro. A mí se me fracturó el fémur y tuvieron que intervenir varias veces”
Percepción	Visual	“yo creo que es solo con ver al paciente ya tú sabes cómo abordarlo” “en la hora de la visita, que llegan familiares, el rostro del niño cambia, se ve feliz...sus facies mejora y eso ayuda mucho”
	Auditiva	“La forma en que habla,.. todo eso te da una pista de cómo puedes dirigirte a un paciente”

Cuadro 11 (cont)

Currículo	Estructura del Pensum	“en primer año vimos Arte y cultura, y otras que se llama Salud y Sociedad”
	Ausencias en el pensum	“En los otros años no vemos más nada de eso”
	Contenidos	“la profesora de Arte nos explicó algunos términos y conceptos sobre cultura, pero eso fue en las primeras clases” “En la otra de salud y sociedad si se trabajaba más... allí vimos la relación de la enfermedad con la cultura,” “era algo sobre algún tema de salud, y se grababa un video haciendo algo como prevención o cosas así relacionadas con la salud o sucesos relevantes que pasaran”
	Evaluación	“nos mandó a hacer un video... nada del otro mundo, fue un video sencillo donde todo el mundo sacó veinte” “Pero la profesora evaluaba era la forma de hacer el video, si se adaptaba al tiempo que ella establecía, las pautas, la edición, que programas se usaba y esas cosas.” “eso se hizo fue para cumplir con el trabajo” “nada que ver profe, eso fue un corte y pegue y la nota lista...pasamos la materia”
	Asignaciones	“Un trabajo que mando esa profesora fue sobre estudiar una cultura y todo el medio que lo rodea para poder saber las causas de sus enfermedades”
	Estudio de las comunidades	“era como hacer un estudio de todo lo que hay en una comunidad, lo positivo y lo negativo, con lo que cuenta y lo que le hace falta...había que tener un registro fotográfico de la comunidad y esas cosas”
	Facilidad en las clases	“ah eso era fácil...se podía hacer hasta en el mismo salón de clases”

Cuadro 11 (cont)

Currículo	Ausencia de trabajo de Campo	“Nada que ver, la profesora dijo que se podía hacer investigando por internet la comunidad y hasta las fotos de la comunidad las sacamos de allí. Corte y pegue profe (entre risas) como todo el mundo” “muchos ni visitamos alguna comunidad, todo lo buscamos por la internet y así la profesora aceptaba ese trabajo final.”
	Capacitación	“ah porque su carrera lo dice bien clarito: Medicina integral comunitaria. Ellos son más para ir a la comunidad, a esas cosas a evaluar las casas, la cantidad de habitantes...todas esas cosas son para ellos” “bueno nosotros somos más científicos, más de emergencias, estudiamos más anatomía, fisiología, clínicas reales...no como ellos que estudian por puras láminas y videos” “algo muy básico, por encimita...nosotros somos más de atender el paciente en el hospital cuando ya está muy mal...para eso nos capacitan...para emergencias...no para la prevención”
Proceso de enseñanza y aprendizaje	Aprendizaje por imitación	“a ver cómo actúan los profesores y los demás médicos.”
	Métodos de enseñanza	“El resto del año fue cosas como visitar museos, pintar, dibujar claroscuro”
	Aprendizaje Continuo	“eso se da a medida que uno estudia que va aprendiendo poco a poco,”
	Conocimientos adquiridos	“es lo que aprendimos en medicina psicosomática...en psicología”
	Enseñanza	“así dijo la profe, que lo importante es que aprendamos que existen cosas que afectan a la comunidad y eso es lo que debemos tomar en cuenta para poder atender a nuestros pacientes.”

Cuadro 11 (cont)

Emociones	Felicidad	“Imagínese usted la emoción de mi papa cuando le dije que quería ser médico... ese no cabía de la felicidad”
	Desanimo	“el paciente que es pobre uno hasta lo ve más afligido”
	Angustia	"así como que quiere que lo cures pero que no le mandes tantos medicamentos porque no los puede comprar, o al extremo...no deje que me muera porque mis hijos se quedaran solos y nadie los va a mantener”
	Compasión	“eso te da como una “vainita” en el corazón que dices, hay que hacer todo para ayudar a este paciente” “es injusto que una persona que sea tan pobre se enferme y no tenga con que cubrir un tratamiento médico”
	Empatía	“es que uno siente una empatía con el que de verdad está necesitado” “pero uno en el fondo, algo así como de sentimiento, quizá porque uno haya pasado por lo mismo en cualquier momento”
	Tristeza	“esos pacientes son más afligidos, están muy triste y eso los empeora más”
	Depresión	“eso es más deprimente...ese paciente solo, que uno lo ve hasta llorando por estar solito allí”
Concepción y elementos de la cultura	Modo de vida	“la forma de cocinar, de vestir, de comportarse.” “si con el modo de vida se refiere a sus hábitos de alimentación, vicios, trabajo y esas cosas...eso claro que se debe considerar para atender al paciente.”
	Individuos diferentes	“cada hombre es distinto al otro, y esa diferencia es por la cultura que tiene cada uno”

Cuadro 11 (cont)

Concepción elementos de la cultura	Religión	“el caso de los testigos de Jehová...ellos son muy cerrados en cuanto a diversos tratamientos médicos,” “diferentes religiones, santeros, de todo”
	Creencias populares	“también pasa con esos abuelitos que tienen sus creencias en remedios naturales y esas cosas”
	Alimentación	“En los caso de enfermedades digestivas, es muy importante considerar su tipo de alimentación, si consume las tres comidas diarias, ...”
	Consumo de alcohol y tabaco	“Igual que tienes un paciente con cáncer de pulmón o una cirrosis hepática...eso es por qué? Por los hábitos de consumo de alcohol y tabaco”
	Hábitos	“todos, todos los hábitos de la vida del paciente van a influenciar de alguna forma su salud, para bien, como para mal.”
	Clase social	“Si un paciente es de una clase social alta...efectivamente su calidad de vida es más elevada,”
	Economía	“pero se han visto casos de pacientes que sus familiares los traen en unos “carrazos” y aquellas “camionetotas” que tú dices...este como que se equivocó de dirección” “Porque a lo mejor el que tiene plata si puede cubrirlo, y eso puede no afectarle mucho, pero el que no puede cubrirlo, que solo gana para medio comer...” “porque si un paciente está hospitalizado y no puede comprar las medicinas para su tratamiento y no mejora” “es un paciente que uno le da un récipe con cinco medicamentos y enseguida su familiar sale y llega con los cinco medicamentos”

Cuadro 11 (cont)

Concepción y elementos de la cultura	Región Geográfica	“De Puerto Cabello, Guacara, Bejuma, Miranda, Yaracuy, San Carlos, y de muchos estados cercanos” “aquí el servicio de hospitalización en medicina interna está lleno de gente de todos lados” “aquí se ve de todo, maracuchos, gochos, colombianos”
	Lenguaje	“cada paciente siempre es distinto, habla distinto y hasta la forma como dice los síntomas es distinto” “Pero otros, por ejemplo campesinos, ellos te dicen me duele la barriga, me duele la cabeza, o sea te dan nombres más comunes.”
	Educación	“si es una persona que ha estudiado y sabe de algo de medicina, te dice por ejemplo...me duele el estómago, o he tenido cefaleas, y de repente hasta se automedican”
	Personalidad	“hay unos que llegan y se sientan contigo a hablar y hablar de cualquier cosa, son más “charleros”, otros solo llegan y no dicen nada y tú tienes que sacarle las palabras con una cuchara.”
	Noción de la cultura	“es todo lo que hacemos ¿no?.. Eso es lo que siempre dicen o contesta la gente cuando le hacen esa pregunta” “la cultura es las acciones, gestos, prácticas y todo lo que representa al hombre” “Todas esas cosas que identifican al hombre y lo hace ser y actuar como es.”
	Transmisión de la cultura	“también son esas cosas que pueden pasarse entre las gentes, familia, amigos, allegados y todo lo que nos rodea”
Cualidades	Confianza	“a veces no te lo dicen directamente, pero se lo dicen a las enfermeras”
	Humildad	“recuerde que soy estudiante y apenas estoy aprendiendo”

Cuadro 11 (cont)

Ejercicio de la profesión médica	Rol de médico	“si no como el médico que atiende a los pacientes”
	Situaciones problemáticas	“entonces viene aquel gentío de su iglesia a ponerte presión de que lo salves pero sin usar sangre....y te vienen como cinco pastores a presionarte más”
	Interrogatorio médico	“en la historia médica hay preguntas sobre eso, sobre sus hábitos, su modo de vida, tipo de vivienda,....”
	Igualdad	“nada que ver...paciente es paciente...todos se atienden, o deberían atender igual” “nada que ver...yo a todos los trato igual”
	Diversidad de especialidades	“como esta es una ciudad hospitalaria, y hay muchos servicios de diferentes especialidades”
	Diversidad de pacientes	“son muchos los tipos de pacientes con los que uno trabaja”
	Resultado de la atención	“eso es el éxito de que los pacientes mejoren, claro están sus medicamentos y todo el tratamiento”
	Relación médico- paciente	“Pero esa relación y empatía que uno siente con el paciente, la forma como ellos se relacionan o tienen la compañía de un familiar ...eso es satisfactorio para todos”
Condiciones del paciente	Pediátrico	“y más cuando son pacientes pediátricos”
	Privado de libertad	“una vez me toco un caso con un paciente que era un preso”

Cuadro 11 (cont)

Contexto Familiar del paciente	Ausencia del familiar	“Peor aún con esos pacientes que no tienen ni siquiera un familiar que esté allí con ellos”
	Condiciones familiares	“entonces te dicen que la mama es una viejita que no se puede ni parar de la cama, si es mujer, que sus hermanas no pueden porque no tienen con quien dejar a los niños y de paso les está cuidando los niños a ella porque el marido la dejó o hasta se lo mataron”
	Compañía	“el solo hecho de sentirse acompañado...apoyado en esos momentos ayuda mucho.”
	Responsabilidad del familiar	“Los familiares siempre están allí pendientes de ellos...bueno, no siempre” “el que este allí con el paciente ayudándolo, atendiéndolo, bañándolo...bueno cuando hay agua”
	Diversidad familiar	“lo que pasa es que nosotros le decimos familiar a todo acompañante...no importa si es familia, amigo, vecino, el amante, quien sea”
	Apoyo familiar	“el acompañamiento y el apoyo familiar y de amigos ayuda en el proceso de recuperación”
Habilidades	Inferencia	“uno le pregunta al paciente el lugar de procedencia, y si uno conoce la zona o ha escuchado algo sobre la zona, uno más o menos puede saber qué tipo de paciente es” “si usted viene de la zona norte como Prebo, usted se verá más calmado, relajado, y habla normalito....pero si viene de allá de plaza de toros, andará apurado, cansado y quiere que lo atiendan rápido, se queja de todo”

Cuadro 11 (cont)

Actitud	Agradecimiento	“yo también quiero retribuir lo que hicieron por mí, de ayudarme y que yo pueda seguir caminando en mis dos pies normal” “Otros hasta te traen detalles, te regalan galletas o caramelos, mientras que otros no te dan ni las gracias”
	Ironía	“Claro porque no estudio veterinaria”
	Falta de compromiso	“Además no somos estudiantes de medicina comunitaria, como los de la Bolivariana, eso les corresponde más a ellos.”
	Negación	“no puedes ponerles sangre, no puedes hacer nada porque tienes al familiar que casi te amenaza con la biblia de que si le pones sangre vas preso”
	Menosprecio	“Y tú dices...para tus adentros claro...entonces porque “coño” vino a quejarse de su enfermedad si sus ramas lo curan.”
	Despreocupación	“ya uno se despreocupa un poco porque sabe que tomando sus medicamentos, la mejoría vendrá enseguida”
	Arrogancia	“entonces aun no puede echármela de médico y tal” “también hay unos médicos y profesores que miran al paciente así como con el rabo del ojo, que se creen superiores por ser el doctor y tal”
	Trato	“uno a veces ve a unos profesores que son muy secos con las pacientes que son amigables, otros profesores son muy amigables con todos”
	Agresión	“él solo decía que lo ayudara a soltarse y escaparse, y se puso medio intenso y violento y tuve que dejarlo quieto y no hice nada con él”

Fuente: Palencia (2018)

Cuadro 12

Sub-categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 2 (Percepción de Alejandra)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0490	Entrevistador: Quisiera saber ¿porque estudias	
0491	Medicina?	
0492	Alejandra: Siempre me gustó, desde chiquita,	Aspiraciones
0493	eso era lo que siempre decía a todos en mi	492-495
0494	casa...yo quiero ser doctora de los niños....y	
0495	no había nada que me sacara eso de la cabeza.	
0496	Entrevistador: ¿Tienes algún familiar cercano	
0497	que sea médico en tu familia?	
0498	Alejandra: Si, mi tío es médico internista.	Antecedentes
0499	Entrevistador: Que bien. Bueno el tema	Profesionales familiares
0500	central de la entrevista que me permitiste	498
0501	hacerte es sobre el entorno cultural de los	
0502	pacientes. Primero me gustaría saber ¿qué	
0503	consideras como cultura?	
0504	Alejandra: la cultura?...es todo lo que	Noción de la Cultura
0505	identifica al ser humano, sus costumbres,	504-507
0506	practicar, creencias, religión, como se relaciona	
0507	con los demás...lo que crea, lo que estudia...y	Transmisión de la Cultura
0508	que es transmitido de generación en generación.	507-508
0509	Entrevistador: En tu formación como	
0510	estudiante, ¿qué materias has visto relacionadas	
0511	con la cultura?	
0512	Alejandra: en primer año vi Arte y cultura. En	Estructura del Pensum
0513	los otros años no recuerdo.	512
0514	Entrevistador: ¿Solo una materia relacionada	
0515	con la cultura?	
0516	Alejandra: Si profe, solo vi una materia así	
0517	Entrevistador: Y en esa materia ¿pudiste	
0518	aprender a conocer todo lo relacionado con la	
0519	cultura del paciente?	
0520	Alejandra: bueno, no fue mucho, si algunas	Contenido
0521	cosas, pero lo más que hicimos fue dibujar,	520-523
0522	visitar museos, hacer videos, nos mandaron a	
0523	ver una película...cosas así.	
0524	Entrevistador: ¿Qué película te mandaron a	
0525	ver?	

Cuadro 12 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0526	Alejandra: bueno, la profe no mando una	Didáctica 527-529
0527	específica. Lo que nos dijo fue que viéramos	
0528	una película que tratase sobre nuestra carrera y	
0529	atención de pacientes y la analizáramos.	
0530	Entrevistador: ¿Recuerdas que película	Terapias Alternativas 535-537
0531	escogiste?	
0532	Alejandra: claroooo...si es mi película	
0533	favorita Patch Adams	
0534	Entrevistador: ¿Por qué te gusta esa película?	Desconocimiento de la enfermedad 537-539
0535	Alejandra: es demasiado linda...trata de cómo	
0536	hacer sentir bien a los pacientes con	
0537	risoterapia...a los niños más que todo que no	
0538	saben qué enfermedad tienen y no entienden	Terapias Alternativas 540-541
0539	por qué están en un hospital o enfermos...y	
0540	haciéndole su estadía con juegos y risas los	
0541	ayuda mucho. ¿Por qué cree que le dije que me	
0542	gustaba la pediatría? Porque amo a los niños, y	Motivación 542-543
0543	sanar sus dolores es lo que me gustaría hacer.	
0544	Entrevistador: ¿Esa es tu motivación?	
0545	Alejandra: si profe, eso me anima cada día a	
0546	ser una pediatra.	Motivación 545-546
0547	Entrevistador: Luego de cursar esa materia de	
0548	arte y cultura, ¿te sientes capacitada para	
0549	identificar y analizar las diferencias culturales	
0550	de los pacientes?	Alejamiento de la realidad 552-555
0551	Alejandra: si le soy sincera, realmente no.	
0552	Porque los pacientes no son una hoja blanca ni	
0553	colores...ellos no son unos dibujos...son gente	
0554	real...y lo que hicimos allí fue pintar y	Dichos populares 558
0555	colorear...no recuerdo nada así. Ah pero si me	
0556	acuerdo de una materia que vimos en segundo	
0557	año que era...ayy como es que se llamaba? Ya	
0558	va... la tengo en la punta de la lengua...	Contenido 560-567
0559	uhmmm... Salud Comunitaria profe...si así se	
0560	llamaba...ay Dios que cabeza la mía. En esa	
0561	materia si vimos algo más relacionado con la	
0562	cultura, allí la profesora medio explicaba sobre	
0563	las diferencias culturales, sociales y familiares	
0564	de la gente. También sobre todo los factores	

Cuadro 12 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0565	que contribuyen a la salud de las personas o	
0566	que también pueden empeorar la salud de las	
0567	personas.	
0568	Entrevistador: ¿Y recuerdas cuales eran esos	
0569	factores?	
0570	Alejandra: bueno algunos...como los hábitos	Modo de Vida
0571	alimenticios, las creencias de las personas, el	570-573
0572	lugar donde vive, la socialización de las	
0573	personas y esas cosas.	
0574	Entrevistador: ¿Tuviste alguna oportunidad,	
0575	cuando cursaste esas materias, de dirigirte a	
0576	una comunidad y hacer un trabajo sobre su	
0577	cultura?	
0578	Alejandra: No mucho profe, un trabajo que	Trabajo de campo 578-580
0579	hicimos aquí en la comunidad del González	
0580	Plaza. Visitamos a una familia, le hicimos una	Estudio de la comunidad
0581	pregunta de cómo era su modo de vida, la	580-584
0582	cantidad de personas que Vivian allí, si asistían	
0583	frecuentemente al hospital más cercano, cosas	
0584	así para saber sobre cómo era la familia.	
0585	Entrevistador: ¿Y recuerdas cual era el	
0586	objetivo de ese trabajo?	
0587	Alejandra: bueno era más que todo para	Estudio de la comunidad
0589	estudiar las condiciones de vivienda, de que si	587-590
0590	había alguna enfermedad presente, cosas así.	
0591	Entrevistador: ¿Y todos tus compañeros de	
0592	clases visitaron la misma comunidad?	
0593	Alejandra: bueno, no recuerdo mucho...pero si	Trabajo de campo
0594	sé que éramos dos grupos distintos los que	593-595
0595	visitamos la misma comunidad.	
0596	Entrevistador: ¿Tu grupo y el otro visitaron	
0597	familias distintas?	
0598	Alejandra: sí... ellos visitaron otra familia	
0599	Entrevistador: ¿Y pudieron establecer	
0600	diferencias entre esas dos familias?	
0601	Alejandra: No recuerdo mucho, pero la verdad	Estudio de la comunidad
0602	que el trabajo no era para comparar a las	601-605
0603	familias, ni para sacar diferencias o igualdades	
0604	entre ellas. Era más que todo para saber cómo	

Cuadro 12 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0605	vive la gente y que problemas de salud tienen.	
0606	Entrevistador: ¿Esa fue la única asignación	
0607	que realizaste sobre visitas a la comunidad para	
0608	estudiarlas?	
0609	Alejandra: si profe, en el resto de las materias	Contenido
0610	no hicimos más nada así	609-610
0611	Entrevistador: ¿. Ya que estas en quinto año,	
0612	y desde tercer año estas en el hospital	
0613	relacionándote con pacientes, ¿las creencias	
0614	religiosas de los pacientes inciden en esa	
0615	relación que se da con el médico?	
0616	Alejandra: Bueno yo considero que no todo el	
0617	tiempo. Eso va a depender del caso que se	
0618	presente. Por ejemplo, si un paciente no acepta	Religión
0619	sangre por su religión, eso choca con el médico	618-621
0620	y no se puede dar un tratamiento efectivo o	
0621	rápido cuando ese paciente lo requiera. Es otro	Terapias Alternativas
0622	tratamiento que hay que hacer porque él no	621-623
0623	acepta sangre. También, que ahorita recuerdo,	
0624	un caso sobre una mujer que era musulmana	Prácticas religiosas
0625	creo, de esas que andas tapadas hasta la cabeza,	624-627
0626	ellas no se dejan atender por médicos varones	
0627	porque su religión no lo permite. Entonces en	Creencias religiosas
0628	eso casos, cuando el paciente tiene una creencia	627-630
0629	religiosa muy fuerte, eso pasa, se dificulta el	
0630	trabajo.	
0631	Entrevistador: ¿Te ha tocado un caso así?	
0632	Alejandra: hasta ahora no, y bueno si me toca,	
0633	hay que tener ética y respetar las creencias del	Ética 633-634
0634	paciente. Aunque uno sea el médico, el	Subordinación 634-636
0635	paciente es quien debe dejarse llevar para	
0636	poderlo atender...si no quiere atención o algún	Derechos del paciente
0637	tratamiento, por equis razón, no se puede	636-639
0638	obligar...el paciente está en todo su derecho de	
0639	negarse a un tratamiento.	
0640	Entrevistador: Respecto al modo de vida de	
0641	los pacientes, ¿cómo lo consideras para atender	
0642	a tu paciente?	

Cuadro 12 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0643	Alejandra: el modo de vida, considero yo, y	Modo de vida 643-647
0644	bueno...también creo que todos los médicos lo	
0645	consideran así... yo lo considero como lo más	
0646	importante a considerar para darle una buena	Conocimiento del paciente 647-649
0647	atención al paciente. Hay que saber cómo vive	
0648	el paciente, que come, donde trabaja, hasta que	
0649	hace en sus tiempos libres. Porque de acuerdo	Consumo de alcohol 654-655
0650	al modo de vida del paciente se sabe cuáles son	
0651	los antecedentes y causas de la enfermedad, si	
0652	es algo hereditario, si lo adquirió en el trabajo,	Sexualidad 655-658
0653	en la escuela, donde sea que el paciente se la	
0654	pase. Todo eso es importante...si tiene hábitos	
0655	de consumo de tabaco y alcohol, si mantiene	Interrogatorio 659-664
0656	relaciones sexuales frecuentes...es más hasta	
0657	que orientación sexual tiene...si es homosexual	
0658	o bisexual...más que todo en los caso de	Vestimenta 669-673
0659	pacientes de infectología. Todo, todo eso hay	
0660	que preguntárselo en la historia clínica del	
0661	paciente, en el interrogatorio cuando va a una	Percepción Visual 673-676
0662	consulta, eso orienta hacia la enfermedad que	
0663	está padeciendo, y ayuda a un tratamiento y	
0664	prevención importantísimo.	Despreocupación 676-679
0665	Entrevistador: Y a pesar de la gran cantidad	
0666	de pacientes que atienden, ¿puedes	Vestimenta 679-682
0667	distinguirlos de acuerdo a su forma de hablar y	
0668	de vestirse?	
0669	Alejandra: la forma de vestirse no tanto,	Percepción Visual 673-676
0670	porque si es una emergencia, llegan hasta	
0671	desnudos (entre risas), si les toca salir de	
0672	emergencia al hospital nadie está pendiente si	Despreocupación 676-679
0673	se pone un vestido o un “partó” para venir al	
0674	hospital de emergencia. Pero a veces pasa que	
0675	uno distingue a los pacientes por la forma que	Vestimenta 679-682
0676	se viste...sí anda todo descuidado,	
0677	generalmente es una persona dejada, y hasta ni	
0678	le importa si está enfermo o no, y viene ya	Vestimenta 679-682
0679	porque no aguanta un dolor, o sea, como que	
0680	no le para a su vida. Otros vienen mejor	
0681	vestidos, más que todos cuando vienen a un	

chequeo, ya están más tranquilos, y hasta se

Cuadro 12 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0682	visten más. Pero eso no es tan importante...son	
0683	casos de casos... ¿y lo otro que me preguntó	
0684	fue qué?	
0685	Entrevistador: Sobre su forma de hablar,	
0686	¿distingues a los pacientes por eso?	
0687	Alejandra: bueno allí si se ve más diferencia	
0688	en la cosa...el paciente que tiene un buen	Vocabulario 688-696
0689	vocabulario, es básicamente un paciente	
0690	receptivo, porque habla más con el médico y	
0691	usa términos de medicina que se entiende más	
0692	con el médico, pero si no tiene un vocabulario	
0693	más amplio, a veces ni entiende lo que se le	Ignorancia 693-694
0694	está diciendo y allí hay que buscar la forma de	Adaptación 694-698
0695	que el paciente entienda las cosas que se le	
0696	dicen...hasta que hay que usar términos más	
0697	básicos para poder hablar con él, es como darle	
0698	la vuelta...ojo...no bajar a su nivel, porque si	Desvirtuación
0699	no la cosa se va por otro lado y el paciente	698-701
0700	puede creer que el médico es un loco o no	
0701	sabe...pero uno siempre debe buscar la forma	Rol del Médico
0702	de abordarlo... un trato distinto, pero siempre	701-703
0703	manteniendo la conducta como médico tratante.	
0704	Entrevistador: Y con el nivel económico del	
0705	paciente, ¿se debe dar un trato distinto?	
0706	Alejandra: jamás profe, todos son iguales... el	Igualdad 706-710
0707	hecho de que tenga plata no implica que sea	
0708	más que otro que no tenga. Y menos aquí en un	
0709	hospital público... todos deben ser atendidos de	
0710	la misma manera...	
0711	Entrevistador: ¿Eso no influye de alguna	
0712	forma en ese proceso de recuperación cuando	
0713	el paciente está enfermo?	
0714	Alejandra: Si claro, eso influye mucho en la	
0715	recuperación, si el paciente tiene plata puede	Economía
0716	pagar los medicamentos, así sí, porque si le	715-719
0717	cuesta pagar medicamentos, o hacerse	
0718	exámenes, eso va a acelerar el proceso de	
0719	recuperación o hacerlo más lento. Los médicos	Prescripción 719-720

0720	siempre recetan los medicamentos, si los puede	Economía 720-721
------	--	------------------

Cuadro 12 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0721	comprar o conseguir, eso ayuda mucho, pero si	Preocupación 722-727
0722	no, el paciente no se va a recuperar tan rápido,	
0723	y eso hace que uno se preocupe más por la	
0724	salud del paciente, si lo hay en el hospital,	
0725	donde conseguirlo...esas cosas...pero si no uno	
0726	va a tener al paciente allí hospitalizado sin	Ignorancia 731-736
0727	mejorías, y hay que estar muy pendiente de él.	
0728	Entrevistador: Y respecto al nivel de estudio	
0729	del paciente, ¿el trato es distinto?	
0730	Alejandra: no es que sea distinto, sino que hay	
0731	que saber cómo abordarlo...le explico...si un	Adaptación 736-737
0732	paciente no sabe ni leer...¿cómo le explica	
0733	usted que tiene un...por ejemplo...una	
0734	apendicitis? Ese paciente no sabe nada de eso,	
0735	para él es un dolor de barriga muy fuerte que	
0736	no lo deja ni moverse...entonces hay que	Nivel de Instrucción 738-741
0737	buscar bien la forma de explicarle su caso. Pero	
0738	si es un paciente que fue a la universidad, o por	
0739	lo menos es bachiller, sabe un poco más del	
0740	cuerpo humano y allí es más fácil explicarle sus	
0741	cosas...o a lo mejor no tanto por los estudios,	Preocupación 742-745
0742	pero por la experiencia de casos, ha leído, se	
0743	mete en internet y busca los síntomas de la	
0744	enfermedad que tiene y llega con una idea	
0745	diciéndote de que es lo que tiene...eso influye	
0746	mucho.	Inferencia 749-753
0747	Entrevistador: En el caso del lugar de	
0748	procedencia del paciente, ¿son todos distintos?	
0749	Alejandra: totalmente...si un paciente viene	
0750	de una zona rural...que se yo...El Baúl por	
0751	ejemplo...pero del Baúl pa dentro... el paciente	Inferencia 756-760
0752	habla, actúa y se ve de forma muy distinta al	
0753	paciente por ejemplo que viene de San Carlos.	
0754	Entrevistador: ¿Puedes explicar esas	
0755	diferencias?	
0756	Alejandra: a ver...el paciente del Baúl es	
0757	más...como le digo...más campesinito...sin	
0758	ofenderlo...o sea no sabe mucho de	

0759 enfermedades...para él es el campo y el

Cuadro 12 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0760	monte...más si es un viejito...cuando tú le	Paciente geriátrico 760
0761	haces el interrogatorio te echa cuentos de su	Experiencias 760-764
0762	abuelo, de lo que hace, de que si siembra.. del	
0763	ganado...de que si su compadre tuvo una vez la	
0764	misma enfermedad y se murió...cosas así...en	
0765	cambio el de San Carlos, se limita más a	Inferencia 765-767
0766	responder solo lo que le preguntas y es	Alimentación
0767	más...así como cerrado...de los hábitos	767-770
0768	alimenticios te dice que desayuna avena con un	
0769	sándwich...y el del Baúl que se mete 2 arepas	
0770	de maíz “pelao” y un tarro de guarapo...que	
0771	trabaja en tal empresa, la mayoría no se pone a	Personalidad 771-773
0772	echarte cuentos sobre todo lo que hace y no	
0773	hace...esas cosas...	
0774	Entrevistador: Con todas esas diferencias que	
0775	ves en los pacientes, ¿se te hace fácil abordar a	
0776	tus pacientes?	
0777	Alejandra: me ha costado profe... eso ha sido	Aprendizaje continuo
0778	poco a poco, y aun me queda mucho que	777-779
0779	aprender de ellos... pero gracias a Dios hasta	Experiencias 779-782
0780	ahora he podido tener una buena relación, saber	
0781	cómo tratarlos a pesar de que todos sean	
0782	distintos, a que todos queden satisfechos...yo	Igualdad 782-784
0783	no los clasifico por sus diferencias, a todos les	
0784	doy la atención que buscan, pero si hay que	Adaptación 784-787
0785	saber que no todos son iguales y aprender a	
0786	abordarlos de formas distintas por sus	
0787	diferencias. Pero eso no lo aprende uno en	Contenido
0788	clases, no hay una materia especifica que te	787-788
0789	enseñe todo eso... eso lo aprende uno cada día	Aprendizaje continuo
0790	con sus pacientes	789-790
0791	Entrevistador: Entonces ¿consideras que debe	
0792	dársele un trato distinto a los pacientes por esas	
0793	diferencias?	
0794	Alejandra: no es un trato distinto, es solo la	Adaptación
0795	forma de abordarlos que debe ser distinta...de	794-796
0796	preguntarle las cosas...de cómo hacer para que	Comodidad 796-798
0797	el paciente se sienta cómodo contigo...eso es lo	

Cuadro 12 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0798	que debe uno hacer con cada paciente... todos	Igualdad 798-800
0799	deben ser tratados por igual sin importar de	
0800	donde venga y quien sea...	
0801	Entrevistador: Ahora, ¿la relación médico-	Relación médico-paciente 804-806
0802	paciente y familiares del paciente es	
0803	fundamental para la salud?	
0804	Alejandra: completamente fundamental...si	Rol del Médico 806-808
0805	no hay buena relación entre el médico y el	
0806	paciente...no se está haciendo nada. El médico	
0807	debe estar pendiente del paciente, de su	Exceso de pacientes 808-810
0808	mejoría, de su evolución, de todo...aunque a	
0809	veces no de tiempo porque son muchos los	
0810	pacientes que se tienen, pero dedicarles un	Dedicación 810-813
0811	momentico, así sea dos minutos para sentarse y	
0812	hablar con él, sobre cualquier cosa, eso ayuda	
0813	mucho... y con su familia también, el hecho de	Apoyo Familiar 813-817
0814	que su familiar este allí con el paciente, eso	
0815	fortalece su ánimo y el paciente cuando está	
0816	acompañado de alguien, se le nota la	Alegría 817-819
0817	diferencia, porque esta como más alegre y no	
0818	se echa a morir...todo eso es muy importante	
0819	para la mejoría	

Fuente: Palencia (2018)

Cuadro 13

Categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 2 (Percepción de Alejandra)

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	CITAS TEXTUALES
Vocación	Aspiraciones	“Siempre me gustó, desde chiquita, eso era lo que siempre decía a todos en mi casa...yo quiero ser doctora de los niños....y no había nada que me sacara eso de la cabeza”
	Antecedentes Profesionales familiares	“mi tío es médico internista”
	Motivación	“Porque amo a los niños, y sanar sus dolores es lo que me gustaría hacer” “eso me anima cada día a ser una pediatra.”
Currículo	Estructura del Pensum	“en primer año vi Arte y cultura”
	Contenido	“bueno, no fue mucho, si algunas cosas, pero lo más que hicimos fue dibujar, visitar museos, hacer videos, nos mandaron a ver una película...cosas así” “En esa materia si vimos algo más relacionado con la cultura,” “Pero eso no lo aprende uno en clases, no hay una materia específica que te enseñe todo eso”
	Alejamiento de la realidad	“Porque los pacientes no son una hoja blanca ni colores...ellos no son unos dibujos...son gente real...y lo que hicimos allí fue pintar y colorear”
	Trabajo de campo	“un trabajo que hicimos aquí en la comunidad del González Plaza.” “éramos dos grupos distintos los que visitamos la misma comunidad”
	Estudio de la comunidad	“le hicimos una pregunta de cómo era su modo de vida, la cantidad de personas que Vivian allí,” “era más que todo para estudiar las condiciones de vivienda, de que si había alguna enfermedad presente” “Era más que todo para saber cómo vive la gente y que problemas de salud tienen.”

Cuadro 13 (cont)

Ejercicio de la profesión médica	Terapias Alternativas	“trata de cómo hacer sentir bien a los pacientes con risoterapia” “haciéndole su estadía con juegos y risas los ayuda mucho” “Es otro tratamiento que hay que hacer porque él no acepta sangre.”
	Ética	“bueno si me toca, hay que tener ética y respetar las creencias del paciente.”
	Derechos del paciente	“si no quiere atención o algún tratamiento, por equis razón, no se puede obligar... el paciente está en todo su derecho de negarse a un tratamiento”
	Interrogatorio Medico	“Todo, todo eso hay que preguntárselo en la historia clínica del paciente, en el interrogatorio cuando va a una consulta”
	Rol de médico	“uno siempre debe buscar la forma de abordarlo... un trato distinto, pero siempre manteniendo la conducta como médico tratante.” “El médico debe estar pendiente del paciente, de su mejoría, de su evolución, de todo”
	Igualdad	“todos son iguales... el hecho de que tenga plata no implica que sea más que otro que no tenga. Y menos aquí en un hospital público... todos deben ser atendidos de la misma manera.” “yo no los clasifico por sus diferencias, a todos les doy la atención que buscan” “todos deben ser tratados por igual sin importar de donde venga y quien sea”
	Prescripción	“Los médicos siempre recetan los medicamentos,”
	Relación médico-paciente	“si no hay buena relación entre el médico y el paciente... no se está haciendo nada.”
	Exceso de pacientes	“aunque a veces no de tiempo porque son muchos los pacientes que se tienen,”
	Conocimiento del paciente	“Hay que saber cómo vive el paciente, que come, donde trabaja, hasta que hace en sus tiempos libres”

Cuadro 13 (cont)

Proceso de enseñanza y aprendizaje	Aprendizaje Continuo	“eso ha sido poco a poco, y aun me queda mucho que aprender de ellos” “eso lo aprende uno cada día con sus pacientes”
	Didáctica	“Lo que nos dijo fue que viéramos una película que tratase sobre nuestra carrera y atención de pacientes y la analizáramos”
Condiciones del paciente	Paciente Geriátrico	“más si es un viejito”
	Sexualidad	“si mantiene relaciones sexuales frecuentes...es más hasta que orientación sexual tiene...si es homosexual o bisexual”
Actitud	Subordinación	“Aunque uno sea el médico, el paciente es quien debe dejarse llevar para poderlo atender”
	Despreocupación	“hasta ni le importa si está enfermo o no, y viene ya porque no aguanta un dolor, o sea, como que no le para a su vida”
	Preocupación	“el paciente no se va a recuperar tan rápido, y eso hace que uno se preocupe más por la salud del paciente, si lo hay en el hospital, donde conseguirlo...esas cosas” “por la experiencia de casos, ha leído, se mete en internet y busca los síntomas de la enfermedad que tiene y llega con una idea diciéndote de que es lo que tiene”
	Comodidad	“de cómo hacer para que el paciente se sienta cómodo contigo...eso es lo que debe uno hacer con cada paciente”
	Dedicación	“pero dedicarles un momentico, así sea dos minutos para sentarse y hablar con él, sobre cualquier cosa, eso ayuda mucho”
	Desvirtuación	“no bajar a su nivel, porque si no la cosa se va por otro lado y el paciente puede creer que el médico es un loco o no sabe”
Percepción	Visual	“Pero a veces pasa que uno distingue a los pacientes por la forma que se viste... sí anda todo descuidado, generalmente es una persona dejada”

Cuadro 13 (cont)

Concepción y elementos de la Cultura	Dichos populares	“la tengo en la punta de la lengua”
	Noción de Cultura	“es todo lo que identifica al ser humano, sus costumbres, practicas, creencias, religión, como se relaciona con los demás...lo que crea, lo que estudia”
	Transmisión de la Cultura	“y que es trasmitido de generación en generación”
	Modo de vida	“como los hábitos alimenticios, las creencias de las personas, el lugar donde vive, la socialización de las personas y esas cosas.” “el modo de vida, considero yo, y bueno...también creo que todos los médicos lo consideran así... yo lo considero como lo más importante a considerar para darle una buena atención al paciente.”
	Religión	“si un paciente no acepta sangre por su religión, eso choca con el médico y no se puede dar un tratamiento efectivo o rápido cuando ese paciente lo requiera”
	Prácticas religiosas	“un caso sobre una mujer que era musulmana creo, de esas que andas tapadas hasta la cabeza, ellas no se dejan atender por médicos varones porque su religión no lo permite”
	Creencias religiosas	“en eso casos, cuando el paciente tiene una creencia religiosa muy fuerte, eso pasa, se dificulta el trabajo.”
	Consumo de alcohol y tabaco	“si tiene hábitos de consumo de tabaco y alcohol”
	Vestimenta	“llegan hasta desnudos (entre risas), si les toca salir de emergencia al hospital nadie está pendiente si se pone un vestido o un “partó” para venir al hospital de emergencia.” “Otros vienen mejor vestidos, más que todos cuando vienen a un chequeo, ya están más tranquilos, y hasta se visten más.”
	Vocabulario	“el paciente que tiene un buen vocabulario, es básicamente un paciente receptivo, porque habla más con el médico y usa términos de medicina que se entiende más con el médico”

Cuadro 13 (cont)

Concepción y elementos de la Cultura	Economía	“si el paciente tiene plata puede pagar los medicamentos, así sí, porque si le cuesta pagar medicamentos, o hacerse exámenes, eso va a acelerar el proceso de recuperación o hacerlo más lento.” “si los puede comprar o conseguir, eso ayuda mucho”
	Nivel de Instrucción	“si es un paciente que fue a la universidad, o por lo menos es bachiller, sabe un poco más del cuerpo humano y allí es más fácil explicarle sus cosas...”
	Alimentación	“de los hábitos alimenticios te dice que desayuna avena con un sándwich...y el del Baúl que se mete 2 arepas de maíz “pelao” y un tarro de guarapo”
	Personalidad	“la mayoría no se pone a echarte cuentos sobre todo lo que hace y no hace”
Desconocimiento	Ignorancia	“a veces ni entiende lo que se le está diciendo” “si un paciente no sabe ni leer... ¿cómo le explica usted que tiene un...por ejemplo...una apendicitis? Ese paciente no sabe nada de eso, para él es un dolor de barriga muy fuerte que no lo deja ni moverse”
Cualidades	Inocencia	“a los niños más que todo que no saben qué enfermedad tienen y no entienden por qué están en un hospital o enfermos”
Contexto familiar del paciente	Apoyo familiar	“el hecho de que su familiar este allí con el paciente, eso fortalece su ánimo y el paciente cuando está acompañado de alguien, se le nota la diferencia”
Emociones	Alegría	“porque esta como más alegre y no se echa a morir...todo eso es muy importante para la mejoría”
Vivencias	Experiencias	“cuando tú le haces el interrogatorio te echa cuentos de su abuelo, de lo que hace, de que si siembra... del ganado...de que si su compadre tuvo una vez la misma enfermedad y se murió” “gracias a Dios hasta ahora he podido tener una buena relación, saber cómo tratarlos a pesar de que todos sean distintos, a que todos queden satisfechos”

Cuadro 13 (cont)

Habilidades	Inferencia	“si un paciente viene de una zona rural...que se yo...El Baúl por ejemplo...pero del Baúl pa dentro... el paciente habla, actúa y se ve de forma muy distinta al paciente por ejemplo que viene de San Carlos” “el paciente del Baúl es más...como le digo...más campesinito...sin ofenderlo...o sea no sabe mucho de enfermedades...para él es el campo y el monte” “el de San Carlos, se limita más a responder solo lo que le preguntas y es más...así como cerrado”
	Adaptación	“hay que buscar la forma de que el paciente entienda las cosas que se le dicen” “entonces hay que buscar bien la forma de explicarle su caso” “pero si hay que saber que no todos son iguales y aprender a abordarlos de formas distintas por sus diferencias.” “no es un trato distinto, es solo la forma de abordarlos que debe ser distinta...de preguntarle las cosas”

Fuente: Palencia (2018)

Cuadro 14

Sub-categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 3 (Percepción de Merisa)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0820	Entrevistador: ¿Cuál es la razón por la que	
0821	estudias medicina?	
0822	Merisa: Desde siempre fue mi sueño, siempre	Aspiraciones 822-824
0823	me ha gustado estar ayudando a alguien que	
0824	necesita de ayuda. Desde niña me gustaba eso	Imitación 823-826
0825	de jugar a la doctora, de dar medicamentos,	
0826	acostaba a mi hermano y hacia que lo operaba.	
0827	Mi mamá siempre me decía que yo sería una	Influencia de los padres
0828	gran doctora...ella es enfermera...y desde allí	827-829
0829	siempre dije que yo iba a ser doctora.	
0830	Entrevistador: El tema central de esta	
0831	entrevista es la cultura del paciente.	
0832	Primeramente quiero preguntarte ¿qué	
0833	entiendes por cultura?	
0834	Merisa: la cultura es todo lo que representa al	Noción de la Cultura
0835	hombre, sus costumbres, creencias, prácticas,	834-838
0836	su forma de vivir, sus estudios, lo que hace con	
0837	sus manos, el arte, la música que algunos	
0838	hacen...todo eso	
0839	Entrevistador: Y en esta carrera, ¿has cursado	
0840	asignaturas específicas sobre cultura y su	
0841	relación con la salud?	
0842	Merisa: si claro, vi Arte y Cultura en primer	Estructura del pensum
0843	año.	842-843
0844	Entrevistador: ¿Recuerdas cuál era su	
0845	contenido sobre la cultura y la salud?	
0846	Merisa: que va profe...no recuerdo que me	
0847	hayan dado eso... esa materia fue puro pintar,	Contenido 847-850
0848	dibujar, hablar de música...la profesora decía	
0849	que se había graduado en música...ver	
0850	películas...y más nada...	
0851	Entrevistador: Y ¿no tenían un programa de la	
0852	materia y su contenido?	
0853	Merisa: no...nada que ver...si había un	Programa de estudios
0854	programa nunca supimos...porque la profe	853-855
0855	nunca nos habló de eso...	
0856	Entrevistador: ¿Has tenido la oportunidad de	

Cuadro 14 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0857	en alguna materia estudiar diferentes	
0858	individuos para analizar sus características	
0859	culturales?	
0860	Merisa: muy poco...pero no en Arte y	
0861	Cultura... en una materia del segundo o	
0862	tercero...no me acuerdo el año ni el nombre de	
0863	la materia, en esa materia la profe medio	Contenido
0864	hablaba sobre esas cosas...que cada paciente	863-866
0865	tenía una cultura distinta, que hay que saber	
0866	sobre eso...y cosas así	
0867	Entrevistador: ¿Fue solo teoría?	
0868	Merisa: si...esa profesora era medio loca,	Calidad del docente 868-
0869	llegaba y se sentaba...decía 4 cosas y luego se	872
0870	ponía a hablar por teléfono y uno allí sin hacer	
0871	nada...muchos se iban de la clase y a ella como	
0872	que no le importaba...	
0873	Entrevistador: Y ¿te sientes capacitada para	
0874	distinguir y analizar las características	
0875	culturales del paciente?	
0876	Merisa: No del todo...he tenido que aprender	Aprendizaje continuo
0877	poco a poco...a medida que uno va atendiendo	876-878
0878	a los pacientes... porque si fuera por esa	Ausencia del aprendizaje
0879	materia que dio la profe esa...estaría frita... yo	878-879
0880	creo que esas materias...o se dan bien con	Calidad del Docente
0881	profesores que le guste enseñar y se	880-882
0882	dediquen...o deberían eliminarlas para dar	Cambio de pensum
0883	otras materias más importantes...porque están	882-884
0884	allí en el pensum y nada que ver...	
0885	Entrevistador: ¿No consideras importante	
0886	estudiar el entorno cultural del paciente?	
0887	Merisa: no es eso profe...es que no se dan bien	Desmotivación por el
0888	en las materias y uno las ve como	aprendizaje 887-889
0889	aburridas...no llaman la atención porque los	Calidad del Docente
0900	profesores son como grises o piratas y uno	889-902
0901	dice...ay no otra vez a ver Arte y	
0902	Espectáculos...porque así la llamábamos....	
0903	Entonces hay que cambiar más la forma de	Didáctica 903-906
0904	darlas para que así uno se anime a verlas y le	

Cuadro 14 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0905	guste...tenga una buena experiencia con	Aprendizaje por experiencias 906-909
0906	ellas... de lo contrario...no darlas...porque a la	
0907	final de cuentas uno aprende todo eso es	
0908	mientras esta en un hospital atendiendo	Cambio de pensum 909-915
0909	pacientes y codeándose con ellos... me gustaría	
0910	más...como decía el profesor de Historia de la	
0911	Medicina, que dieran anatomía	
0912	radiológica...porque eso si es importante	
0913	porque uno no abre al paciente para verle los	
0914	órganos...uno todo lo debe diagnosticar a	
0915	través de radiografías mayormente.	
0916	Entrevistador: Y en alguna otra materia, ¿has	
0917	tenido la oportunidad de hacer un estudio en	Didáctica 920-922
0918	individuos o familias donde puedas ver las	
0919	características de sus culturas?	
0920	Merisa: en ninguna profe...o no me las han	Aprendizaje por experiencias 922-925
0921	dado bien como le dije, o simplemente esas	
0922	materias no están para eso... Todo lo que he	
0923	hecho hasta ahora de lo que usted me dice de	
0924	saber que cada paciente es distinto por su	
0925	cultura, lo he aprendido aquí en este hospital..	
0926	Entrevistador: Ya que comentas eso, ¿qué	Creencias religiosas 929-931
0927	piensas sobre la religión y su influencia en la	
0928	efectividad del tratamiento médico?	
0929	Merisa: eso influye mucho....lo que crea el	Religión 931-933
0930	paciente sobre una religión va a ser importante	
0931	en el tratamiento...o por lo menos el médico	
0932	debe saber que religión tiene el paciente para	
0933	saber qué hacer	
0934	Entrevistador: ¿Por qué el médico debe saber	
0935	la religión del paciente?	Derechos del paciente 936-942
0936	Merisa: para saber cómo atenderlo. Si un	
0937	paciente no quiere aceptar una transfusión de	
0938	sangre o un trasplante, el médico debe respetar	
0939	y guiarse por lo que el paciente dice... Esos son	
0940	los Testigos de Jehová que no aceptan sangre y	
0941	el médico respeta esa decisión... allí él no	

Cuadro 14 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0942	puede hacer nada... Otros pacientes a veces	Creencias religiosas 942-949
0943	rechazan algún tratamiento o hasta una	
0944	operación y dicen que José Gregorio	
0945	Hernández los va a salvar y que por eso no es	
0946	necesario operarse...cosas así profe... y	
0947	dígame los santeros, que montan hasta un altar	Relación médico-paciente 949-950
0948	al lado de su camilla para que el santo y que los	
0949	proteja de la muerte... con todo eso debe lidiar	
0950	un médico y saber llevar al paciente.	
0951	Entrevistador: ¿Y tú consideras el modo de	
0952	vida de un paciente cuando lo atiendes?	Recomendaciones del médico 955-960
0953	Merisa: siempre hay que tomarlo en cuenta, no	
0954	solo para el tratamiento, si no para saber la raíz	
0955	de la enfermedad. Si un paciente trabaja de	
0956	noche por ejemplo, es preferible que le	
0957	indiques un tratamiento que lo siga en el	Conocimiento del paciente 960-964
0958	día...si un paciente es fumador o bebedor,	
0959	debes saber eso para tratar de eliminar el vicio	
0960	y que mejore su salud. Todo eso se le pregunta	
0961	el paciente, a que se dedica, que trabaja, como	
0962	come, donde y en que trabaja, no se debe dejar	Vestimenta 967-968 Percepción Olfativa 968 Vestimenta 969-970
0963	de preguntar esas cosas.	
0964	Entrevistador: ¿Existen diferencias entre los	
0965	pacientes por su forma de hablar, vestir y	
0966	actuar?	
0967	Merisa: si existen... hay pacientes mal	Descortesía 971-972 Personalidad 973 Cortesía 974-975
0968	arreglados, se visten mal y hasta huelen mal...o	
0969	el extremo de que se visten como si esto es un	
0970	salón de fiesta... uno nota mucho la diferencia	
0971	en eso... de su forma de hablar obviamente son	
0972	distintos, unos te hablan grosero, te gritan, o	Personalidad 977-980
0973	simplemente ni dicen nada...son muy callados..	
0974	otros al contrario son muy educados,	
0975	respetuosos, te saludan amablemente y uno	
0976	nota que allí hay una diferencia muy	
0977	marcada...y de actuar igualito...uno son	
0978	retraídos, casi ni se sienten...otros son muy	
0979	extrovertidos y andan siempre como un	
0980	bochinche...pasa de todo aquí.	

Cuadro 14 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
0981	Entrevistador: De acuerdo a esas diferencias,	
0982	¿los tratas distintos a cada uno?	
0983	Merisa: en mi caso no profe...yo les doy el	Igualdad 983-985
0984	mismo trato por igual, no tengo preferencias	
0985	sobre eso...uno si ve que los profesores que	Trato 985-987
0986	nos dan clases aquí si los tratan distintos, con	
0987	cada uno actúan diferente, es como si les	Rechazo 987-989
0988	molestara el olor, y le da como asquito	
0989	tocarlos...debe ser porque ya los conocen y han	Relación médico-paciente
0990	aprendido tanto que le dan esa indiferencia	989-991
0991	como para ni relacionarse mucho...que a lo	Aprendizaje por Imitación
0992	mejor uno cuando tenga años ejerciendo haga	991-993
0993	lo mismo...pero no creo que sea porque uno	
0994	sea un mal medico...si no porque hay tantos	Exceso de pacientes
0995	pacientes que atender que hay que ser muy	994-996
0996	rápidos con cada uno.	
0997	Entrevistador: ¿Le debes dar una atención	
0998	rápida por que visten mal o huelen mal?	
0999	Merisa: no vale profe...creo que no me	
1000	explique bien...es que a veces... bueno	Exceso de pacientes 1000-
1001	siempre esto esta full de pacientes...entonces	1001
1002	uno debe ser rápido...claro atendiéndolo bien y	Agilidad 1002-1006
1003	completamente...pero ser ágil y moverlo...que	
1004	el paciente tampoco pase horas en la	
1005	consulta...porque hay muchos más	
1006	esperando....no tiene nada que ver con su	
1007	forma de ser, ni como visten...ni como	Percepción olfativa
1008	huelen...aunque si huelen mal hay que	1007-1010
1009	sacudirselos rápido (entre risas) porque dejan el	
1010	consultorio pestilento.	
1011	Entrevistador: Y por el nivel económico de	
1012	los pacientes ¿les das un trato distinto?	
1013	Merisa: para nada...no se puede hacer eso.	
1014	Cada paciente tiene diferentes posibilidades	Economía 1014-1015
1015	económicas, pero cuando están en un	Igualdad 1015-1017
1016	hospital...y más si es público, no hay	
1017	diferencia... a lo mejor un paciente tiene más	Economía 1017-1019
1018	posibilidades de pagar medicamentos o	
1019	tratamientos, pero eso no significa que se deba	Igualdad 1019-1021

Cuadro 14 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1020	dar mejor trato a ese paciente que al que no	
1021	puede	
1022	Entrevistador: Entonces ¿el nivel económico	
1023	no define como debe ser la relación entre el	
1024	médico y el paciente?	
1025	Merisa: nunca profe. Eso no se toma en cuenta,	Igualdad 1025-1027
1026	o mejor dicho, no se debería tomar en cuenta	
1027	para darle una atención al paciente...ni siquiera	Economía 1028-1030
1028	debería ser así en una clínica privada, el que	
1029	está en una consulta privada es porque puede	
1030	pagar esa consulta...y el trato debe ser igual	Igualdad 1030-1031
1031	para todos.	
1032	Entrevistador: En este hospital se ve mucho	
1033	paciente, ¿este hospital solo atiende a la	
1034	comunidad cercana?	
1035	Merisa: eso era antes que este hospital atendía	Exceso de pacientes
1036	poca gente y la mayoría se van al central...	1035-1038
1037	ahora viene gente de todos lados...esto se	
1038	colapsa...aquí una vez atendí una señora que	Región geográfica
1039	venía de Mérida, no era que había nacido allá y	1038-1040
1040	se vino a vivir aquí... vive en Mérida...vino	Atención 1040-1043
1041	porque le dijeron que la atención de aquí era	
1042	muy buena y ella vino a consultarse aquí con la	
1043	profesora de gastro...esa señora hablaba bonito	Lenguaje 1043
1044	Entrevistador: ¿Cómo bonito?	
1045	Merisa: bueno, su acento gocho es lindo...a mí	Dialecto 1045-1048
1046	siempre me ha gustado ese acento...hablan	
1047	como se hablaba antes, así como con respeto y	
1048	un tono “apuraito.”	
1049	Entrevistador: Entonces, ¿has tenido la	
1050	oportunidad de atender pacientes de diversas	
1051	localidades. ¿Así has podido notar las	
1052	diferencias culturales de esos pacientes?	
1053	Merisa: si profe, se nota mucho la diferencia...	
1054	es más la gente de aquí mismo cerca es más	Inferencia 1054-1056
1055	como malasangre...pero la gente que viene de	
1056	afuera son más amables... eso lo he visto yo... y	
1057	eso ayuda mucho, porque si vienen de afuera, y	Atención
1058	son amables, uno los atiende muy bien y así	1057-1059

Cuadro 14 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1059	ellos se llevan una buena impresión.	
1060	Entrevistador: ¿Y si son de esta localidad, no	
1061	los atienden bien?	
1062	Merisa: bueno no es eso...es que la gente de	Atención 1062-1066
1063	aquí mismo siempre va a venir para acá...	
1064	porque es el más cercano... y bueno...uno los	
1065	ve varias veces...mientras que si son de afuera,	
1066	uno trata de que se lleven una buena impresión.	
1067	Entrevistador: ¿Tú has podido relacionarte de	
1068	buena manera con todos los pacientes?	
1069	Merisa: si profe, me ha ido bien, hasta ahora	Experiencias 1069-1070
1070	no he tenido problemas con ningún paciente...	
1071	Entrevistador: ¿Has atendido a un paciente	
1072	que tenga una forma de hablar distinta a la	
1073	tuya?	Lenguaje 1073-1077
1074	Merisa: otro idioma no...pero si pasa mucho	
1075	con pacientes que hablan raro...bueno no	
1076	raro...sino que usan palabras que uno a veces	
1077	no entiende...entonces uno debe preguntarle a	
1078	que se refiere y que te expliquen.	
1079	Entrevistador: ¿Cómo es eso?	Lenguaje 1079-1080
1080	Merisa: por ejemplo si es un viejito, habla	
1081	cosas que solo los viejitos entienden...me estoy	
1082	acordando (entre risas) de una señora que la	Vestimenta 1082-1089
1083	profe la mando a que se quitara la ropa, y la	
1084	señora usaba una falda, pero debajo de la falda	
1085	tenía otra, y ella decía que eso era un fondo...y	
1086	yo no entendía...entonces la profe se dio	
1087	cuenta que yo quede así como extrañada y ella	
1088	me dijo que era una cosa que las viejitas usaban	
1089	debajo de la falda como para que no se le viera	Ignorancia del estudiante 1089-1092
1090	nada...y yo ni sabía que usaban ese traperero,	
1091	como yo nunca conocí a mi abuela...no sabía si	
1092	usaba eso...y mi mama tampoco usa eso	
1093	Entrevistador: ¿La compañía ayuda?	
1094	Merisa: es lo más importante, que el paciente	Compañía 1094-1096
1095	no se sienta solo, que siempre este con alguien	
1096	que lo acompañe.	

Fuente: Palencia (2018)

Cuadro 15

Categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 3 (Percepción de Merisa)

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	CITA TEXTUAL
Vocación	Aspiraciones	“Desde siempre fue mi sueño, siempre me ha gustado estar ayudando a alguien que necesita de ayuda”
	Imitación	“Desde niña me gustaba eso de jugar a la doctora, de dar medicamentos, acostaba a mi hermano y hacía que lo operaba”
	Influencia de los padres	“Mi mamá siempre me decía que yo sería una gran doctora...ella es enfermera...y desde allí siempre dije que yo iba a ser doctora”
Proceso de enseñanza y aprendizaje	Aprendizaje por experiencias	“porque a la final de cuentas uno aprende todo eso es mientras esta en un hospital atendiendo pacientes y codeándose con ellos” “Todo lo que he hecho hasta ahora de lo que usted me dice de saber que cada paciente es distinto por su cultura, lo he aprendido aquí en este hospital”
	Desmotivación por el aprendizaje	“es que no se dan bien en las materias y uno las ve como aburridas”
	Aprendizaje Continuo	“he tenido que aprender poco a poco...a medida que uno va atendiendo a los pacientes...”
	Didáctica	“hay que cambiar más la forma de darlas para que así uno se anime a verlas y le guste...tenga una buena experiencia con ellas... de lo contrario...no darlas” “o no me las han dado bien como le dije, o simplemente esas materias no están para eso”
	Aprendizaje por imitación	“que a lo mejor uno cuando tenga años ejerciendo haga lo mismo”
	Ausencia del Aprendizaje	“porque si fuera por esa materia que dio la profe esa...estaría frita”

Cuadro 15 (cont)

Currículo	Estructura del Pensum	“vi Arte y Cultura en primer año”
	Contenido	“esa materia fue puro pintar, dibujar, hablar de música...la profesora decía que se había graduado en música...ver películas...y más nada” “en esa materia la profe medio hablaba sobre esas cosas...que cada paciente tenía una cultura distinta, que hay que saber sobre eso”
	Programa de Estudios	“si había un programa nunca supimos...porque la profe nunca nos habló de eso.”
	Calidad del Docente	“esa profesora era medio loca, llegaba y se sentaba...decía 4 cosas y luego se ponía a hablar por teléfono y uno allí sin hacer nada...muchos se iban de la clase y a ella como que no le importaba.” “o se dan bien con profesores que le guste enseñar y se dediquen” “no llaman la atención porque los profesores son como grises o piratas y uno dice...ay no otra vez a ver Arte y Espectáculos...porque así la llamábamos”
	Cambio de pensum	“deberían eliminarlas para dar otras materias más importantes...porque están allí en el pensum y nada que ver” “me gustaría más...como decía el profesor de Historia de la Medicina, que dieran anatomía radiológica...porque eso si es importante porque uno no abre al paciente para verle los órganos...uno todo lo debe diagnosticar a través de radiografías mayormente.”
Percepción	Olfativa	“hasta huelen mal” “ni como huelen...aunque si huelen mal hay que sacudírselos rápido porque dejan el consultorio pestilento”
Vivencias	Experiencias	“me ha ido bien, hasta ahora no he tenido problemas con ningún paciente”

Cuadro 15 (cont)

Concepción y elementos de la cultura	Vestimenta	“hay pacientes mal arreglados, se visten mal” “el extremo de que se visten como si esto es un salón de fiesta” “la profe la mando a que se quitara la ropa, y la señora usaba una falda, pero debajo de la falda tenía otra, y ella decía que eso era un fondo” “era una cosa que las viejitas usaban debajo de la falda como para que no se le viera nada”
	Personalidad	“simplemente ni dicen nada...son muy callados” “uno son retraídos, casi ni se sienten...otros son muy extrovertidos y andan siempre como un bochinche”
	Noción de la cultura	“es todo lo que representa al hombre, sus costumbres, creencias, prácticas, su forma de vivir, sus estudios, lo que hace con sus manos, el arte, la música que algunos hacen”
	Economía	“Cada paciente tiene diferentes posibilidades económicas” “a lo mejor un paciente tiene más posibilidades de pagar medicamentos o tratamientos” “ni siquiera debería ser así en una clínica privada, el que está en una consulta privada es porque puede pagar esa consulta”
	Región Geográfica	“aquí una vez atendí una señora que venía de Mérida, no era que había nacido allá y se vino a vivir aquí... vive en Mérida”
	Lenguaje	“esa señora hablaba bonito” “pero si pasa mucho con pacientes que hablan raro...bueno no raro...sino que usan palabras que uno a veces no entiende...entonces uno debe preguntarle a que se refiere y que te expliquen.” “si es un viejito, habla cosas que solo los viejitos entienden”

Cuadro 15 (cont)

Concepción y elementos de la cultura	Dialecto	“su acento gocho es lindo...a mí siempre me ha gustado ese acento...hablan como se hablaba antes, así como con respeto y un tono “apuraito.”
	Religión	“el médico debe saber que religión tiene el paciente para saber qué hacer”
	Creencias Religiosas	“lo que crea el paciente sobre una religión va a ser importante en el tratamiento” “Otros pacientes a veces rechazan algún tratamiento o hasta una operación y dicen que José Gregorio Hernández los va a salvar y que por eso no es necesario operarse...cosas así profe... y dígame los santeros, que montan hasta un altar al lado de su camilla para que el santo y que los proteja de la muerte”
Ejercicio de la Profesión Médica	Derechos del Paciente	“Si un paciente no quiere aceptar una transfusión de sangre o un trasplante, el médico debe respetar y guiarse por lo que el paciente dice. Esos son los Testigos de Jehová que no aceptan sangre y el médico respeta esa decisión”
	Relación médico-paciente	“con todo eso debe lidiar un médico y saber llevar al paciente” “debe ser porque ya los conocen y han aprendido tanto que le dan esa indiferencia como para ni relacionarse mucho”
	Recomendaciones del medico	“Si un paciente trabaja de noche por ejemplo, es preferible que le indique un tratamiento que lo siga en el día...si un paciente es fumador o bebedor, debes saber eso para tratar de eliminar el vicio y que mejore su salud”
	Conocimiento del paciente	“Todo eso se le pregunta el paciente, a que se dedica, que trabaja, como come, donde y en que trabaja, no se debe dejar de preguntar esas cosas.”

Cuadro 15 (cont)

Ejercicio de la Profesión Médica	Igualdad	“yo les doy el mismo trato por igual, no tengo preferencias sobre eso” “pero cuando están en un hospital...y más si es público, no hay diferencia” “eso no significa que se deba dar mejor trato a ese paciente que al que no puede” “el trato debe ser igual para todos”
	Exceso de pacientes	“hay tantos pacientes que atender que hay que ser muy rápidos con cada uno.” “bueno siempre esto esta full de pacientes” “era antes que este hospital atendía poca gente y la mayoría se van al central... ahora viene gente de todos lados...esto se colapsa”
	Atención	“vino porque le dijeron que la atención de aquí era muy buena y ella vino a consultarse aquí con la profesora de gastro” “porque si vienen de afuera, y son amables, uno los atiende muy bien y así ellos se llevan una buena impresión” “es que la gente de aquí mismo siempre va a venir para acá... porque es el más cercano... y bueno...uno los ve varias veces...mientras que si son de afuera, uno trata de que se lleven una buena impresión.”
Actitud	Cortesía	“otros al contrario son muy educados, respetuosos, te saludan amablemente”
	Descortesía	“de su forma de hablar obviamente son distintos, unos te hablan grosero”
	Trato	“uno si ve que los profesores que nos dan clases aquí si los tratan distintos, con cada uno actúan diferente”
	Rechazo	“es como si les molestara el olor, y le da como asquito tocarlos”

Cuadro 15 (cont)

Habilidades	Agilidad	“entonces uno debe ser rápido...claro atendiéndolo bien y completamente...pero ser ágil y moverlo...que el paciente tampoco pase horas en la consulta...porque hay muchos más esperando”
	Inferencia	“la gente de aquí mismo cerca es más como malasangre...pero la gente que viene de afuera son más amables”
Desconocimiento	Ignorancia del estudiante	“yo ni sabía que usaban ese trapero”
Contexto familiar del paciente	Compañía	“es lo más importante, que el paciente no se sienta solo, que siempre este con alguien que lo acompañe”

Fuente: Palencia (2018)

Cuadro 16

Sub-categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 4 (Percepción de Luis)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1097	Entrevistador: Primero agradecerte por la	
1098	oportunidad de esta entrevista. Me gustaría	
1099	saber ¿Cuál es tu motivación para estudiar	
1100	medicina?	
1101	Luis: para serle honesto la verdad yo no la	
1102	tenía nunca, de verdad , yo entré a medicina	
1103	porque cuando estaba en bachillerato y tenía	Rendimiento Académico
1104	que inscribirme en el OPSU, tenía buen	1103-1106
1105	promedio, y me daba para estudiar cualquier	
1106	carrera, y dije, bueno vamos a estudiar la	
1107	mejor...y varios de mis amigos del liceo y los	Influencia del Grupo
1108	profesores me decían que estudiara	Social 1107-1109
1109	medicina...mi familia también me decía que la	Influencia Familiar
1110	estudiara porque hacía falta un médico en la	1109-1111
1111	casa...y buen aquí estoy ya en quinto año...	
1112	aunque perdí dos años por tener que	Retraso en los Estudios
1113	trabajar...ya yo me hubiera graduado...pero	1112-1114
1114	aquí sigo	
1115	Entrevistador: Ahora bien, es una carrera en la	
1116	que debes atender a pacientes a diario,	
1117	pacientes con diferentes culturas., partiendo de	
1118	esta idea ¿Puedes decirme que es para ti la	
1119	cultura?	
1120	Luis: es todo lo que hace una persona, su	Noción de Cultura
1121	modo de vivir.	1120-1121
1122	Entrevistador: En el transcurso de tu carrera,	
1123	durante tu estadía en la universidad, ¿qué	
1124	materias has visto que tenga relación a la	
1125	cultura?	
1126	Luis: Arte y cultura.	
1127	Entrevistador: ¿Que aprendiste en esa	
1128	materia?	
1129	Luis: solo dibujar a lápiz...más nada	Contenido 1129
1130	Entrevistador: ¿Has tenido la oportunidad de	
1131	realizar estudios sobre pacientes y sus	
1132	diferencias culturales?	
1133	Luis: creo que sí, hubo una materia, pero no	

Cuadro 16 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1134	recuerdo el nombre ahorita, creo que en	Asignaciones 1135-1136
1135	segundo año, que la profesora mando un	
1136	trabajo sobre eso.	
1137	Entrevistador: ¿Que tenían que hacer en ese	Contenido 1139-1140
1138	trabajo?	
1139	Luis: era sobre las cosas que tiene una	
1140	comunidad	Estudio de la comunidad 1142-1144
1141	Entrevistador: ¿Cómo cuáles?	
1142	Luis: bueno la cantidad de habitantes, si tenían	
1143	un ambulatorio, servicios públicos,	Ausencia de trabajo de campo 1146-1147
1144	escuelas...esas cosas.	
1145	Entrevistador: ¿Y qué comunidad trabajaste?	
1146	Luis: una que conseguimos por internet...el	Evaluación 1150-1151
1147	Tíbet.	
1148	Entrevistador: ¿Sacaron el trabajo por	
1149	internet?	Asignaciones 1154-1156
1150	Luis: si, la profe dijo que si se podía y así lo	
1151	profe lo corrigió.	
1152	Entrevistador: ¿No podían asistir a una	Aprendizaje Continuo 1164-1166
1153	comunidad cercana?	
1154	Luis: ¿para qué? Si la profe dijo que podíamos	
1155	sacarla de internet, siempre y cuando	Conocimiento del paciente 1169-1172
1156	encontráramos todo.	
1157	Entrevistador: ¿Entonces no tuvieron la	
1158	oportunidad de estudiar a una comunidad y sus	Inferencias 1172-1173
1159	características?	
1160	Luis: no	
1161	Entrevistador: Con ese trabajo que realizaste,	
1162	¿te sientes capacitado para distinguir las	
1163	características culturales de tus pacientes?	
1164	Luis: no...por ese trabajo no...pero uno ha	
1165	tenido que aprenderlo mientras avanza en la	
1166	carrera.	
1167	Entrevistador: ¿Y cómo lo has hecho hasta	
1168	ahora?	
1169	Luis: uno debe hacerle un interrogatorio al	
1170	paciente, sobre sus antecedentes familiares, su	
1171	modo de vida, su alimentación, su trabajo, de	
1172	que religión es...todo eso...así uno más o	

Cuadro 16 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1173	menos se hace una idea de cómo es el paciente.	
1174	Entrevistador: ¿Y si se te presentan varios	
1175	pacientes con los mismos antecedentes, no hay	
1176	algo que los diferencie?	
1177	Luis: bueno si, así tengan muchas cosas que se	
1178	le parezcan, siempre hay algo que los	
1179	diferencia.	
1180	Entrevistador: ¿Cómo cuáles?	
1181	Luis: bueno...a veces con solo ver al paciente	Percepción Visual
1182	uno se da cuenta de que es otro...o sea, hablan	1181-1182
1183	distinto, caminan distinto, responden distinto, y	
1184	el motivo de consulta siempre es distinto.	
1185	Entrevistador: ¿Qué es el motivo de consulta?	
1186	Luis: es la razón por la que el paciente llega a	Motivo de Consulta
1187	la consulta, lo primero que se le pregunta al	1186-1189
1188	paciente, el por qué vino a verse con uno, es	
1189	eso	
1190	Entrevistador: ¿Si el paciente llega a la	
1191	consulta por un dolor de cabeza, para que le	
1192	preguntan, por ejemplo, la religión?	
1193	Luis: La religión no importa mucho...pero uno	Religión 1193
1194	debe saber todo sobre lo que hace, a lo mejor	Causas de la enfermedad
1195	allí está la causa de su enfermedad. Por	1193-1195
1196	ejemplo, si llega con una tos con flema que no	Síntomas 1196-1198
1197	se le quita, y fiebre y se siente que no puede	
1198	respirar, y con solo verlo tiene una disnea, uno	Percepción Visual 1198
1199	en el interrogatorio le pregunta de que trabaja,	Causas de la enfermedad
1200	y si te dice ah yo trabajo en una fábrica de	1200-1207
1201	pinturas, allí sabes que puede estar la razón de	
1202	su neumonía, porque los químicos le hacen	
1203	daño, y a lo mejor tuvo una gripe, no se le curó	
1204	y siguió trabajando...y en el trabajo con esos	
1205	químicos, eso le produjo una	
1206	neumonía...entonces ese trabajo le	
1207	afecto,...por eso uno pregunta lo más que	
1208	pueda...	
1209	Entrevistador: ¿Y en el caso de las creencias	
1210	del paciente, como la religión, incide en algo en	
1211	el paciente?	

Cuadro 16 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1212	Luis: no directamente, porque el cuerpo	Anatomía 1212-1213
1213	humano es igual para todos sin importar la	
1214	religión de las personas, pero si influye mucho	
1215	por ejemplo en la recuperación del	
1216	paciente...dígame esos evangélicos cuando	Prácticas Religiosas
1217	están hospitalizados en la hora de la visita que	1216-1219
1218	le llegan todos a rezar, hacen que el paciente se	
1219	anime y hasta se siente mejor, no sé si es por la	Fe 1219-1220
1220	fe, pero creo que eso los ayuda mucho.	
1221	También pasa con lo que cree, la gente cree	Creencias supersticiosas
1222	mucho en brujería y esas cosas y cuando vienen	1221-1227
1223	muriéndose dicen que le echaron una vaina y	
1224	que eso lo está matando, entonces si se muere,	
1225	no dicen que es porque la enfermedad era	
1226	mortal, sino porque la brujería era muy grande	
1227	y lo mató...a lo mejor esa persona tenía tiempo	Postura científica
1228	enfermo y no había ido al hospital, y cuando	1227-1230
1229	llega ya estaba “jodío” y no se pudo hacer	
1230	nada...ah pero no es culpa de nadie ni de su	Creencias supersticiosas
1231	irresponsabilidad, fue culpa de la brujería	1230-1232
1232	“echá”.	
1233	Entrevistador: ¿Entonces para ti es importante	
1234	el modo de vida del paciente?	
1235	Luis: bueno es más importante para él, porque	Prepotencia 1235-1236
1236	él es él enfermo y que necesita de mí, pero si	Conocimiento del paciente
1237	debo saber de su vida para llegar a un	1236-1238
1238	diagnostico	
1239	Entrevistador: En tu caso, ¿qué consideras	
1240	importante preguntarle al paciente?	
1241	Luis: depende...si viene con un dolor,	Interrogatorio Medico
1242	preguntarle desde cuando lo tiene, la	1241-1243
1243	intensidad, donde lo tiene y esa cosas... si	Interrogatorio al familiar
1244	viene en shock, no le puedes preguntar a él,	1243-1247
1245	tienes que preguntarle al familiar, y allí el	
1246	familiar a veces no sabe mucho del por qué el	
1247	paciente esta así...y allí debes ser muy preciso	Precisión 1247-1248
1248	en diagnosticarlo...porque debes ver los	
1249	síntomas que presenta el paciente y	Diagnóstico médico
1250	relacionarlos con lo que poco que te puede	1248-1251

Cuadro 16 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1251	decir el familiar	
1252	Entrevistador: ¿Y no determinas algunos	
1153	detalles del paciente, por ejemplo como se viste	
1254	o como habla?	
1255	Luis: el cómo se viste, eso no importa...el	Vestimenta 1255
1256	cómo habla si...porque si está muy enfermo o	Escudriñamiento
1257	le duele mucho, es de muy poco hablar y debes	1256-1258
1258	“no joda” averiguar qué te quiere decir...o a	Percepción Auditiva 1258-
1259	veces la forma de hablar te ayuda a	1260
1260	diagnosticar al paciente su problema...si habla	Signos de diagnóstico
1261	bien, el paciente está consciente, pero si dice	1260-1261
1262	palabras que no tienen sentido, el paciente	
1263	puede estar “disvariando” y allí puede estar	
1264	pasando algo grave.	
1265	Entrevistador: ¿Cuándo hay diferencias	
1266	económicas entre los pacientes, eso hace que	
1267	actúen distintos?	
1268	Luis: bueno, cuando tienen plata, se la echan	Arrogancia 1268-1274
1269	de que son más importantes y quiere que los	
1270	atiendas rápido y se la dan de una gran vaina, y	
1271	tú dices para que no se va a una clínica y	
1272	paga... pero los que no tienen plata son como	Cordialidad 1272-1274
1273	más relajados, más tranquilos, y hasta más	
1274	amables.	
1275	Entrevistador: Con esa diferencia en la	
1276	economía del paciente, ¿les das un trato	
1277	distinto?	
1278	Luis: bueno, un poco, esta vaina es para gente	Atención 1278-1279
1279	que no puede pagar una clínica. En mi caso, yo	Trato 1279-1282
1280	a esos que se la echan de que tienen plata los	
1281	trato más seco, mientras que a los que son	Empatía 1282-1283
1282	pobres, soy muy amable con ellos... ellos	
1283	vienen del mismo barrio que yo, por así decirlo.	
1284	Entrevistador: ¿Dónde vives tú?	
1285	Luis: en GoiaGoaza	
1286	Entrevistador: ¿Vienes de familia con bajos	
1287	recursos?	
1288	Luis: si, por eso quiero ser médico, para ayudar	Meta
1289	a mi familia. y los años que repetí, es porque	1288-1289

Cuadro 16 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1290	tenía que trabajar y pare durante dos	Economía 1289-1293
1291	años...pero ahora que mi hermano mayor se	
1292	fue del país y nos está ayudando mucho en la	
1293	casa, volví a estudiar y espero sacar la carrera.	
1294	Entrevistador: ¿Entonces por tus condiciones	Ética 1297-1298
1295	económicas tratas distinto a los pacientes	
1296	cuando consideras que tienen plata?	
1297	Luis: no es tanto por eso, porque esta es una	
1298	carrera que no debe ver eso en los pacientes, si	Arrogancia 1299-1300
1299	no que esos pacientes quieren dársela más que	
1300	los demás y no es así, aquí todos deben ser	
1301	atendidos igual, entonces el que se quiera ser	
1302	más que otro, debe hacérsele saber que no es	Igualdad 1300-1301 Trato 1301-1304
1303	así, y le trato medio seco como para que se dé	
1304	cuenta.	
1305	Entrevistador: Si los pacientes se dan cuenta	
1306	de eso, ¿no te causa problema?	Respeto 1307-1308 Preferencia 1308-1311
1307	Luis: bueno tampoco es que les gritas...ni los	
1308	corres rápido, pero ellos como que se dan	
1309	cuenta porque te ven el cambio cuando estas	
1310	atendiendo a otro con el que si te sientes	Despreocupación 1311-1312
1311	cómodo. Pero eso a mí no me importa de	
1312	verdad.	
1313	Entrevistador: ¿Qué no te importa?	
1314	Luis: que se den cuenta del trato	Rol del médico 1315-1316
1315	distinto....aquí es uno quien los atiende a ellos,	
1316	no ellos a uno	
1317	Entrevistador: Y si es una persona que ha	
1318	estudiado, y tiene títulos universitarios y una	Consideración 1321-1322
1319	profesión, ¿la tratas distinto al que no ha	
1320	estudiado?	
1321	Luis: allí si no, porque esa persona a lo mejor	
1322	estudio de forma humilde y se superó. Y a	Comodidad 1323-1324
1323	veces hasta es sabroso hablar con ellos,	
1324	enseñan cosas a uno y eso es bueno...allí no	
1325	doy diferencias. Pero no es porque tenga título,	
1326	ni nada de eso, es porque son respetuosos y no	Humildad 1325-1327
1327	se la dan de echones. Pero no se crea igual hay	
1328	muchos que no han estudiado y que son pobres	
		Maltrato 1327-1330

Cuadro 16 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1329	y también quieren venir a tratar a uno mal,	
1330	porque uno es estudiante y no está graduado.	
1331	Entrevistador: ¿Por qué crees que ocurre esa	
1332	diferencia?	
1333	Luis: porque eso no te lo da el título, ni los	Valores 1333-1337
1334	riales que tengas en un banco...eso es de la	
1335	persona, de como quiera ser, de cómo sea	
1336	educada y trate a los demás... de lo que le	
1337	enseñan en la casa y todo lo que ha aprendido	
1337	la persona en la vida.	
1338	Entrevistador: ¿Entonces es por su cultura?	
1339	Luis: así mismo es, por su cultura y su forma	Noción de la cultura 1339-1340
1340	de ser	
1341	Entrevistador: ¿Puedes distinguir las	
1342	diferencias de un paciente dependiendo de	
1343	dónde vive?	
1344	Luis: si, se ve la diferencia	
1345	Entrevistador: ¿En qué sentido?	
1346	Luis: por ejemplo...la gente de Gañango es	Inferencia 1346-1351
1347	como más altanera, “peleona” y siempre anda	
1348	como formando “peo” para que lo	
1349	atiendan....pero la gente del centro es más	
1350	tranquila, calmada, espera su turno y	
1351	normalita...no anda con gritos ni nada... hasta	
1352	es mejor vestida...la gente de Gañango hasta	Vestimenta 1352-1353
1353	en chancletas se viene... y ropa rota y sucia	
1354	Entrevistador: ¿Y la atención que le das es	
1355	distinta?	
1356	Luis: en cierta forma si...si vienen con	Sumisión 1356-1359
1357	gritaderas, debes ser más que el...no gritarle	
1358	también, si no serle duro y frontal para que baje	
1359	la guardia, porque tú debes darle a entender que	Rol 1359-1361
1360	estas aquí para ayudarlo, no para ser mandado	
1361	por él... porque no eres su esclavo...	
1362	Entrevistador: Entonces si el paciente tiene	
1363	una forma de ser distinta a la tuya, ¿lo tratas	
1364	distinto?	
1365	Luis: no vale...a ver cómo le explico...no es	Tolerancia 1365-1366

Cuadro 16 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1366	que deban ser como yo para tratarlos bien, es	Calma
1367	que deben tener una actitud relajada, a pesar de	1366-1368
1368	que se sientan mal, pero entender que tu estas	Rol 1368-1369
1369	allí para ayudarlo...pero si vienen con un	Malhumor 1369-1371
1370	humor “jodido” y quieren venir a tragarse a	
1371	uno, o tengas cosas que sean distintas a mi	
1372	forma de ser, uno debe darles un parado y	Imposición 1372-1374
1373	demostrarle que tienes cierta autoridad...y si no	
1374	se calma, no puedes hacer nada por él.	
1375	Entrevistador: ¿De qué religión eres?	
1376	Luis: yo de ninguna...a mí me bautizaron en la	Prácticas religiosas
1377	iglesia, cuando era chiquito, pero no soy	1376-1378
1378	religioso.	
1379	Entrevistador: Pero ¿crees en la iglesia	
1380	católica entonces?	
1381	Luis: sí, creo en Dios, y a veces le rezo	Creencias religiosas 1381
1382	Entrevistador: ¿Y si te llega un paciente con	
1383	una religión distinta, que trato le das?	
1384	Luis: les doy el mismo trato, no importa de qué	Igualdad 1384-1385
1385	religión sea.	
1386	Entrevistador: ¿Entonces puedes socializar	
1387	con todo tipo de paciente?	
1388	Luis: claro, como le dije, siempre y cuando el	Receptividad 1388-1390
1389	paciente sea receptivo, yo soy muy abierto con	
1390	el...y nos llevamos bien.	
1391	Entrevistador: ¿Y si el paciente no es	
1392	receptivo?	
1393	Luis: si el paciente no es receptivo y cerrado	Rechazo 1393-1395
1394	por cualquier razón, se lo paso a otro	
1395	compañero o me hago el loco y cambio de	
1396	paciente...así de sencillo...no me doy mala	Despreocupación 1395-1397
1397	vida...y bueno siempre y cuando el profesor no	
1398	se empeñe en asignarme un paciente.	
1399	Entrevistador: ¿Y si el profesor te asigna un	
1400	paciente, y según tu criterio, no es receptivo,	
1401	como haces?	
1402	Luis: tengo que calármelo con toda la	Resignación 1402-1404
1403	“arrechera” del mundo y bueno... veo que hago	
1404	para trabajar con ese paciente.	

Cuadro 16 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1405	Entrevistador: ¿Has tenido un caso así?	
1406	Luis: si, varios. Una vez una profesora de	Experiencias1406-1410
1407	Terapéutica me asigno un paciente y el tipo era	
1408	no joda, de lo peor... no le gustaba hablar, no le	
1409	gustaba que lo palparan, no le gustaba un	
1410	coño...de paso los familiares eran fastidiosos,	Familiares difíciles 1410-1414
1411	que para que le haces eso, que eso ya se lo	
1412	hicieron, que si esto, que si lo otro...que	
1413	cuidado, y “no joda” no dejaban	
1414	trabajar...bueno, poco a poco hice el caso	
1415	clínico, pero allí lo saque y bueno... ahora le	Recomendaciones al profesor 1415-1417
1416	recomendamos al profesor, que nos de la	
1417	patología mas no el paciente....así tu escoges al	
1418	paciente y se te hace más fácil...pero hay	Didáctica 1418-1421
1419	profesores que como que saben con quién uno	
1420	va a pasar roncha para estudiar y te dan ese	
1421	paciente.	
1422	Entrevistador: ¿Cuándo hay familiares con el	
1423	paciente, consideras que eso ayuda al paciente	
1424	en su recuperación?	
1425	Luis: si, si lo ayuda mucho, el paciente	Compañía 1425-1427
1426	acompañado es más receptivo y rápido en	
1427	recuperarse. Pero el que está solo, sin	Soledad 1427-1430
1428	familiares ni nadie, ese tarda tiempo y uno debe	
1429	estar muy pendiente de él, porque son pacientes	
1430	que tienden a empeorarse por la soledad...	
1431	Entrevistador: ¿Y la empatía entre el médico	
1432	y el paciente es importante?	
1433	Luis: sumamente importante, si entre el	Relación médico-paciente 1433-1436
1435	paciente y el médico hay confianza y una buena	
1436	relación, todo sale bien.	

Fuente: Palencia (2018)

Cuadro 17

Categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 4 (Percepción de Luis)

CATEGORÍA	SUB-CATEGORÍA	CITA TEXTUAL
Vocación	Rendimiento académico	“yo entré a medicina porque cuando estaba en bachillerato y tenía que inscribirme en el OPSU, tenía buen promedio, y me daba para estudiar cualquier carrera, y dije, bueno vamos a estudiar la mejor”
	Influencia del grupo social	“y varios de mis amigos del liceo y los profesores me decían que estudiara medicina”
	Influencia familiar	“mi familia también me decía que la estudiara porque hacía falta un médico en la casa”
	Meta	“por eso quiero ser médico, para ayudar a mi familia”
Currículo	Contenido	“solo dibujar a lápiz...más nada” “era sobre las cosas que tiene una comunidad”
	Asignaciones	“que la profesora mando un trabajo sobre eso.” “Si la profe dijo que podíamos sacarla de internet, siempre y cuando encontráramos todo”
	Estudio de la comunidad	“bueno la cantidad de habitantes, si tenían un ambulatorio, servicios públicos, escuelas”
	Ausencia de trabajo de campo	“una que conseguimos por internet...el Tíbet”
	Evaluación	“la profe dijo que si se podía y así lo profe lo corrigió.”
	Recomendaciones al profesor	“ahora le recomendamos al profesor, que nos de la patología mas no el paciente”
Proceso de enseñanza y aprendizaje	Aprendizaje Continuo	“pero uno ha tenido que aprenderlo mientras avanza en la carrera.”
	Didáctica	“hay profesores que como que saben con quién uno va a pasar roncha para estudiar y te dan ese paciente”

Cuadro 17 (cont)

Ejercicio de la profesión medica	Conocimiento del paciente	“uno debe hacerle un interrogatorio al paciente, sobre sus antecedentes familiares, su modo de vida, su alimentación, su trabajo, de que religión es” “pero si debo saber de su vida para llegar a un diagnostico”
	Interrogatorio Médico	“si viene con un dolor, preguntarle desde cuando lo tiene, la intensidad, donde lo tiene y esas cosas”
	Interrogatorio al familiar	“si viene en shock, no le puedes preguntar a él, tienes que preguntarle al familiar, y allí el familiar a veces no sabe mucho del por qué el paciente esta así”
	Atención	“esta vaina es para gente que no puede pagar una clínica”
	Ética	“porque esta es una carrera que no debe ver eso en los pacientes”
	Igualdad	“aquí todos deben ser atendidos igual,” “les doy el mismo trato, no importa de qué religión sea”
	Rol del medico	“aquí es uno quien los atiende a ellos, no ellos a uno” “porque tú debes darle a entender que estas aquí para ayudarlo, no para ser mandado por él... porque no eres su esclavo” “tu estas allí para ayudarlo”
	Relación médico-paciente	“si entre el paciente y el médico hay confianza y una buena relación, todo sale bien.”
Habilidades	Inferencia	“así uno más o menos se hace una idea de cómo es el paciente” “la gente de Gañango es como más altanera, “peleona” y siempre anda como formando “peo” para que lo atiendan....pero la gente del centro es más tranquila, calmada, espera su turno y normalita...no anda con gritos ni nada... hasta es mejor vestida”
	Precisión	“debes ser muy preciso en diagnosticarlo”
	Escudriñamiento	“porque si está muy enfermo o le duele mucho, es de muy poco hablar y debes “no joda” averiguar que te quiere decir”

Cuadro 17 (cont)

Percepción	Visual	“a veces con solo ver al paciente uno se da cuenta de que es otro” “con solo verlo tiene una disnea”
	Auditiva	“la forma de hablar te ayuda a diagnosticar al paciente su problema”
Concepción y elementos de la cultura	Religión	“La religión no importa mucho”
	Noción de la cultura	“es todo lo que hace una persona, su modo de vivir” “así mismo es, por su cultura y su forma de ser”
	Prácticas religiosas	“dígame esos evangélicos cuando están hospitalizados en la hora de la visita que le llegan todos a rezar, hacen que el paciente se anime y hasta se siente mejor” “a mí me bautizaron en la iglesia, cuando era chiquito, pero no soy religioso”
	Fe	“no sé si es por la fe, pero creo que eso los ayuda mucho”
	Superstición	“la gente cree mucho en brujería y esas cosas y cuando vienen muriéndose dicen que le echaron una vaina y que eso lo está matando, entonces si se muere, no dicen que es porque la enfermedad era mortal, sino porque la brujería era muy grande y lo mató” “ah pero no es culpa de nadie ni de su irresponsabilidad, fue culpa de la brujería “echá”. ”
	Vestimenta	“el cómo se viste, eso no importa” “la gente de Gañango hasta en chancletas se viene... y ropa rota y sucia”
	Creencias religiosas	“sí, creo en Dios, y a veces le rezo”
	Economía	“los años que repetí, es porque tenía que trabajar y pare durante dos años...pero ahora que mi hermano mayor se fue del país y nos está ayudando mucho en la casa, volví a estudiar y espero sacar la carrera”

Cuadro 17 (cont)

Enfermedad	Síntomas	“Por ejemplo, si llega con una tos con flema que no se le quita, y fiebre y se siente que no puede respirar, y con solo verlo tiene una disnea”
	Motivo de consulta	“la razón por la que el paciente llega a la consulta, lo primero que se le pregunta al paciente, el por qué vino a verse con uno”
	Causas	“pero uno debe saber todo sobre lo que hace, a lo mejor allí está la causa de su enfermedad” “si te dice ah yo trabajo en una fábrica de pinturas, allí sabes que puede estar la razón de su neumonía, porque los químicos le hacen daño, y a lo mejor tuvo una gripe, no se le curó y siguió trabajando...y en el trabajo con esos químicos, eso le produjo una neumonía...entonces ese trabajo le afecto”
	Signos de diagnóstico	“si habla bien, el paciente está consciente, pero si dice palabras que no tienen sentido, el paciente puede estar “desvariando” y allí puede estar pasando algo grave”
	Diagnóstico médico	“debes ver los síntomas que presenta el paciente y relacionarlos con lo que poco que te puede decir el familiar”
Ciencia	Postura Científica	“a lo mejor esa persona tenía tiempo enfermo y no había ido al hospital, y cuando llega ya estaba “jodío” y no se pudo hacer nada”
	Anatomía	“el cuerpo humano es igual para todos sin importar la religión de las personas”
Cualidades	Empatía	“ellos vienen del mismo barrio que yo”
	Humildad	“no es porque tenga título, ni nada de eso, es porque son respetuosos y no se la dan de echones.”
	Valores	“eso no te lo da el título, ni los riales que tengas en un banco...eso es de la persona, de como quiera ser, de cómo sea educada y trate a los demás... de lo que le enseñan en la casa y todo lo que ha aprendido la persona en la vida”

Cuadro 17 (cont)

Actitud	Prepotencia	“es más importante para él, porque él es él enfermo y que necesita de mí”
	Arrogancia	“cuando tienen plata, se la echan de que son más importantes y quiere que los atiendas rápido y se la dan de una gran vaina” “si no que esos pacientes quieren dársela más que los demás y no es así”
	Cordialidad	“los que no tienen plata son como más relajados, más tranquilos, y hasta más amables”
	Trato	“yo a esos que se la echan de que tienen plata los trato más seco, mientras que a los que son pobres, soy muy amable con ellos” “entonces el que se quiera ser más que otro, debe hacérsele saber que no es así, y le trato medio seco como para que se dé cuenta”
	Respeto	“bueno tampoco es que les gritas...ni los corres rápido,”
	Despreocupación	“Pero eso a mí no me importa de verdad” “o me hago el loco y cambio de paciente...así de sencillo...no me doy mala vida”
	Comodidad	“Y a veces hasta es sabroso hablar con ellos, enseñan cosas a uno y eso es bueno”
	Maltrato	“igual hay muchos que no han estudiado y que son pobres y también quieren venir a tratar a uno mal, porque uno es estudiante y no esta graduado”
	Sumisión	“vienen con gritaderas, debes ser más que el...no gritarle también, si no serle duro y frontal para que baje la guardia,”
	Tolerancia	“no es que deban ser como yo para tratarlos bien”
	Calma	“es que deben tener una actitud relajada, a pesar de que se sientan mal”
	Malhumor	“vienen con un humor “jodido” y quieren venir a tragarse a uno”

Cuadro 17 (cont)

Actitud	Imposición	“uno debe darles un parado y demostrarle que tienes cierta autoridad...y si no se calma, no puedes hacer nada por él”
	Receptividad	“siempre y cuando el paciente sea receptivo, yo soy muy abierto con el...y nos llevamos bien”
	Rechazo	“si el paciente no es receptivo y cerrado por cualquier razón, se lo paso a otro compañero”
	Resignación	“tengo que calármelo con toda la “arrechera” del mundo y bueno... veo que hago para trabajar con ese paciente”
	Consideración	“porque esa persona a lo mejor estudio de forma humilde y se superó”
	Preferencia	“ellos como que se dan cuenta porque te ven el cambio cuando estas atendiendo a otro con el que si te sientes cómodo.”
Vivencias	Experiencias	“Una vez una profesora de Terapéutica me asigno un paciente y el tipo era no joda, de lo peor... no le gustaba hablar, no le gustaba que lo palparan, no le gustaba un coño”
	Retraso en los estudios	“aunque perdí dos años por tener que trabajar...ya yo me hubiera graduado”
Contexto familiar del paciente	Familiares difíciles	“los familiares eran fastidiosos, que para que le haces eso, que eso ya se lo hicieron, que si esto, que si lo otro...que cuidado, y “no joda” no dejaban trabajar”
	Compañía	“el paciente acompañado es más receptivo y rápido en recuperarse.”
	Soledad	“el que está solo, sin familiares ni nadie, ese tarda tiempo y uno debe estar muy pendiente de él, porque son pacientes que tienden a empeorarse por la soledad”

Fuente: Palencia (2018)

Cuadro 18

Sub-categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 5 (Percepción de Iriana)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1437	Entrevistador: ¿Cuál fue tu motivación para	
1438	estudiar Medicina?	
1439	Iriana: ¿La motivación? De verdad profe,	Ausencia de interés 1439-
1440	nunca pasó por mi mente estudiar	1441
1441	medicina...pero mi papa siempre decía que sus	Influencia de los padres
1442	hijos tenían que ser médicos. El es médico y mi	1441-1443
1443	mama también	Antecedentes
1444	Entrevistador: ¿Qué especialidad tienen tus	profesionales familiares
1445	padres?	1442-1443
1446	Iriana: mi mama es Internista y mi papa es	Antecedentes
1447	Cardiólogo	profesionales familiares
1448	Entrevistador: ¿Tienes más familiares	1446-1447
1449	médicos?	
1450	Iriana: mi hermana es internista...y un primo	Antecedentes
1451	es Oncólogo	profesionales familiares
1452	Entrevistador: ¿Y que querías estudiar tú?	1450-1451
1453	Iriana: a mí me gustaba más la ingeniería, me	Orientación hacia otra área
1454	gusta mucho las matemáticas, la	1453-1455
1455	física...calculo...pero bueno, tampoco es que	Falta de vocación 1455-
1456	no me guste la medicina...pero como le dije,	1458
1457	no es lo que realmente siempre pensé que	
1458	estudiaría...pero no se crea...me he enamorado	Pasión por la carrera 1458-
1459	de la carrera...es muy hermosa...trabajas con	1460
1460	tanta gente que te hace amar la carrera cada día.	
1461	Entrevistador: Ya que trabajas con tanta	
1462	gente, ¿Qué es para ti la cultura?	
1463	Iriana: ¿la cultura?...uhmmm a ver... son	Noción de la Cultura
1464	todas las cosas que definen a las personas, su	1463-1467
1465	nacionalidad, sus prácticas, formas de vida,	
1466	como se relacionan con otros...todo lo que	Transmisión de la Cultura
1467	hacen cada día, y que se transmite de	1467-1468
1468	generación en generación.	
1469	Entrevistador: En tu carrera, ¿has cursado	
1470	algunas materias relacionadas con la Cultura?	
1471	Iriana: si profe. En primer año nos dan Arte y	Estructura del Pensum
1472	Cultura.	1471-1472
1473	Entrevistador: ¿Qué recuerdas de lo que	

Cuadro 18 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1474	aprendiste allí?	
1475	Iriana: a dibujar (entre risas)	
1476	Entrevistador: Entonces ¿cómo sabes lo que	
1477	es cultura?	
1478	Iriana: porque es algo que siempre se repite,	Aprendizaje por
1479	que uno lee, que escucha, que ve que es así	observación 1478-1479
1480	Entrevistador: ¿Cómo es eso que lo ves que es	
1481	así?	
1482	Iriana: bueno profe, uno ve como se porta la	Modo de Vida
1483	gente, como actúa, que hace, como vive, sus	1482-1486
1485	creencias, valores, las diferencias en las	
1486	comidas, todas esas cosas...mi abuela por	Transmisión de la cultura
1487	ejemplo, me enseñó a hacer arepas derechos,	1486-1490
1488	como se amasaba la masa, como cocinar, eso	
1489	me lo enseñó ella, que se lo enseñó su abuela, y	
1490	yo debo enseñarle eso a mis hijas,...entonces	Noción de la cultura 1490-
1491	cuando uno ve todo eso en las personas, uno	1492
1492	dice que eso es cultura	
1493	Entrevistador: ¿y eso no se lo explicaron en	
1494	las clases de Arte y Cultura?	
1495	Iriana: la primera clase solo nos dieron los	Contenido 1495-1500
1496	términos generales, sobre que era cultura, que	
1497	es al arte y esas cosas, pero eso fue solo en la	
1498	primera clase...el resto del año fue dibujar,	
1499	pintar, hacer un video...y ya...terminamos la	
1500	materia	
1501	Entrevistador: ¿Sobre qué era el video?	
1502	Iriana: sobre un problema que estuviera	Estudio de la realidad
1503	afectando en la juventud actual...nosotros	1502-1506
1504	hicimos sobre el bullying... otros lo hicieron	
1505	sobre el cuidado de las áreas verdes, unos sobre	
1506	el problema del transporte...y así pues	
1507	Entrevistador: y si era sobre una situación que	
1508	estuviera afectando a la juventud, ¿Por qué	
1509	algunos lo hicieron sobre las áreas verdes?	
1510	Iriana: es que esa profesora no explico	Falta de pedagogía
1511	bien...y a la final todo el mundo hizo lo que	1510-1513
1512	quiso y más le gustaba, ella igual le puso veinte	
1513	a todo el mundo.	

Cuadro 18 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1514	Entrevistador: y después de eso, ¿no tuviste	
1515	alguna otra materia donde pudiste saber sobre	
1516	la cultura de las personas?	
1517	Iriana: ah sí si...vimos otra...no recuerdo si	
1518	fue en segundo o tercero, en donde la profesora	Estudio de la comunidad 1518-1521
1519	nos mandó a que hiciéramos un trabajo sobre	
1520	las características de una comunidad y sus	
1521	formas de vida...creo que se llamaba salud y	
1522	sociedad...algo así.	
1523	Entrevistador: ¿Recuerdas cuál fue la	
1524	comunidad que estudiaron?	
1525	Iriana: Si, hablamos sobre la comunidad	Ausencia de trabajo de campo 1525-1526
1526	goajira, pero todo fue sacado en internet (entre	
1527	risas).	
1528	Entrevistador: ¿la profesora les permitió que	
1529	sacaran toda la información de Internet?	
1530	Iriana: si profe...todo el mundo comenzó a	Dedicación a otras asignaturas 1531-1534
1531	quejarse sobre eso, porque no teníamos tiempo	
1532	de ir a visitar una comunidad, estábamos en	
1533	finales de anatomía e histología como para	Flexibilidad en las asignaciones 1534-1536
1534	poder dedicarse a ir a la comunidad, y la profe	
1535	dijo que el que pudiera lo hiciera, y el que no	
1536	que lo sacara de internet.	
1537	Entrevistador: ¿y recuerdas si algún grupo	
1538	visitó a la comunidad?	
1539	Iriana: que va profe...todo el mundo hizo eso	
1540	sacado de internet...veinte para todos pues	
1541	Entrevistador: Entonces ¿no tuvieron la	
1542	oportunidad de visitar una comunidad y	
1542	estudiarla a fondo?	
1543	Iriana: profe aquí en esta carrera uno debe	Plan de estudios 1543- 1545
1544	ahorrar tiempo para dedicarse a materias más	
1545	fuertes...y mientras menos trabajo haga uno en	Desestimación de asignaturas 1545-1548
1546	las materias menos importantes mejor para	
1547	uno...así se dedica más a las que uno necesita	
1548	aprender bien	
1549	Entrevistador: ¿Y cuáles son esas materias	
1550	más importantes?	

Cuadro 18 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1551	Iriana: bueno...todas las materias son	Plan de estudios 1551-1552
1552	importantes...por algo uno las estudia...pero	
1553	hay que dedicarle más tiempo a anatomía,	
1554	fisiología, fisiopato, fármaco, las clínicas...y	Dedicación a otras asignaturas 1553-1555
1555	todas esas que forman a uno como médico	
1556	Entrevistador: ¿las materias restantes no te	Aprendizaje Continuo 1558-1560
1557	forman como médico?	
1558	Iriana: no es eso así tampoco, pero son cosas	Percepción Visual 1560-1561
1559	que uno aprende a diario mientras estudia,	
1560	mientras se relaciona con los pacientes, uno las	Momentos de aprendizaje 1562-1563
1561	observa y se da cuenta que es cada cosa...pero	
1562	por ejemplo anatomía, no la vas a estudiar a	Conocimiento científico 1563-1564
1563	diario con los pacientes...ya cuando atiendes al	
1564	paciente, debes saber todo sobre anatomía,	Apoyo en bibliografías 1566-1568
1565	porque no vas a atenderlo y decirle ya	
1566	va...déjeme que lea el Porrero y sepa dónde	Dedicación a otras asignaturas 1569-1570
1567	está su quinto espacio intercostal para auscultar	
1568	su corazón...por eso es que uno debe dedicar	Noción de cultura 1572-1574
1569	más tiempo a esas materias...lo demás se	
1570	aprende solito	Anatomía 1574-1575
1571	Entrevistador: ¿Qué es lo demás?	
1572	Iriana: cosas como esas, lo de la cultura y lo	Teratología 1575-1577
1573	distinto que puede ser cada paciente en su	
1574	aspecto cultural...porque en lo biológico o	Cirugía 1580-1583
1575	anatómico todos son iguales... a menos que	
1576	tenga una anomalía congénita o por alguna	
1577	causa sea distinto	
1578	Entrevistador: ¿Que causas pueden hacer	
1579	distinto a un paciente en su anatomía?	
1580	Iriana: que haya perdido un miembro por una	
1581	amputación, que tenga un solo riñón por	
1582	insuficiencia renal, que le extirparon la	
1583	apéndice...esas cosas	
1584	Entrevistador: Y con el contenido de las	
1585	materias de Arte y Cultura y la otra que	
1586	realizaron un trabajo sobre una comunidad ¿te	
1587	sientes capacitada para estudiar y analizar	
1588	diferencias culturales de los pacientes en la	
1589	realidad?	

Cuadro 18 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1590	Iriana: en la realidad no, porque nunca lo	Ausencia de trabajo de campo 1590-1594
1591	hicimos en una comunidad real....bueno...no	
1592	es que la que hicimos no exista, pero no la	
1593	visitamos, y todo lo sabíamos era por	
1594	internet...a lo mejor lo que decían era	Falta de Aprendizaje 1595-1597
1595	mentira...pero si es por esas materias, nunca	
1596	podríamos saber de las diferencias culturales de	
1597	nuestros pacientes...todo lo que yo sé, en mi	
1598	caso...es solo por lo que me ha tocado aprender	Aprendizaje por experiencias 1597-1599
1599	en el día a día aquí en este hospital.	
1600	Entrevistador: Entonces ¿tuviste la	Apreciación del docente 1604-1605
1601	oportunidad de estudiar casos vivenciales de	
1602	comunidades y su cultura?	
1603	Iriana: por esas materias nunca estudiamos	
1604	casos así...yo creo que esas profesoras eran	Falta de motivación del docente 1605-1607
1605	locas y amargadas...solo querían dar la materia	
1606	y ya...no importaba si nosotros aprendíamos o	
1607	no.	
1608	Entrevistador: ¿Tú querías aprender sobre	Motivación para el aprendizaje 1610-1611
1609	eso?	
1610	Iriana: bueno si profe...me hubiese gustado	
1611	saber un poco más...porque a la final uno	
1612	trabaja con pacientes en vivo y directo...no por	Pacientes reales 1611-1613
1613	internet...pero como nunca se dio porque las	
1614	profesoras no se preocuparon...todo quedó así,	Falta de motivación del docente 1613-1615
1615	sin saber mucho	
1616	Entrevistador: ¿Puedes distinguir a los	Lenguaje 1618-1622
1617	pacientes por su forma de hablar?	
1618	Iriana: claro, allí se ve que tipo de paciente es,	
1619	de donde viene, si es una persona educada o no,	
1620	si es un malandro...perdone por decirlo así...o	Crianza 1625-1627
1621	si es un hijito de papa y mama...eso se	
1622	distingue por su forma de hablar.	
1623	Entrevistador: ¿Cómo es eso de hijito de papa	
1624	y mama?	Crianza 1625-1627
1625	Iriana: que es un “sifrinito” que estuvo	
1626	siempre consentido por su papa y su mama y	
1627	que a lo mejor lo tuvo todo	
1628	Entrevistador: Entonces ¿Cómo distingues a	

Cuadro 18 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1629	un malandro de un hijito de papa y mama por	
1630	su forma de hablar?	
1631	Iriana: por ejemplo un malandro te llega con	Intimidación 1631-1632
1632	aquel aspecto que te da miedo (entre risas)...y	
1633	te dice bueno doctora, yo le traje al menor	Lenguaje 1633-1644
1634	porque ya no aguantaba ese dolor, y de pana	
1635	que se le ve que el menor como que si estuviera	
1636	pasando al más allá...revíselo ahí a ver qué es	
1637	lo que...(entre risas y con gestos	
1638	manuales)...en cambio el sifrinito te llega y te	
1639	dice...doctora vine porque ya mi mama me	
1640	tenía ladillado con eso de que anda a que te	
1641	revise un médico, y de verdad es fastidiosa,	
1642	esto me duele desde que fui a los café con unos	
1643	panas y me tomé dos tragos y...o sea...no	
1644	aguante ese dolor... el sifrinito es como más	
1645	relajado para hablar...	
1646	Entrevistador: ¿Hay diferencias entre esos dos	
1647	tipos de pacientes por su forma de vestir?	
1648	Iriana: uffff...del cielo a la tierra...el	Vestimenta
1649	malandro te llega con esa gorra clavada en la	1648-1656
1650	cabeza que no se le ven los ojos, aquellos	
1651	pantalones pegados que no sé cómo se lo	
1652	meten, unas camisas escandalosas de colores	
1653	fosforescentes...en cambio el sifrinito viene así	
1654	con unos jeans normalitos, una camisa under	
1655	armor, un termo contigo...y así pues...son	
1656	distintos	
1657	Entrevistador: ¿Y consideras que esas	
1658	diferencias que ves influyen en el modo de vida	
1659	de esos pacientes?	
1660	Iriana. Por supuesto profe...así como visten,	Modo de Vida 1660-1664
1661	así viven...su vida es distinta, lo que hacen, lo	
1662	que trabajan, sus familias son distintas...hasta	
1663	sus casas y lo que tienen en ella suelen ser	
1664	distintas	
1665	Entrevistador: ¿Eso influye en el proceso de	
1666	salud-enfermedad?	
1667	Iriana: si profe...y mucho sabe...porque de	Modo de vida 1667-1669

Cuadro 18 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1668	acuerdo a su estilo de vida son propensos a	Alimentación 1669-1677
1669	tener ciertas enfermedades...por ejemplo el que	
1670	trabaja todo el día, y a veces hasta la noche, a	
1671	veces no le da tiempo ni de comer...y en ese	
1672	día a día puede padecer de una gastritis...pero	
1673	si no trabajas, y te dan todo como a ese	
1674	sifrinito, y llegas a tu casa y solo te sirven la	
1675	comida...al tiempo que es... comes bien,	Consumo de Alcohol y tabaco 1677-1681
1676	merienda y demás...no estás tan propenso a	
1677	desarrollar una gastritis... o también...si tienes	
1678	hábitos de consumo, que forman parte de tu	
1679	estilo de vida, bebes mucho y fumas, no solo	
1680	cigarro, si no le metes a otras cosas...también	
1681	puedes generar ciertas enfermedades por eso...	
1682	Entrevistador: Por esas diferencias ¿le das	Igualdad 1684-1686
1683	tratos distintos a los pacientes?	
1684	Iriana: no profe...nunca...todos son iguales,	
1685	aquí no debería haber diferencias por esas	
1686	cosas... a lo mejor no es que sea un trato	
1687	distinto, si no más dedicación al paciente que	
1688	tiene unos hábitos de vida que pueden dañar su	Dedicación 1686-1691
1689	salud...hay que aconsejarlo más a que cambie	
1690	esos hábitos, ser como más duro con él para	
1691	poder hacerle entender los riesgos...obvio, si el	
1692	hábito es trabajar demasiado, esa persona debe	
1693	tener sus razones y no se las puedes	
1694	quitar...pero si recomendarle que trate de	Recomendaciones médicas 1694-1696
1695	comer a su hora...que deje la bebida y el	
1696	cigarrillo...cosas así...pero no trato distinto,	Igualdad 1696-1698
1697	que a uno lo tratas mal y a otro bien...no así	
1698	no..	Religión 1701-1705
1699	Entrevistador: Y en otro caso ¿las creencias y	
1700	religión de los pacientes influye en su salud?	
1701	Iriana: bueno, no es que por que sea	
1702	evangélico es más propenso a una	
1703	enfermedad....a la locura si (entre risas)...no	
1704	mentira...pero si influye en cosas como en	
1705	tratamientos y la relación entre el médico y él.	
1706	Entrevistador: ¿Cómo así?	

Cuadro 18 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1707	Iriana: por ejemplo a que si va aceptar el	Creencias religiosas 1708-1709
1708	tratamiento o no, como los evangélicos que no	
1709	aceptan transfusiones... o por ejemplo la mama	Creencias populares 1709-1712
1710	de un niño que hay que operarlo de una hernia	
1711	umbilical y ella dice que no, que con amarrarle	
1712	un botón en el ombligo se le quita... cosas así	
1713	pues.	
1714	Entrevistador: ¿Aquí solo vienen pacientes de	
1715	bajos ingresos económicos?	Economía 1716-1719
1716	Iriana: por lo general si profe...la gran	
1717	mayoría son de bajos recursos...una que otra	
1718	vez viene pacientes que uno ve que tienen	
1719	plata...pero es muy raro	
1720	Entrevistador: ¿Cómo te das cuenta que tienen	
1721	plata?	Economía 1722-1723
1722	Iriana: porque llegan en buenos carros, por la	
1723	ropa que traen puesta, por la forma en que se	Personalidad 1724-1725
1724	expresan que te das cuenta que son como	
1725	mojoneados...cosas así	
1726	Entrevistador: ¿Cómo es eso de mojoneados?	
1727	Iriana: bueno que se la quieren dar más que	Arrogancia 1727-1729
1728	los demás...y de paso quieren que lo atiendas	
1729	rápido...y no es así, aquí es por turno al que le	Igualdad 1729-1730
1730	toque...no importa quién sea...se atienden en	
1731	orden de llegada... a menos que sea una	
1732	urgencia pues	
1733	Entrevistador: Y sobre el nivel de estudios del	
1734	paciente ¿hay diferencias?	
1735	Iriana: si la hay...pero igual se tratan igualitos	Igualdad 1735-1736
1736	que a los que no estudian	
1737	Entrevistador: ¿Cómo ves tú esa diferencia?	
1738	Iriana: en su habla, usan un lenguaje más	
1739	culto, más estudiado...a veces saben términos	Instrucción 1738-1740
1740	médicos...los que no lo saben quedan así como	
1741	¿más o menos que dijo?...y uno tiene que ser	Ignorancia 1740-1741
1742	más...¿cómo se dice?...este... coloquial...y	
1743	hablar de forma que entiendan y no queden en	Adaptación 1741-1744
1744	el aire pues	
1745	Entrevistador: Entonces, ¿no hay diferencias	

Cuadro 18 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1746	de trato a los pacientes por sus diferencias	
1747	culturales?	
1748	Iriana: no profe...no deberá, el médico se debe	Deber del medico 1748-1750
1749	a cualquier paciente...sin importar raza,	
1750	religión, sexo ni nada...como le dije, es en la	
1751	forma de abordarlo e interrogarlos, en la forma	
1752	como se le explican las cosas y eso pues.	
1753	Entrevistador: ¿Y si viene de otro estado?	
1754	Iriana: se le trata mejor pues...así se lleva una	Atención médica 1754-1755
1755	buena impresión de los médicos de aquí (entre	
1756	risas)... bueno allí también es igual...venga de	Igualdad 1756-1757
1757	donde venga	
1758	Entrevistador: ¿Te das cuenta cuando un	
1759	paciente es de otro estado?	
1760	Iriana: sí...uno se da cuenta...si viene de	Dialecto 1760-1763
1761	Barquisimeto...todo es naguará...naguará...si	
1762	viene de Mérida...tiene un tono como	
1763	cantaíto...y cosas así...Además, en el	
1764	interrogatorio médico para la historia clínica se	
1765	le pregunta.	
1766	Entrevistador: ¿Y en que influye eso para	
1767	preguntárselo?	
1768	Iriana: primero forma parte de los datos	Región geográfica 1768-1771
1768	personales del paciente... y también porque sus	
1770	síntomas pueden ser endémicos...o sea propios	
1771	de la región donde viene...	
1772	Entrevistador: y con todos esos casos de	
1773	pacientes que relatas ¿a ti te ha resultado fácil	
1774	relacionarte con ellos a pesar de esas	
1775	diferencias?	
1776	Iriana: si profe, he podido abordarlos a	Falta de pedagogía 1777-1779
1777	todos...esas no son cosas que explican en	
1778	clases...de repente uno que otro profesor habla	Experiencias 1779-1780
1779	sobre eso...pero uno ha tenido que guapear,	
1780	como quien dice, con esos pacientes...buscar la	Adaptación 1780-1783
1781	manera de abordarlos, de que si piensan	
1782	distinto a uno, tratar de tener una empatía con	Diferencia entre los pacientes 1783-1786
1783	ellos...todo paciente es distinto, a pesar de que	
1784	tengan la misma enfermedad, sus creencias y	

Cuadro 18 (cont)

Percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Carabobo		
N Línea	Texto	Sub-categorías
1785	sus cosas personales...van a determinar el	
1786	curso de la enfermedad que padecen.	
1787	Entrevistador: ¿Cómo determina esas	
1788	diferencias el curso de la enfermedad?	
1789	Iriana: en lo receptivo que sean al tratamiento,	
1790	en la forma como se relacionan con uno, con	
1791	las enfermeras... hay pacientes amargados que	Melancolía 1791-1793
1792	siempre están con una dolencia, pero eso es por	
1793	esa actitud amargada ante su enfermedad...	
1794	otros son muy abiertos a todos y son como más	Animo 1794-1796
1795	esperanzados y eso los ayuda a curarse mucho	
1796	más rápido... cosas así pues.	
1797	Entrevistador: ¿Y la presencia de los	
1798	familiares influye en ese proceso?	
1799	Iriana: enormemente profe... paciente	Compañía 1799-1802
1800	acompañado de familiares y amigos que lo	
1801	acompañen o visiten... son más rápidos para	
1802	que su enfermedad sane... paciente solo y	Soledad 1802-1804
1803	abandonado, se queda aquí un buen tiempo y	
1804	en la mayoría de los casos muere... esa	Apoyo familiar
1805	presencia les da apoyo y animo en momentos	1804-1806
1806	así.	

Fuente: Palencia (2018)

Cuadro 19

Categorías de la Entrevista en Profundidad del Sujeto 5 (Percepción de Iriana)

CATEGORÍAS	SUB-CATEGORIAS	CITA TEXTUAL
Vocación	Ausencia de interés	“De verdad profe, nunca pasó por mi mente estudiar medicina”
	Influencia de los padres	“pero mi papa siempre decía que sus hijos tenían que ser médicos”
	Antecedentes profesionales familiares	“Él es médico y mi mama también” “mi mama es Internista y mi papa es Cardiólogo” “mi hermana es internista...y un primo es Oncólogo”
	Orientación hacia otras áreas	“a mí me gustaba más la ingeniería, me gusta mucho las matemáticas, la física...calculo”
	Pasión por la carrera	“me he enamorado de la carrera...es muy hermosa...trabajas con tanta gente que te hace amar la carrera cada día”
	Falta de vocación	“tampoco es que no me guste la medicina...pero como le dije, no es lo que realmente siempre pensé que estudiaría”
Percepción	Visual	“uno las observa y se da cuenta que es cada cosa”
Ciencia	Conocimiento científico	“ya cuando atiendes al paciente, debes saber todo sobre anatomía,”
	Anatomía	“en lo biológico o anatómico todos son iguales”
	Teratología	“a menos que tenga una anomalía congénita o por alguna causa sea distinto”
	Cirugía	“que haya perdido un miembro por una amputación, que tenga un solo riñón por insuficiencia renal, que le extirparon la apéndice”
Condiciones del paciente	Pacientes reales	“a la final uno trabaja con pacientes en vivo y directo”
	Diferencias entre los pacientes	“todo paciente es distinto, a pesar de que tengan la misma enfermedad, sus creencias y sus cosas personales...van a determinar el curso de la enfermedad que padecen”

Cuadro 19 (cont)

Currículo	Estructura del pensum	“En primer año nos dan Arte y Cultura”
	Contenido	“la primera clase solo nos dieron los términos generales, sobre que era cultura, que es al arte y esas cosas, pero eso fue solo en la primera clase...el resto del año fue dibujar, pintar, hacer un video...y ya...terminamos la materia”
	Estudio de la realidad	“un problema que estuviera afectando en la juventud actual...nosotros hicimos sobre el bullying... otros lo hicieron sobre el cuidado de las áreas verdes, unos sobre el problema del transporte”
	Estudio de la comunidad	“la profesora nos mandó a que hiciéramos un trabajo sobre las características de una comunidad y sus formas de vida”
	Ausencia de trabajo de campo	“hablamos sobre la comunidad goajira, pero todo fue sacado en internet” “porque nunca lo hicimos en una comunidad real....bueno...no es que la que hicimos no exista, pero no la visitamos, y todo lo sabíamos era por internet”
	Flexibilidad en las asignaciones	“la profe dijo que el que pudiera lo hiciera, y el que no que lo sacara de internet”
	Planificación del estudio	“en esta carrera uno debe ahorrar tiempo para dedicarse a materias más fuertes”
	Desestimación de asignaturas	“y mientras menos trabajo haga uno en las materias menos importantes mejor para uno...así se dedica más a las que uno necesita aprender bien”
	Dedicación a otras asignaturas	“hay que dedicarle más tiempo a anatomía, fisiología, fisiopato, fármaco, las clínicas...y todas esas que forman a uno como médico” “por eso es que uno debe dedicar más tiempo a esas materias” “porque no teníamos tiempo de ir a visitar una comunidad, estábamos en finales de anatomía e histología como para poder dedicarse a ir a la comunidad”

Cuadro 19 (cont)

Currículo	Plan de estudios	“bueno...todas las materias son importantes...por algo uno las estudia”
	Apoyo en bibliografías	“déjeme que lea el Porrero y sepa dónde está su quinto espacio intercostal para auscultar su corazón”
	Apreciación del docente	“yo creo que esas profesoras eran locas y amargadas”
	Falta de motivación del docente	“solo querían dar la materia y ya...no importaba si nosotros aprendíamos o no” “pero como nunca se dio porque las profesoras no se preocuparon...todo quedó así, sin saber mucho”
Proceso de enseñanza y aprendizaje	Motivación para el aprendizaje	“me hubiese gustado saber un poco más”
	Aprendizaje por observación	“es algo que siempre se repite, que uno lee, que escucha, que ve que es así”
	Aprendizaje continuo	“son cosas que uno aprende a diario mientras estudia, mientras se relaciona con los pacientes, uno las observa y se da cuenta que es cada cosa”
	Falta de aprendizaje	“si es por esas materias, nunca podríamos saber de las diferencias culturales de nuestros pacientes”
	Falta de pedagogía	“es que esa profesora no explico bien...y a la final todo el mundo hizo lo que quiso y más le gustaba, ella igual le puso veinte a todo el mundo” “esas no son cosas que explican en clases...de repente uno que otro profesor habla sobre eso”
Percepción	Visual	“uno las observa y se da cuenta que es cada cosa”
Desconocimiento	Ignorancia	“los que no lo saben quedan así como ¿más o menos que dijo”
Vivencias	Experiencias	“pero uno ha tenido que guapear, como quien dice, con esos pacientes”

Cuadro 19 (cont)

Concepción y elementos de la cultura	Modo de vida	“uno ve como se porta la gente, como actúa, que hace, como vive, sus creencias, valores, las diferencias en las comidas, todas esas cosas” “así como visten, así viven...su vida es distinta, lo que hacen, lo que trabajan, sus familias son distintas...hasta sus casas y lo que tienen en ella suelen ser distintas” “porque de acuerdo a su estilo de vida son propensos a tener ciertas enfermedades”
	Lenguaje	“allí se ve que tipo de paciente es, de donde viene, si es una persona educada o no, si es un malandro...perdone por decirlo así...o si es un hijito de papa y mama...eso se distingue por su forma de hablar” “y te dice bueno doctora, yo le traje al menor porque ya no aguantaba ese dolor, y de pana que se le ve que el menor como que si estuviera pasando al más allá...réviselo ahí a ver qué es lo que...(entre risas y con gestos manuales)...en cambio el sifrinito te llega y te dice...doctora vine porque ya mi mama me tenía ladillado con eso de que anda a que te revise un médico, y de verdad es fastidiosa, esto me duele desde que fui a los café con unos panas y me tomé dos tragos y...o sea...no aguante ese dolor”
	Crianza	“es un “sifrinito” que estuvo siempre consentido por su papa y su mama y que a lo mejor lo tuvo todo”
	Noción de la cultura	“son todas las cosas que definen a las personas, su nacionalidad, sus prácticas, formas de vida, como se relacionan con otros” “entonces cuando uno ve todo eso en las personas, uno dice que eso es cultura” “cosas como esas, lo de la cultura y lo distinto que puede ser cada paciente en su aspecto cultural”

Cuadro 19 (cont)

Concepción y elementos de la cultura	Vestimenta	“el malandro te llega con esa gorra clavada en la cabeza que no se le ven los ojos, aquellos pantalones pegados que no sé cómo se lo meten, unas camisas escandalosas de colores fosforescentes...en cambio el sifrito viene así con unos jeans normalitos, una camisa under armor, un termo contigo...y así pues...son distintos”
	Transmisión de la cultura	“todo lo que hacen cada día, y que se transmite de generación en generación” “mi abuela por ejemplo, me enseñó a hacer arepas derechitas, como se amasaba la masa, como cocinar, eso me lo enseñó ella, que se lo enseñó su abuela, y yo debo enseñarle eso a mis hijas”
	Alimentación	“el que trabaja todo el día, y a veces hasta la noche, a veces no le da tiempo ni de comer...y en ese día a día puede padecer de una gastritis...pero si no trabajas, y te dan todo como a ese sifrito, y llegas a tu casa y solo te sirven la comida...al tiempo que es... comes bien, merienda y demás...no estás tan propenso a desarrollar una gastritis”
	Consumo de alcohol y tabaco	“si tienes hábitos de consumo, que forman parte de tu estilo de vida, bebes mucho y fumas, no solo cigarro, si no le metes a otras cosas...también puedes generar ciertas enfermedades por eso”
	Religión	“no es que por que sea evangélico es más propenso a una enfermedad....pero si influye en cosas como en tratamientos y la relación entre el médico y él”
	Creencias religiosas	“a que si va aceptar el tratamiento o no, como los evangélicos que no aceptan transfusiones”
	Creencias populares	“ejemplo la mama de un niño que hay que operarlo de una hernia umbilical y ella dice que no, que con amarrarle un botón en el ombligo se le quita”

Cuadro 19 (cont)

Concepción y elementos de la cultura	Economía	“la gran mayoría son de bajos recursos...una que otra vez viene pacientes que uno ve que tienen plata” “porque llegan en buenos carros, por la ropa que traen puesta”
	Personalidad	“por la forma en que se expresan que te das cuenta que son como mojoneados”
	Instrucción	“en su habla, usan un lenguaje más culto, más estudiado...a veces saben términos médicos”
	Dialecto	“si viene de Barquisimeto...todo es nagueará...nagueará...si viene de Mérida...tiene un tono como cantaíto...y cosas así”
	Región geográfica	“también porque sus síntomas pueden ser endémicos...o sea propios de la región donde viene”
Ejercicio de la Profesión Médica	Igualdad	“todos son iguales, aquí no debería haber diferencias por esas cosas” “pero no trato distinto, que a uno lo tratas mal y a otro bien...no así no” “aquí es por turno al que le toque...no importa quién sea...se atienden en orden de llegada” “pero igual se tratan igualitos que a los que no estudian” “bueno allí también es igual...venga de donde venga”
	Recomendaciones medicas	“recomendarle que trate de comer a su hora...que deje la bebida y el cigarrillo...cosas así”
	Deber del medico	“el médico se debe a cualquier paciente...sin importar raza, religión, sexo ni nada”
	Atención	“se le trata mejor pues...así se lleva una buena impresión de los médicos de aquí”

Cuadro 19 (cont)

Actitud	Intimidación	“un malandro te llega con aquel aspecto que te da miedo”
	Dedicación	“no más dedicación al paciente que tiene unos hábitos de vida que pueden dañar su salud”
	Arrogancia	“bueno que se la quieren dar más que los demás...y de paso quieren que lo atiendas rápido”
Habilidades	Adaptación	“y uno tiene que ser más...¿cómo se dice?...este... coloquial...y hablar de forma que entiendan y no queden en el aire pues” “buscar la manera de abordarlos, de que si piensan distinto a uno, tratar de tener una empatía con ellos”
Emociones	Melancolía	“hay pacientes amargados que siempre están con una dolencia, pero eso es por esa actitud amargada ante su enfermedad”
	Animo	“otros son muy abiertos a todos y son como más esperanzados y eso los ayuda a curarse mucho más rápido”
Contexto familiar del paciente	Compañía	“paciente acompañado de familiares y amigos que lo acompañen o visiten... son más rápidos para que su enfermedad sane”
	Soledad	“paciente solo y abandonado, se queda aquí un buen tiempo y en la mayoría de los casos muere”
	Apoyo familiar	“esa presencia les da apoyo y animo en momentos así.”

Fuente: Palencia (2018)

Espiral Semántica

La utilización de una organización gráfica se refiere a una técnica de representación de los elementos que surgen como categorías y subcategorías en la descripción protocolar de los informantes, permitiendo que el lector pueda identificar las unidades percibidas del acto perceptivo de una forma clara y significativa para su interpretación, tal como expresaron Terán y Loaiza (2015) que esta técnica “se utiliza para percibir, asimilar, memorizar y proyectar una información, la cual exige un rol participativo del observador en la construcción del conocimiento” (p 21). En este mismo sentido, Campos (2005) los denominó mapas semánticos, expresando que “el mapa semántico tiene componente verbales y no verbales” (p.37). Para este caso, el organizador gráfico, que se denominó espiral semántica, solo contiene componentes verbales.

Igualmente, cabe destacar que su forma de espiral se basa en las creencias de la antigua cultura de los celtas, relacionándose con la vida y que “transmite la idea de crecimiento, evolución y expansión; desde el ADN de los genes humanos hasta un gran número de vegetales y animales crecen y se desarrollan en una serie de patrones relacionados directamente con la espiral” (Caballero, 1981; p. 78); tomándose como referencia a la cultura como base de la existencia del ser y por ende de la humanidad. Por otro lado, se emplean en su elaboración, los colores verde, azul y violeta, que, de acuerdo a la simbología y psicología del color, el verde representa la naturaleza, la humanidad y el crecimiento de las cosas, el azul se asocia con la personalidad, la inteligencia y lo infinito, así como la inmortalidad; y el violeta representa la limpieza y la salud, utilizado por los griegos en la medicina. (Caballero, 1981).

En base a lo anterior, se hace uso de dichos elementos de forma y colores para representar a la cultura como lo trascendental que identifica al individuo, la conexión del hombre con la naturaleza, el desarrollo de su personalidad e inteligencia y su deseo de gozar de buena salud.

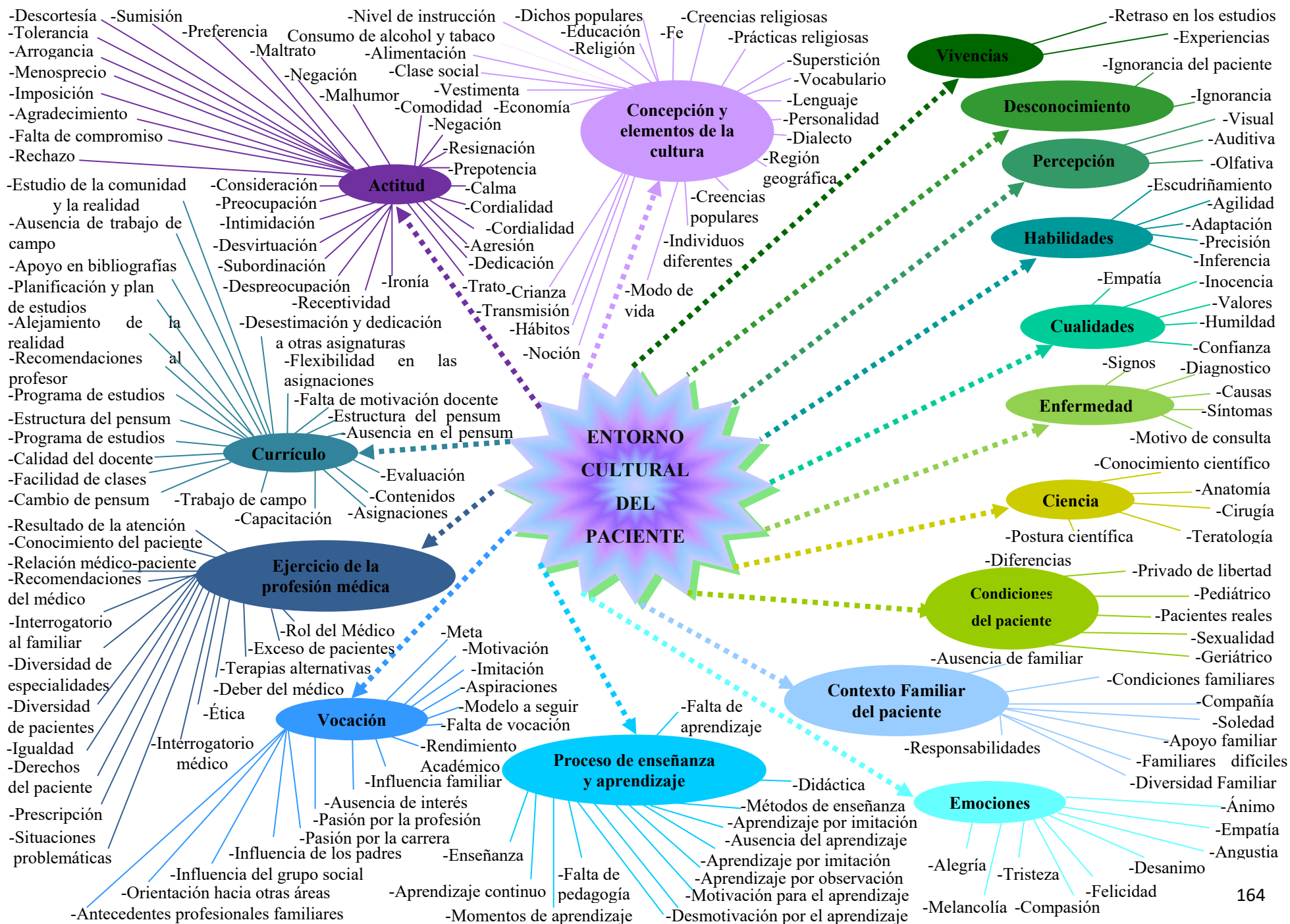


Gráfico 2 Espiral Semántica. Fuente: Palencia, 2018

Triangulación

En esta fase una vez finalizado el proceso de categorización o estructuración, así como su representación gráfica a través de la red o espiga semántica, se procede a la técnica de triangulación o la ejecución de la contrastación, al respecto uno de los autores que mayor interés ha prestado la triangulación es Denzin (1970) el cual señala que: “Es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos o métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular” (p.297). Por su parte Bisquerra (1996) señala que la triangulación: “permite reconocer y analizar datos desde distinto ángulos para compararlos y contrastarlo entre sí” (p.264). En el caso de esta investigación se aplicará una triangulación de datos o sujetos que estaría conformada por 5 informantes claves, la triangulación de datos “implica el uso de diversas fuentes de datos en el mismo estudio”. Denzin (1976).

Esta técnica será procesada a través de un cuadro por cada categoría que emergió de las subcategorías durante la fase de estructuración o lo que es igual, durante el proceso de categorización, en él se encontrará la categoría con los sujetos o informantes claves, así como las citas textuales donde se evidencia o sustenta la categoría y/o las sub categorías misma que emergieron, además de la consideraciones emergentes; que son una interpretación breve del investigador sin fijar postura alguna solo partiendo del discurso mismo de los informantes plasmada en las citas textuales, los cuadros son presentados en forma horizontal para una visión clara del proceso de triangulación, enmarcado con el título del trabajo, tal como fueron presentados dichos modelos en la técnica de procesamiento de información.

Cuadro 20

Triangulación de la Entrevista en profundidad de los Informantes Claves

PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO					
Categorías	Sujeto 1 Freddy	Sujeto 2 Alejandra	Sujeto 3 Merisa	Sujeto 4 Luis	Sujeto 5 Iriana
Percepción	“yo creo que es solo con ver al paciente ya tú sabes cómo abordarlo”, “el rostro del niño cambia, se ve feliz”	“Pero a veces pasa que uno distingue a los pacientes por la forma que se viste”		“a veces con solo ver al paciente uno se da cuenta de que es otro”, “con solo verlo tiene una disnea”	“uno las observa y se da cuenta que es cada cosa”
Vivencias	“cuando estaba más grande, a los 13 años, tuvimos un accidente en el carro. A mí se me fracturó el fémur y tuvieron que intervenir varias veces”	“te echa cuentos de su abuelo, de que si su compadre tuvo una vez la misma enfermedad y se murió”, “hasta ahora he podido tener una buena relación, a que todos queden satisfechos”	“me ha ido bien, hasta ahora no he tenido problemas con ningún paciente”	“Una vez una profesora de Terapéutica me asigno un paciente y el tipo era “no joda”, de lo peor... no le gustaba hablar, no le gustaba que lo palparan, no le gustaba un “coño”	“pero uno ha tenido que guapear, como quien dice, con esos pacientes”
Consideraciones Emergentes					

En la categoría **percepción**, los informantes expresan que utilizan el sentido de la visión, denominado **percepción visual**, para identificar a sus pacientes; al solo verlo ya determinan como abordarlo, distinguiéndolos por su forma de vestir, diferenciándolo de otros pacientes y observando sus síntomas para diagnosticar posibles enfermedades. También, observan el cambio de estado de sus pacientes, cuando llegan a visitarlos en la hospitalización, cambiando las facies del paciente, pasando a un estado de bienestar, expresado como felicidad.

Respecto a la categoría **Vivencias**, los informantes expresan sus **experiencias** propias, vividas en sus relaciones con los pacientes; así como las experiencias personales que despertaron su interés en estudiar la carrera de medicina y las experiencias relatadas por los pacientes en los interrogatorios médicos. En las experiencias de sus relaciones con los pacientes, expresan que unas han sido buenas, satisfactorias, como también les han asignado pacientes difíciles, que no son receptivos a las acciones del estudiante.

Cuadro 20 (cont)

PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO					
Categorías	Sujeto 1 Freddy	Sujeto 2 Alejandra	Sujeto 3 Merisa	Sujeto 4 Luis	Sujeto 5 Iriana
	“uno le pregunta al paciente el lugar de procedencia, y si uno conoce la zona o ha escuchado algo sobre la zona, uno más o menos puede saber qué tipo de paciente es”	“si un paciente viene de una zona rural...que se yo...El Baul por ejemplo...pero del Baul pa dentro... el paciente habla, actúa y se ve de forma muy distinta al paciente por ejemplo que viene de San Carlos”	“la gente de aquí mismo cerca es más como malasangre...pero la gente que viene de afuera son más amables”	“así uno más o menos se hace una idea de cómo es el paciente”	
Habilidades	“si usted viene de la zona norte como Prebo, usted se verá más calmado, relajado, y habla normalito....pero si viene de allá de plaza de toros, andará apurado, cansado y quiere que lo atiendan rápido, se queja de todo”	“el paciente del Baul es más...como le digo...más campesinito...sin ofenderlo...o sea no sabe mucho de enfermedades...para él es el campo y el monte” “el de San Carlos, se limita más a responder solo lo que le preguntas y es más...así como cerrado”		“la gente de Gañango es como más altanera, “peleona” y siempre anda como formando “peo” para que lo atiendan....pero la gente del centro es más tranquila, calmada, espera su turno y normalita...no anda con gritos ni nada... hasta es mejor vestida”	
Consideraciones Emergentes					

En la categoría **Habilidades**, surge la **inferencia**, en donde los informantes expresan que emplean dicha habilidad para la deducción de características del paciente, tales como su lugar de procedencia en donde el informante infiere el tipo de paciente cuando procede de una localidad conocida por él, así como realizar comparaciones entre las características de los pacientes por su localidad. Igualmente, infiere en las aptitudes de los pacientes, expresando en que un paciente proveniente de una zona rural, o campesino, no tiene conocimiento de enfermedades, porque para ese paciente es solo el campo; argumentando también esperar recibir un trato más amable de localidades alejadas, a diferencia de un trato “malasangre” de los pacientes que habitan en la localidad cercana. Esta habilidad, le permite al informante poder establecer más o menos una idea de cómo es el paciente que va a atender.

Cuadro 20 (cont)

PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO					
Categorías	Sujeto 1 Freddy	Sujeto 2 Alejandra	Sujeto 3 Merisa	Sujeto 4 Luis	Sujeto 5 Iriana
Vocación	“uno desde chiquito, como todos los niños siempre juega a lo que le gustaría ser cuando sea grande”	“Siempre me gustó, desde chiquita, eso era lo que siempre decía a todos en mi casa...yo quiero ser doctora de los niños....y no había nada que me sacara eso de la cabeza”	“Desde siempre fue mi sueño, siempre me ha gustado estar ayudando a alguien que necesita de ayuda”		
	“Mi papa es médico, por eso él siempre quiso que nosotros estudiáramos medicina”, “a lo mejor algo en mi mente se quedó grabado de esa orden”		“Mi mamá siempre me decía que yo sería una gran doctora...ella es enfermera...y desde allí siempre dije que yo iba a ser doctora”		“pero mi papa siempre decía que sus hijos tenían que ser médicos”
	“mi papa es Nefrólogo, profesor también de aquí de la universidad, y tengo varios familiares médicos”	“mi tío es médico internista”			“Él es médico y mi mama también”, “mi mama es Internista y mi papa es Cardiólogo”, “mi hermana es internista y un primo es Oncólogo”
Consideraciones Emergentes					
La Vocación como categoría, fue expresada por los informantes claves como aspiraciones, ya que desde chiquito jugaba a lo que le gustaría ser cuando sea grande, era lo que siempre decían desde pequeños que querían ser doctora, al igual que era su sueño, porque siempre le gustaba ayudar a los que necesitaran de su ayuda, por lo tanto, aspiraban desde pequeños ser médicos. Igualmente, la influencia de los padres hacia escoger la carrera de medicina, se ve determinada porque su padre, siendo médico, siempre quiso que estudiara esa carrera, y tal como expresa, a lo mejor en su mente quedó grabada esa orden de su papa, ya que su padre decía que sus hijos tenían que ser médicos también, aumentando la vocación del informante al decirle siempre que sería una gran doctora, lo que le llevo a escoger dicha carrera. A su vez, los antecedentes profesionales familiares los impulsaron a escoger la carrera de medicina, porque tienen padres con las especialidades de nefrología, internista y cardiólogo, así como también hermanos con la misma profesión de internista y primo oncólogo.					

Cuadro 20 (cont)

PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO						
Categorías	Sujeto 1 Freddy	Sujeto 2 Alejandra	Sujeto 3 Merisa	Sujeto 4 Luis	Sujeto 5 Iriana	
	“en primer año vimos Arte y cultura, y otras que se llama Salud y Sociedad”	“en primer año vi Arte y cultura”	“vi Arte y Cultura en primer año”		“En primer año nos dan Arte y Cultura”	
Currículo	“la profesora de Arte nos explicó algunos términos y conceptos sobre cultura”, “allí vimos la relación de la enfermedad con la cultura”, “un video haciendo algo como prevención o cosas así relacionadas con la salud o sucesos relevantes que pasaran”	“lo más que hicimos fue dibujar, visitar museos, hacer videos, nos mandaron a ver una película...cosas así”, “En esa materia si vimos algo más relacionado con la cultura,”, “pero eso no lo aprende uno en clases, no hay una materia específica que te enseñe todo eso”	“esa materia fue puro pintar, dibujar, hablar de música, ver película y más nada”, “en esa materia la profe medio hablaba sobre esas cosas, que cada paciente tenía una cultura distinta, que hay que saber sobre eso”	“solo dibujar a lápiz, más nada”, “era sobre las cosas que tiene una comunidad”	“la primera clase solo nos dieron los términos generales, sobre que era cultura, que es al arte y esas cosas, pero eso fue solo en la primera clase, el resto del año fue dibujar, pintar, hacer un video, y ya terminamos la materia”	
	“era como hacer un estudio de todo lo que hay en una comunidad, lo positivo y lo negativo, con lo que cuenta y lo que le hace falta...había que tener un registro fotográfico de la comunidad y esas cosas”	“le hicimos una pregunta de cómo era su modo de vida, la cantidad de personas que vivían allí,”, “era más que todo para estudiar las condiciones de vivienda, de que si había alguna enfermedad presente”, “era más que todo para saber cómo vive la gente y que problemas de salud tienen.”		“bueno la cantidad de habitantes, si tenían un ambulatorio, servicios públicos, escuelas”	“la profesora nos mandó a que hiciéramos un trabajo sobre las características de una comunidad y sus formas de vida”	

Cuadro 20 (cont)

Currículo	“Nada que ver, la profesora dijo que se podía hacer investigando por internet la comunidad y hasta las fotos de la comunidad las sacamos de allí”, “ni visitamos alguna comunidad, todo lo buscamos por la internet y así la profesora aceptaba ese trabajo final.”	“una que conseguimos por internet...el Tíbet”	“hablamos sobre la comunidad goajira, pero todo fue sacado en internet”, “porque nunca lo hicimos en una comunidad real, bueno no es que la que hicimos no exista, pero no la visitamos, y todo lo sabíamos era por internet”
------------------	---	---	---

Consideraciones Emergentes

En cuanto al **Currículo**, los informantes manifestaron que en la **estructura del pensum** de su carrera solo en el primer año de la carrera cursaron asignaturas relacionadas con la cultura y la sociedad, siendo estas asignaturas Arte y Cultura y Salud y sociedad las asignaturas que corresponden con el componente.

Los **contenidos** en dichas las materias cursadas corresponden a términos relacionados con la cultura y la relación de esta con la enfermedad, dibujo, pintura, visitas a museos, la música, hacer videos relacionados con temas de prevención relacionadas con aspectos de salud; cabe destacar que los contenidos relacionados con la cultura y su relación con la enfermedad solo fueron impartidos durante la primera calase, y los demás contenidos sobre pintura y dibujo fueron impartidos durante el resto del año hasta el término de la asignatura. Así mismo, un informante expresó que hay contenidos relacionados con el trato y la forma de abordar al paciente no se aprende en estas clases, que no hay materia específica que les enseñe eso.

Por otro lado, con respecto al contenido relacionado con la cultura y la sociedad en el paciente, expresaron que tuvieron la oportunidad de realizar un **estudio de la comunidad**, en el que registraban lo positivo y lo negativo, con lo que cuenta y lo que le hace falta dentro de la comunidad, cómo era su modo de vida, la cantidad de personas que vivían allí, las condiciones de vivienda, si presentan alguna problemática de salud, con qué servicios contaba tales como escuelas y ambulatorios, es decir, todas las características de la comunidad y todas sus formas de vida.

Por lo tanto, estos informantes igualmente manifestaron que dicho contenido y estudio se realizó con una **ausencia de trabajo de campo**, ya que la profesora les permitió que el estudio de la comunidad lo hicieran tomados de datos de internet, no visitaron ninguna comunidad real, todo lo hicieron sacado de la internet, estudiando comunidades inaccesibles para los estudiantes, como por ejemplo, la comunidad El Tíbet, comunidad asiática en Nepal; y, aunque un informante expresó que trabajo con la comunidad goajira, igualmente toda la información fue recabada de la internet.

Cuadro 20 (cont)

PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO						
Categorías	Sujeto 1 Freddy	Sujeto 2 Alejandra	Sujeto 3 Merisa	Sujeto 4 Luis	Sujeto 5 Iriana	
Proceso de enseñanza y aprendizaje	“eso se da a medida que uno estudia que va aprendiendo poco a poco,”	“eso ha sido poco a poco, y aun me queda mucho que aprender de ellos”, “eso lo aprende uno cada día con sus pacientes”	“he tenido que aprender poco a poco...a medida que uno va atendiendo a los pacientes...”	“pero uno ha tenido que aprenderlo mientras avanza en la carrera.”	“son cosas que uno aprende a diario mientras estudia, mientras se relaciona con los pacientes, uno las observa y se da cuenta que es cada cosa”	
		“Lo que nos dijo fue que viéramos una película que tratase sobre nuestra carrera y atención de pacientes y la analizáramos”	“hay que cambiar más la forma de darlas para que así uno se anime a verlas y le guste...tenga una buena experiencia con ellas... de lo contrario...no darlas”, “o no me las han dado bien como le dije”	“hay profesores que como que saben con quién uno va a pasar roncha para estudiar y te dan ese paciente”		
Consideraciones Emergentes						

El **Proceso de enseñanza y aprendizaje** es expresado por los informantes en el sentido de que manifiestan **un aprendizaje continuo**, que se va dando a medida que avanzan en la carrera, aprendiendo poco a poco, día adía en sus relaciones con los pacientes, teniendo aún mucho por aprender de sus pacientes a medida que los van atendiendo, un aprendizaje que se da mediante la observación y relación con cada uno de ellos.

Por otra parte, la **didáctica** es manifestada por medio de las formas en las que les fueron impartidos los conocimientos, haciendo uso de recursos didácticos como películas en las que analizaron el contenido de dicho recurso y su relación con la carrera; igualmente reflejaron que hay que cambiar la didáctica o forma de dar las clases, para sentirse animados y les guste la asignatura, de manera tal que tengan una buena experiencia en ellas, o de lo contrario no dar dichas asignaturas, porque no se las han dado bien. En el mismo sentido, se pone de manifiesto que existen profesores los cuales asignan pacientes difíciles, con los que los estudiantes “pasen roncha” para lograr un aprendizaje con ese paciente.

Cuadro 20 (cont)

PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO

Categorías	Sujeto 1 Freddy	Sujeto 2 Alejandra	Sujeto 3 Merisa	Sujeto 4 Luis	Sujeto 5 Iriana
	“uno a veces ve a unos profesores que son muy secos con las pacientes que son amigables, otros profesores son muy amigables con todos”		“uno si ve que los profesores si los tratan distintos, con cada uno actúan diferente”	“que tienen plata los trato más seco, mientras que a los que son pobres, soy muy amable con ellos”, “le trato medio seco como para que se dé cuenta”	
Actitud	“ya uno se despreocupa un poco porque sabe que tomando sus medicamentos, la mejoría vendrá enseguida”	“hasta ni le importa si está enfermo o no, o sea, como que no le para a su vida”		“Pero eso a mí no me importa de verdad”, “o me hago el loco y cambio de paciente, no me doy mala vida”	
	“entonces aun no puede echármela de médico y tal”, “miran al paciente así como con el rabo del ojo, que se creen superiores por ser el doctor y tal”			“cuando tienen plata, se la echan de que son más importantes y quiere que los atiendas rápido y se la dan de una gran vaina”, “si no que esos pacientes quieren dársela más que los demás y no es así”	“bueno que se la quieren dar más que los demás...y de paso quieren que lo atiendas rápido”

Consideraciones Emergentes

La categoría **Actitud** fue expresada por los informantes desde tres contextos diferentes: como estudiante, por parte del profesor o medico docente y por el paciente. La **despreocupación** del estudiante se manifiesta cuando cambias a otro paciente sin importarle, ya que no se siente cómodo con él. El paciente se despreocupa de su estado de salud porque no le importa si está enfermo o no, es como si no le parara a su vida; mientras que el médico (cuando el estudiante se visualiza como médico) se despreocupa un poco por el paciente ya que con sus medicamentos vendrá la mejoría enseguida.

En cuanto a la **arrogancia**, desde el contexto del médico y profesor docente, miran al paciente con “el rabo del ojo”, creyéndose superiores a los pacientes solo por el hecho de ser los doctores, y es allí donde el estudiante expresa que aún no puede hacer eso, ya que aún no se la puede echar de médico; mientras que el paciente demuestra una actitud arrogante al quererse dar más que los demás, echándosela que son más importantes y queriendo recibir una atención rápida por encima de los demás pacientes.

Igualmente, el **trato** se presenta en la actitud que tienen los profesores y médicos, un trato seco, a los pacientes que son amables y otros son amigables con todos los pacientes. El informante expresa que trata muy seco a los pacientes que tiene una buena posición económica o tienen plata, y a los que están en condición de pobreza los trata de forma amable, al igual que dando un trato seco a los que no son receptivos con la finalidad que el paciente se dé cuenta de la situación.

Cuadro 20 (cont)

PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO					
Categorías	Sujeto 1 Freddy	Sujeto 2 Alejandra	Sujeto 3 Merisa	Sujeto 4 Luis	Sujeto 5 Iriana
	“el solo hecho de sentirse acompañado... en esos momentos ayuda mucho.”		“es lo más importante, que el paciente no se sienta solo, que siempre este con alguien que lo acompañe”	“el paciente acompañado es más receptivo y rápido en recuperarse.”	“paciente acompañado de familiares y amigos que lo acompañen o visiten, son más rápidos para que su enfermedad sane”
Contexto familiar del paciente	“el acompañamiento y el apoyo familiar y de amigos ayuda en el proceso de recuperación”	“el hecho de que su familiar este allí con el paciente, eso fortalece su ánimo y el paciente cuando está acompañado de alguien, se le nota la diferencia”			“esa presencia les da apoyo y animo en momentos así.”
Consideraciones Emergentes					
Respecto a la categoría Contexto familiar del paciente , los informantes expresaron en diversos contextos que la compañía del familiar para el paciente es de gran importancia ya que el hecho de sentirse acompañados ayuda mucho al paciente, que lo más importante para él es que no se sienta solo, que siempre este con alguien que lo acompañe, ya que por esa compañía de familiares y amigos que lo visiten son más rápidos en su recuperación					
De la misma forma, el apoyo familiar lo ayuda en todo su proceso de recuperación, ya que le fortalece el ánimo, lo que permite que se le note la diferencia al paciente de su estado, porque es lo que necesita en momentos así, cuando están en condición de pacientes.					

Cuadro 20 (cont)

PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO					
Categorías	Sujeto 1 Freddy	Sujeto 2 Alejandra	Sujeto 3 Merisa	Sujeto 4 Luis	Sujeto 5 Iriana
Ejercicio de la profesión médica	“si no como el médico que atiende a los pacientes”	“un trato distinto, pero siempre manteniendo la conducta como médico tratante”, “el médico debe estar pendiente del paciente, de su mejoría, de su evolución, de todo”		“aquí es uno quien los atiende a ellos, no ellos a uno”, “porque tú debes darle a entender que estas aquí para ayudarlo, no para ser mandado por él”, “tu estas allí para ayudarlo”	
	“en la historia médica hay preguntas sobre eso, sobre sus hábitos, su modo de vida, tipo de vivienda”	“el interrogatorio cuando va a una consulta, eso orienta hacia la enfermedad que está padeciendo, y ayuda a un tratamiento y prevención importantísimo”		“si viene con un dolor, preguntarle desde cuando lo tiene, la intensidad, donde lo tiene y esa cosas”	
	“nada que ver...paciente es paciente...todos se atienden, o deberían atender igual”, “nada que ver...yo a todos los trato igual”	“todos son iguales, todos deben ser atendidos de la misma manera.”, “yo no los clasifico por sus diferencias, a todos les doy la atención que buscan”, “todos deben ser tratados por igual sin importar de donde venga y quien sea”	“yo les doy el mismo trato por igual, no tengo preferencias sobre eso”, “pero cuando están en un hospital...y más si es público, no hay diferencia”, “eso no significa que se deba dar mejor trato a ese paciente que al que no puede”, “el trato debe ser igual para todos”	“aquí todos deben ser atendidos igual”, “les doy el mismo trato, no importa de qué religión sea”	“todos son iguales, aquí no debería haber diferencias por esas cosas”, “que a uno lo tratas mal y a otro bien, no así no”, “aquí es por turno al que le toque, no importa quién sea”, “pero igual se tratan igualitos que a los que no estudian”

Cuadro 20 (cont)

Ejercicio de la profesión médica	“esa relación y empatía que uno siente con el paciente, la forma como ellos se relacionan, eso es satisfactorio para todos”	“si no hay buena relación entre el médico y el paciente...no se está haciendo nada.”	“con todo eso debe lidiar un médico y saber llevar al paciente”, “debe ser porque ya los conocen y han aprendido tanto que le dan esa indiferencia como para ni relacionarse mucho”	“si entre el paciente y el médico hay confianza y una buena relación, todo sale bien.”
		“Hay que saber cómo vive el paciente, que come, donde trabaja, hasta que hace en sus tiempos libres”	“Todo eso se le pregunta el paciente, a que se dedica, que trabaja, como come, donde y en que trabaja, no se debe dejar de preguntar esas cosas.”	“uno debe preguntarle al paciente, sobre sus antecedentes familiares, su modo de vida, su alimentación, su trabajo, de que religión es”, “pero si debo saber de su vida para llegar a un diagnostico”
			“vino porque le dijeron que la atención de aquí era muy buena”, “porque si vienen de afuera, y son amables, uno los atiende muy bien y así ellos se llevan una buena impresión”, “es que la gente de aquí mismo siempre va a venir para acá, mientras que si son de afuera, uno trata de que se lleven una buena impresión.”	“esta vaina es para gente que no puede pagar una clínica” “se le trata mejor pues...así se lleva una buena impresión de los médicos de aquí”

Cuadro 20 (cont)

Consideraciones Emergentes

La categoría **Ejercicio de la profesión médica** surge en diversos contextos dentro de los informantes. Primeramente, los informantes expresan que tienen establecido el **rol del médico** que es quien atiende a los pacientes, manteniendo siempre la conducta del médico tratante al estar pendiente de la mejoría y evolución del paciente, dándole a entender al paciente que es el médico quien está allí para ayudarlo.

El **interrogatorio médico** dentro del ejercicio de la profesión, consiste en las preguntas que el médico tratante les realiza a sus pacientes para conocer sus hábitos de vida, el tipo de vivienda; si viene con un dolor preguntarle desde cuando lo está padeciendo y con qué intensidad, todo lo que puede orientar al médico a saber el padecimiento del paciente; orientándolo al tratamiento y prevención de las enfermedades.

Igualmente, este interrogatorio le permite al médico un **conocimiento del paciente** porque puede saber qué hace el paciente, en que trabaja, los que hace en sus ratos libres, sus antecedentes familiares, alimentación y demás cosas, logrando llegar a un diagnóstico del paciente.

Por otro lado, la **igualdad** dentro del ejercicio de la profesión, es referida por los informantes en la que a todos los pacientes se les atiende por igual, pacientes es paciente, sin distinciones. Un informante expresó que a todos los considera igual, a pesar de sus diferencias, les ofrece la atención que buscan sin importan de donde vengan. Por otro lado, se manifiesta que se deben atender con igualdad, más porque el hospital es público, lo que prioriza que la atención debe ser igual para todos, sin importar que el paciente tenga o no tenga dinero, o que simplemente no pueda asistir a un hospital o clínica privada; de la misma manera, no debe haber desigualdad en cuanto a la religión del paciente, se les debe atender sin ninguna distinción de su nivel de estudios, entre otras cosas; así como también se debe considerar el turno para el paciente, es decir se atiende por turno al que le toque, sin diferencias por ningún aspecto.

En cuanto a la **atención**, se manifiesta que los pacientes asisten a la consulta en los centros hospitalarios porque le dijeron que la atención de era muy buena, y más si los pacientes vienen de afuera, y al ser amables, se les atiende muy bien para que así ellos se llevan una buena impresión, ya que la gente de la localidad cercana siempre va a asistir a dichos centros, mientras que si son de afuera, se les trata mejor paraqué de que se lleven esa buena impresión de los médicos; sin embargo dentro de este aspecto, un informante expresó que la atención en esos hospitales es solo para aquellas personas que no pueden pagar una atención privada o una clínica.

Por último, se denota que en el ejercicio de la profesión, la **relación médico-paciente** debe ser empática, ya que dicha relación es satisfactoria para todos, porque si no existe una buena relación entre ellos, no se está haciendo nada; que a pesar de las diferencias entre los pacientes, con todo eso debe lidiar el médico y saber llevarlos, ya que si entre el paciente y el médico hay confianza y una buena relación, todo sale bien; aunque existen médicos que no consideran esa relación, bien sea porque ya conocen muy bien los pacientes y han aprendido tanto de ellos que le dan esa indiferencia como para ni relacionarse mucho.

Cuadro 20 (cont)

PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO					
Categorías	Sujeto 1 Freddy	Sujeto 2 Alejandra	Sujeto 3 Merisa	Sujeto 4 Luis	Sujeto 5 Iriana
	“es todo lo que hacemos ¿no? Eso es lo que siempre dicen o contesta la gente cuando le hacen esa pregunta”, “la cultura es las acciones, gestos, prácticas y todo lo que representa al hombre”, “Todas esas cosas que identifican al hombre y lo hacen ser y actuar como es.”	“es todo lo que identifica al ser humano, sus costumbres, practicas, creencias, religión, como se relaciona con los demás...lo que crea, lo que estudia”	“es todo lo que representa al hombre, sus costumbres, creencias, prácticas, su forma de vivir, sus estudios, lo que hace con sus manos, el arte, la música que algunos hacen”	“es todo lo que hace una persona, su modo de vivir”, “así mismo es, por su cultura y su forma de ser”	“su nacionalidad, sus prácticas, formas de vida, como se relacionan con otros”, “entonces cuando uno ve todo eso en las personas, uno dice que eso es cultura”, “cosas como esas, lo de la cultura y lo distinto que puede ser cada paciente en su aspecto cultural”
Concepción y elementos de la cultura	“también son esas cosas que pueden pasarse entre las gentes, familia, amigos, allegados y todo lo que nos rodea” “la forma de cocinar, de vestir, de comportarse.”, “si con el modo de vida se refiere a sus hábitos de alimentación, vicios, trabajo y esas cosas...eso claro que se debe considerar para atender al paciente.”	“y que es transmitido de generación en generación” “como los hábitos alimenticios, las creencias de las personas, el lugar donde vive, la socialización de las personas y esas cosas.”, “el modo de vida, considero yo, yo lo considero como lo más importante			“todo lo que hacen cada día, y que se transmite de generación en generación”, “eso me lo enseñó ella, que se lo enseñó su abuela, y yo debo enseñarle eso a mis hijas” “uno ve como se porta la gente, como actúa, que hace, como vive, sus creencias, valores, las diferencias en las comidas, todas esas cosas”, “así como visten, así viven...su vida es distinta, lo que hacen, lo que trabajan, sus familias son distintas”, “porque de acuerdo a su estilo de vida son propensos a tener ciertas enfermedades”

Cuadro 20 (cont)

Concepción y elementos de la cultura	“el caso de los testigos de Jehová...ellos son muy cerrados en cuanto a diversos tratamientos médicos,” “diferentes religiones, santeros, de todo”	“si un paciente no acepta sangre por su religión, eso choca con el médico y no se puede dar un tratamiento efectivo”	“el médico debe saber que religión tiene el paciente para saber qué hacer”	“La religión no importa mucho”	“no es que por que sea evangélico es más propenso a una enfermedad....pero si influye en cosas como en tratamientos y la relación entre el médico y él”
	“En los casos de enfermedades digestivas, es muy importante considerar su tipo de alimentación, si consume las tres comidas diarias”	“de los hábitos alimenticios te dice que desayuna avena con un sándwich...se mete 2 arepas de maíz “pelao” y un tarro de guarapo”			“a veces no le da tiempo ni de comer...y en ese día a día puede padecer de una gastritis...pero si no trabajas, y llegas a tu casa y solo te sirven la comida, comes bien, merienda y demás...”
	“sus familiares los traen en unos “carrazos” y aquellas “camionetas” que tú dices...este como que se equivocó de dirección”, “el que tiene plata si puede cubrirlo, y eso puede no afectarle mucho, pero el que no puede cubrirlo, que solo gana para medio comer...”, “no puede comprar las medicinas para su tratamiento y no mejora”, “uno le da un récipe con cinco medicamentos y enseguida su familiar sale y llega con los cinco medicamentos”	“si el paciente tiene plata puede pagar los medicamentos, así sí, porque si le cuesta pagar medicamentos, o hacerse exámenes, eso va a acelerar el proceso de recuperación o hacerlo más lento.”, “si los puede comprar o conseguir, eso ayuda mucho”	“cada paciente tiene diferentes posibilidades económicas”, “a lo mejor un paciente tiene más posibilidades de pagar medicamentos o tratamientos”, “ni siquiera debería ser así en una clínica privada, el que está en una consulta privada es porque puede pagar esa consulta”	“los años que repetí, es porque tenía que trabajar y pare durante dos años...pero ahora que mi hermano mayor se fue del país y nos está ayudando mucho en la casa, volví a estudiar y espero sacar la carrera”	“la gran mayoría son de bajos recursos...una que otra vez viene pacientes que uno ve que tienen plata”, “porque llegan en buenos carros, por la ropa que traen puesta”

Cuadro 20 (cont)

Concepción y elementos de la cultura	“De Puerto Cabello, Guacara, Bejuma, Miranda, Yaracuy, San Carlos, y de muchos estados cercanos”, “aquí el servicio de hospitalización en medicina interna está lleno de gente de todos lados”, “aquí se ve de todo, maracuchos, gochos, colombianos”	“aquí una vez atendí una señora que venía de Mérida, no era que había nacido allá y se vino a vivir aquí... vive en Mérida”	“también porque sus síntomas pueden ser endémicos...o sea propios de la región donde viene”
	“cada paciente siempre es distinto, habla distinto y hasta la forma como dice los síntomas es distinto”, “Pero otros, por ejemplo campesinos, ellos te dicen me duele la barriga, me duele la cabeza, o sea te dan nombres más comunes.”	“esa señora hablaba bonito”, “pero si pasa mucho con pacientes que hablan raro...bueno no raro...sino que usan palabras que uno a veces no entiende...entonces uno debe preguntarle a que se refiere y que te expliquen.”, “si es un viejito, habla cosas que solo los viejitos entienden”	“si es un malandro...perdone por decirlo así...o si es un hijito de papa y mama...eso se distingue por su forma de hablar”, “y te dice bueno doctora, yo le traje al menor.., y de pana que se le ve que el menor como que si estuviera pasando al más allá...revíselo ahí a ver qué es lo que, en cambio el sifrito te llega y te dice...doctora vine porque ya mi mama me tenía ladillado con eso de que anda a que te revise un médico, y de verdad es fastidiosa, esto me duele desde que fui a los café con unos panas y me tomé dos tragos y...o sea...no aguante ese dolor”
	“hay unos que llegan y se sientan contigo a hablar y hablar de cualquier cosa, son más “charleros”, otros solo llegan y no dicen nada y tú tienes que sacarle las palabras con una cuchara.”	“la mayoría no se pone a echarte cuentos sobre todo lo que hace y no hace”	“por la forma en que se expresan que te das cuenta que son como mojoneados”
		“ni dicen nada, son muy callados”, “uno son retraídos, casi ni se sienten, otros son muy extrovertidos y andan siempre como un bochinche”	

Cuadro 20 (cont)

Concepción y elementos de la cultura	“en eso casos, cuando el paciente tiene una creencia religiosa muy fuerte, eso pasa, se dificulta el trabajo.”	“lo que crea el paciente sobre una religión va a ser importante en el tratamiento”, “a veces rechazan algún tratamiento o hasta una operación y dicen que José Gregorio Hernández los va a salvar y que por eso no es necesario operarse...cosas así profe... y dígame los santeros, que montan hasta un altar al lado de su camilla para que el santo y que los proteja de la muerte”	“sí, creo en Dios, y a veces le rezo”	“a que si va aceptar el tratamiento o no, como los evangélicos que no aceptan transfusiones”
	“llegan hasta desnudos, si les toca salir de emergencia al hospital nadie está pendiente si se pone un vestido o un “partó” para venir al hospital de emergencia.” “Otros vienen mejor vestidos, más que todos cuando vienen a un chequeo, ya están más tranquilos, y hasta se visten más.”	“el cómo se viste, eso no importa”, “la gente de Gañango hasta en chancletas se viene... y ropa rota y sucia”	“el malandro te llega con esa gorra clavada en la cabeza que no se le ven los ojos, aquellos pantalones pegados que no sé cómo se lo meten, unas camisetas escandalosas de colores fosforescentes...en cambio el sifrineto viene así con unos jeans normalitos, una camisa under armor, un termo contigo...y así pues...son distintos”	

Cuadro 20 (cont)

Consideraciones Emergentes

En la categoría **Concepción y elementos de la cultura**, los informantes expresaron que la **noción de la cultura son** las acciones, gestos, prácticas y todo lo que representa al hombre, lo que lo identifica como hombre y lo hace actuar como es; sus costumbres, practicas, creencias, religión, como se relaciona con los demás, lo que el hombre crea y lo que estudia. También manifestaron que la cultura representa su forma de vivir, lo que hace con sus manos, el arte, la música que algunos hacen, su nacionalidad y todo lo que conforma su modo de vivir; siendo todas esas representaciones que uno ve en las personas, puede afirmarse que eso es cultura y a partir de allí se observa lo distinto que puede ser cada paciente en ese aspecto.

De la misma manera, se pone de manifiesto en los informantes que la **transmisión de la cultura** se da por medio de todas esas cosas que pueden pasarse entre las gentes, familia, amigos, allegados y todo lo que rodea al ser que es transmitido de generación en generación, como en el caso de aprender un oficio donde la madre enseña a su hija, la informante expresa que eso me lo enseñó ella, que a su madre se lo enseñó su abuela, y ella debe enseñarles a sus hijas.

En este mismo sentido, entre los elementos de la cultura, el **modo de vida** se manifiesta como sus hábitos de alimentación, vicios, trabajo, las creencias de las personas, el lugar donde vive, la socialización de las personas, cómo vive el paciente, sus creencias, valores, las diferencias en las comidas y todos esos aspectos considerados como lo más importante del paciente porque de acuerdo a su estilo de vida son propensos a tener ciertas enfermedades.

Para la **religión**, uno de los informantes manifestó que el médico debe saber que religión tiene el paciente para saber qué hacer, por ejemplo, en el caso de los Testigos de Jehová se determinó que ellos son muy cerrados en cuanto a diversos tratamientos médicos, evidenciándose que si un paciente no acepta sangre por su religión, eso influye en la relación con el médico y no se puede dar un tratamiento efectivo. Contradictoriamente, se expresó que a pesar de que existen muchos pacientes pertenecientes a diferentes religiones, santeros, entre otros, la religión no importa mucho, ya que por el hecho de que si el paciente es evangélico no será más propenso a una enfermedad, solo que si influye en cosas como en tratamientos y la relación entre el médico y él, pero no es porque debe ser de una religión determinada.

A la par, las **creencias religiosas** fueron expresadas, en ciertos casos, como una dificultad para el trabajo del médico, ya que si el paciente tiene una creencia muy fuerte o arraigada, eso influenciará en la relación entre el médico y el paciente; porque el paciente puede rechazar tratamientos por esas creencias, y tal es su creencia arraigada que no se someten a intervenciones quirúrgicas por fe en dichas creencias, o en el caso de los santeros, que montan hasta un altar al lado de su cama de hospitalización para ser protegidos en sus creencias. Por lo tanto, el paciente y su creencia religiosa determinará si acepta o no el tratamiento médico. También se evidenció en el aspecto personal de los informantes al expresar que si creen en Dios y le rezan.

En el aspecto de la **alimentación**, para algunos informantes es muy importante considerar el tipo de alimentación del paciente, si consume las tres comidas diarias para determinar algún tipo de enfermedades digestivas; así como los hábitos alimenticios promovidos por el trabajo porque al paciente a veces no le da tiempo ni de comer y en ese día a día puede padecer de una gastritis, o si no trabaja, y llega a su casa y solo le sirven la comida, come bien, merienda y demás, no es propenso a desarrollar enfermedades digestivas, en este caso una gastritis. Igualmente, se manifestó que consideran los hábitos de la alimentación de los pacientes al indagar eso en ellos.

Cuadro 20 (cont)

Consideraciones Emergentes

La **economía** se establece como los bienes materiales que poseen el paciente y/o sus familiares, a lo cual el mismo participante considera que no están ubicados en la atención pública, infiriéndose que, por dichos bienes, el paciente debe dirigirse a un centro de salud privado. Igualmente, se vislumbra la economía por el sentido en el que el paciente puede adquirir sus medicamentos, porque su situación económica se lo permite, mientras que existen pacientes que no puede cubrirlo, porque sus ingresos solo cubren la alimentación, y al no poder comprar las medicinas para su tratamiento no mejora, o en el caso también que el médico le prescribe los medicamentos y enseguida recibe por parte de su familiar dichos medicamentos. Entonces se ratifica que cada paciente tiene diferentes posibilidades económicas, por lo que cada paciente tiene más posibilidades de pagar medicamentos o tratamientos que otros, y tal razón no es motivo para recibir un trato distinto cuando el paciente posee un nivel económico elevado, indistintamente sea en una clínica privada o un hospital público, aunque la mayoría de los pacientes que asisten a estos centros de salud son de bajos recurso y no es tan recurrente que asistan pacientes que posean mayores recursos económicos. Por otro lado, la economía también tiene una marcada influencia en el informante, ya que declara que su retraso en los estudios fue por tal motivo, ya que sus años perdidos en la carrera fue debido a cubrir asuntos económicos, y en esta oportunidad pudo retomar sus estudios debido a que percibe ayuda económica de familiares desde el exterior.

Otro elemento de la cultura en el discurso de los informantes es el **lenguaje**. Los informantes declaran que cada paciente siempre es distinto por su habla, habla distinto y hasta la forma como dice los síntomas es distinto; otros pacientes se distinguen por el nivel de lenguaje que poseen como por ejemplo los campesinos, ya que ellos utilizan términos como me duele la barriga, me duele la cabeza, o sea, expresan nombres más comunes. En el caso de una informante en particular, ella expresa que el lenguaje determinado de las personas de la tercera edad es característico de ellos, dejando explícito que la paciente es una señora que hablaba bonito, pero aun así si pasa mucho con pacientes que hablan raro, o usando palabras que a veces no entiende, a lo que ella debe preguntarle a que se refiere y que le expliquen, porque si es un viejito, habla cosas que solo los viejitos entienden. Lo mismo sucede con pacientes de menos edad, y con una crianza distinta, ya que, si es un malandro, o si es un hijito de papa y mama se logran distinguir por su forma de hablar, por las expresiones que usan ambos.

La **región geográfica** se presenta en el sentido de que, al centro hospitalario de salud, asisten muchos pacientes de Puerto Cabello, Guacara, Bejuma, Miranda, Yaracuy, San Carlos, y de muchos estados cercanos, por lo que se denota que el servicio de hospitalización en medicina interna está con pacientes de diversas zonas. Al igual que la localidad geográfica se observa en el gentilicio de los pacientes ya que allí se ve la atención a varios pacientes que tienen diversos gentilicios como maracuchos, gochos y colombianos. Y esto no se da solo porque los pacientes al ser nativos de una región geográfica distinta, radican su residencia en las cercanías, ya que una informante expresó que una vez atendió a una señora que venía de Mérida, no era que había nacido allá y se vino a vivir a la localidad, la señora tiene su residencia fijada y es nativa de Mérida. Además, la región geográfica se considera relevante para el estudiante de medicina porque debe determinar si los síntomas de enfermedad del paciente pueden ser endémicos, o sea propios de la región donde viene.

Cuadro 20 (cont)

Consideraciones Emergentes

Para la **personalidad**, se manifiestan dos tipos de personalidad en los pacientes: personalidad extrovertida y personalidad introvertida. La personalidad extrovertida se denota cuando los pacientes son abiertos a hablar con el médico, no solo sobre su estado de salud, si no de cualquier cosa y llegan a la consulta y se siente su presencia, por la algarabía que manifiestan.; mientras que existen pacientes más retraídos, que no son prestos a conversar, y el médico y/o estudiante debe escudriñar mucho en el paciente a fin de establecer un diagnóstico, tal como si le sacar las palabras de la boca con una cuchara. Por otra parte, se expresa la personalidad del paciente como un paciente “mojoneado”, que en el vulgo se conoce así a una persona que es arrogante en su personalidad por querer dar la impresión de que pertenece a una clase social privilegiada.

Finalmente, la **vestimenta** del paciente se encuentra de manifiesto por los informantes. Ellos expresan que no suele importarle al paciente la forma como se viste para llegar al hospital, ya que, si les toca por situación de emergencia, no reparan en la forma de vestir para recibir atención médica. Sin embargo, expresan que se preocupan más por la forma de vestir cuando van a una segunda consulta, están más atentos a la forma como se visten quizá porque es una consulta preventiva, y no en la situación de emergencia anterior. Otro informante expresa que la vestimenta no es relevante en el paciente para poder atenderlo, porque hay pacientes que se presentan en la consulta con una vestimenta sucia y/o rota. Así mismo, se visualiza la diferencia de vestimentas entre los pacientes que pertenecen a distintas clases sociales o que tuvieron una crianza distinta; aquel paciente que se crio bajo condiciones sociales extremas, presenta una vestimenta llamativa, mientras que el paciente criado bajo condiciones económicas más favorables, prefiere usar ropa de marca.

Fuente: Palencia, 2018

QUINTO MOMENTO

DIÁNOIA DEL ACTO PERCEPTIVO

Se presenta un estudio hermenéutico generado de la disertación del contenido derivado de los informantes o dianoia lo que representará la exegesis del acto perceptivo o contenidos propios de las vivencias y experiencias de los sujetos desde su realidad. Es así como la dianoia constituye un razonamiento discursivo en donde se interpretará el fenómeno tal cual como se presenta, plasmado en las categorías emergentes que surgieron del proceso de categorización y triangulación de la propia descripción protocolar.

Percepción

La percepción, según Carterette y Friedman (1982) se define como “el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto” (p 16). Por lo tanto, es una parte esencial de la conciencia que constituye la realidad como es experimentada y que dicha función depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico. La percepción, de acuerdo a Bruner y cols. (1958) citados por Moya, (1999), comprende fundamentalmente dos procesos: primero, la remodificación o selección del enorme caudal de datos que nos llegan del exterior, reduciendo su complejidad y facilitando su almacenamiento y recuperación en la memoria, segundo, un intento de ir más allá de la información obtenida, con el fin de predecir acontecimientos futuros y de ese modo, evitar o reducir la sorpresa.

Tomando en consideración la percepción como el resultado de un procesamiento de los estímulos provenientes del exterior, para luego ser procesados por la conciencia y grabar una información almacenada a fin de que se puedan predecir las características del entorno, surge como categoría en los informantes por medio de los estímulos sensoriales que son captados por los receptores biológicos. Dentro de los diferentes tipos de percepción, existe la **percepción visual**, la cual se define como “la capacidad para interpretar la información que la luz del espectro visible hace llegar al ojo, dando como resultado una interpretación que da el cerebro sobre la información captada por el receptor” (Quijano, 2001; p 3).

Esto indica, en el caso de los informantes que utilizan el sentido de la visión para caracterizar al paciente, ya que con solo “*ver al paciente ya tú sabes cómo abordarlo*”, logrando predecir el comportamiento del paciente y así poder establecer la forma de cómo se relacionará con el paciente, bien sea por sus características físicas o por la impresión que conciba el estudiante de la actitud del paciente. Igualmente, el estudiante puede determinar, por medio de la visión los signos característicos de una enfermedad, porque “*con solo verlo tiene una disnea*”, al igual que determina los cambios en las condiciones del paciente, tal como su mejoría o estado de ánimo, porque “*el rostro del niño cambia, se ve feliz*”.

Es así, que se deja en evidencia que el principal órgano sensorial que utiliza el médico en su trabajo es el ojo, ya que la percepción visual le permite de entrada, conocer a sus pacientes, identificarlos y caracterizarlos para poder determinar la forma de abordaje hacia ellos; así como poder considerar los cambios, tanto favorables como desfavorables en el proceso de salud y enfermedad.

Vivencias

En el ámbito de la psicología, se entiende que las vivencias “son aquellas *experiencias* que marcan la personalidad del individuo.” (Hernández 2010; p 4). Es por esto que las situaciones y entornos vividos en distintos momentos por el

individuo, actividades, comunicaciones y relaciones, pueden generar vivencias que moldearán la personalidad en el sujeto. Al respecto, Vitgosky (1996), planteó que:

“la vivencia constituye la unidad de la personalidad y del entorno tal como figura en el desarrollo (...) debe ser entendida como la relación interior del... [individuo] como ser humano, con uno u otro momento de la realidad (...) la vivencia posee una orientación biosocial. Es algo intermedio entre la personalidad y el medio (...) revela lo que significa el momento dado del medio para la personalidad” (citado por Hernández, 2010; p 67).

En cuanto a lo anterior, las **experiencias** configuran la relación y el significado de una situación en un determinado momento y como va a influir en el individuo para su desarrollo. En este caso, en el discurso de los informantes se denota que situaciones vividas por los sujetos moldearán las condiciones a futuro, “*cuando estaba más grande, a los 13 años, tuvimos un accidente...se me fracturó el fémur y tuvieron que intervenir varias veces*” lo que motivó al estudiante tener una inclinación hacia los estudios de medicina como una respuesta de agradecimiento por dicha experiencia vivida. De igual forma, respecto a lo expresado en los discursos, la condición y respuesta de los pacientes hacia el proceso de salud y enfermedad se determinan en las experiencias que narran, en cuanto a que “*te echa cuentos de su abuelo, de que, si su compadre tuvo una vez la misma enfermedad y se murió*”, configurando una actitud de miedo hacia dicho proceso.

De la misma forma, las experiencias también le permiten al individuo registrar una cierta información que le servirá, en el futuro, a enfrentar situaciones semejantes, por lo que las vivencias constituyen un aprendizaje. Así se demuestra porque “*hasta ahora he podido tener una buena relación, a que todos queden satisfechos*”, “*me ha ido bien, hasta ahora no he tenido problemas con ningún paciente*” y “*uno ha tenido que guapear, como quien dice, con esos pacientes*”, lo que representa un aprendizaje significativo, gracias a esas experiencias que los informantes han tenido con sus pacientes donde la atención ha sido favorable o positiva.

De acuerdo a lo expuesto, se refleja que la experiencia moldea las características del individuo, su forma de ser, lo proyecta a una visión de su futuro; moldeando cualidades y habilidades para el desarrollo de su personalidad. Desde cualquier

contexto, tanto las experiencias propias vividas por el estudiante de medicina, así como las experiencias vividas en la atención con los pacientes, permiten un aprendizaje significativo en el desarrollo de su carrera, sin dejar de lado que las experiencias vividas por el otro (el paciente) influenciarán en su manera de asumir la salud y la enfermedad, permitiéndole al estudiante desarrollar distintas formas de abordarlo cuando requiere atención.

Habilidades

Las habilidades, según las corrientes de pensamiento que han abordado su estudio (conductismo, cognitivismo, entre otros) “consisten en un conjunto de acciones que, fijadas en el proceso de aprendizaje, se responsabilizan con la eficiencia de la ejecución humana.” (Fariñas, 2012; p 13). En otras palabras, hace referencia a la destreza o facilidad para desarrollar algunas actividades o tareas, mediante un sistema complejo de actividades psíquicas y prácticas necesarias para la regulación conveniente de la actividad, de los conocimientos y hábitos que posee el individuo.

Tomando en consideración las habilidades, la **inferencia** surge en el discurso de los informantes cuando “*viene de la zona norte como Prebo*”, el paciente “*se verá más calmado, relajado, y habla normalito*”, a diferencia de que “*si viene de allá de plaza de toros, andará apurado, cansado y quiere que lo atiendan rápido, se queja de todo*”; usando dicha habilidad para diferenciar la actitud del paciente. De la misma forma, infiere en las características del paciente cuando este viene “*del Baul pa dentro... el paciente habla, actúa y se ve de forma muy distinta al paciente por ejemplo que viene de San Carlos*”, distinguiendo al sujeto de acuerdo a la localidad de procedencia.

También, realiza estas inferencias por las localidades cuando “*el paciente del Baul es más...como le digo...más campesinito...sin ofenderlo...o sea no sabe mucho de enfermedades...para él es el campo y el monte*”, porque cataloga al paciente de una zona rural desconocedor de su enfermedad, y que solo se limita al conocimiento de sus asuntos campestres. Igualmente, describe la manera de actuar del paciente en

vista de que *“la gente de aquí mismo cerca es más como malasangre...pero la gente que viene de afuera son más amables”*.

Estas razones denotan que la inferencia es una de las habilidades presentes en el estudiante de medicina, y por ende en su ejercicio como futuro profesional de salud, porque le permiten establecer diferencias, similitudes, comparaciones y aseveraciones sobre las condiciones del paciente, su personalidad y su postura ante las enfermedades que puedan padecer.

Vocación

En el discurso de los informantes, se hace presente la vocación como categoría, la cual es definida por Pantoja (2014) como “el llamado a satisfacer una necesidad, para lograr el bienestar del individuo y afirmar un interés que nos impulsa a hacer las cosas para alcanzar el éxito.” (p 18). En otras palabras, es el interés que impulsa al individuo para autorrealizarse y lograr lo propuesto, a fin de satisfacer esa necesidad de autorrealización.

Al respecto, Bohoslavsky (1978) afirmó que la vocación no es algo innato, ya que “se desarrolla en el plano de la acción” y a través de la convivencia, por lo que representa un “cúmulo de experiencias adquiridas de un modo consciente e inconsciente” lo que convencerá al individuo de que puede elegir por sí mismo. (p 19)

Tal como lo expresado por los informantes, la vocación se da como **aspiraciones** ya que *“uno desde chiquito, como todos los niños siempre juega a lo que le gustaría ser cuando sea grande”, “desde chiquita, eso era lo que siempre decía a todos en mi casa...yo quiero ser doctora de los niños” y “desde siempre fue mi sueño, siempre me ha gustado estar ayudando a alguien que necesita de ayuda”*. Así mismo, se presenta en los sujetos por la **influencia de los padres** porque *“mi papa es médico, por eso él siempre quiso que nosotros estudiáramos medicina” y “decía que sus hijos tenían que ser médicos”*, cuya influencia marca al estudiante puesto que *“a lo mejor algo en mi mente se quedó grabado de esa orden”*.

Así también se verificó que los **antecedentes profesionales familiares** impulsan y determina la vocación, cuando los sujetos manifiestan que “*mi papa es Nefrólogo*”, “*mi mama es Internista*” y “*un primo es Oncólogo*”; viendo en ellos una figura a seguir, tomarla como modelo y de la que irá adquiriendo elementos y así existirá una mayor posibilidad de desenvolverse en el mismo ámbito laboral.

En esta perspectiva, es conveniente resaltar que la vocación del estudiante de medicina, partiendo de su propio discurso, no se considera desde sus aptitudes y condiciones para la facilidad de hacer o de desempeñarse en el ejercicio de la profesión, que sin duda son facultades que tienen gran influencia en los valores profesionales del individuo. En consecuencia, se puede asumir que la vocación involucra todo un proceso de construcción que se inicia desde la infancia, donde intervienen diversos factores, entre los cuales se encuentran la socialización del individuo, el modelo a seguir y la aceptación de un mandato por parte de los familiares, todos ellos relacionándose unos con otros para finalmente llegar a adquirir una elección que formará parte de su proyecto de vida.

Currículo

El currículo, acorde a lo establecido en la Ley Orgánica de Educación de Venezuela (LOE, 2009), se establece como el conjunto de criterios, planes de estudio, programas, metodologías, y procesos que contribuyen a la formación integral y a la construcción de la identidad cultural nacional, regional y local, incluyendo también los recursos humanos, académicos y físicos para poner en práctica las políticas y llevar a cabo el proyecto educativo institucional. Por lo tanto, el currículo educativo debe incluir una serie de conocimientos, prácticas, valores, costumbres, hábitos, creencias, procedimientos, tendencias y demás elementos que conforman una propuesta educativa y que debe ser construido por diversos grupos y sectores representantes de diversos paradigmas y áreas disciplinares.

Por esto, en el currículo de la carrera de Medicina la complejidad de esta interacción se manifiesta ya en las múltiples disciplinas que la componen, en vista de

que las diversas ciencias médicas (sin entrar en consideración de las distintas clasificaciones) necesitan aliarse para generar interdisciplinariamente espacios de formación de competencias tanto generales como específicas.

En este caso surgen, dentro de la categoría currículo, diversos elementos y procesos que influyen en la formación del estudiante de medicina. Uno de estos elementos es la **estructura del pensum**, en donde los informantes expresan que “*en primer año vimos Arte y cultura, y otras que se llama Salud y Sociedad*”, las cuales son materias relacionadas con el estudio de la cultura del paciente y la salud como factor social. Igualmente, el **contenido** de dichas asignaturas se basa en “*algunos términos y conceptos sobre cultura*”, “*la relación de la enfermedad con la cultura*” y “*que cada paciente tenía una cultura distinta*”; aunque esos contenidos “*fueron impartidos solo en la primera clase, el resto del año fue dibujar, pintar, hacer un video, y ya terminamos la materia*”. Entonces, dichos contenidos y la estructura del pensum corresponden, hasta cierto punto, al plan de estudios y programas necesarios para la formación de un profesional integral con formación en competencias interdisciplinarias.

Por otro lado, como componente de la formación integral del estudiante de medicina, surge el **estudio de la comunidad** como una estrategia curricular de dicha formación, en donde los estudiantes se hacen partícipes del conocimiento de “*todo lo que hay en una comunidad, lo positivo y lo negativo, con lo que cuenta y lo que le hace falta*”, “*sobre las características de una comunidad y sus formas de vida*” así como las herramientas para saber “*cómo vive la gente y que problemas de salud tienen*.”. En lo expuesto, se refleja el uso de esta estrategia como método de la interacción educativa entre el contenido y la práctica.

Sin embargo, se puso de manifiesto una **ausencia de trabajo de campo**, porque “*la profesora dijo que se podía hacer investigando por internet la comunidad y hasta las fotos de la comunidad las sacamos de allí*”, expresando que “*ni visitamos alguna comunidad*” aunque “*la comunidad no es que la que hicimos no exista, pero no la visitamos, y todo lo sabíamos era por internet*”. Para este aspecto, Mergal (2014), expresa que:

“la manera de producir un conocimiento significativo, no es otra que investigar la realidad de acuerdo con el método de trabajo de campo, ya que este método permite combinarse con la teoría que previamente se debe haber incorporado y/o con la búsqueda posterior de información que respalde los descubrimientos efectuados y evacue las dudas suscitadas.” (p 67)

Es por tanto que el método del trabajo de campo permite esa contrastación entre la teoría y la práctica, el supuesto y la realidad, en donde el estudiante de medicina puede extraer el conocimiento de la realidad que está dentro de la comunidad, mediante diversas técnicas de recolección de los datos, a fin de alcanzar el objetivo de un aprendizaje significativo, real y sustentado en la comparación y el descubrimiento de los hechos en su verdadero contexto.

Proceso de enseñanza y aprendizaje

Dentro del fenómeno educativo, siendo su objeto la formación integral del estudiante de medicina, y dentro del discurso de los informantes, surge la categoría del proceso de enseñanza y aprendizaje como los métodos por medio de los cuales se ayuda al estudiante en el desarrollo y mejora de sus facultades intelectuales. Este proceso se define como:

“un fenómeno que se vive y se crea desde dentro, esto es, procesos de interacción e intercambio regidos por determinadas intenciones (...), en principio destinadas a hacer posible el aprendizaje; y a la vez, es un proceso determinado desde fuera, en cuanto que forma parte de la estructura de instituciones sociales entre las cuales desempeña funciones que se explican no desde las intenciones y actuaciones individuales, sino desde el papel que juega en la estructura social, sus necesidades e intereses”. (Meneses, 2017; p 4)

Dicho proceso implica una serie de actos, métodos, acciones y técnicas para la enseñanza y que logre un aprendizaje de determinados conocimientos, el cual contiene una interacción entre el contexto individual del estudiante, unido a su disposición para el aprendizaje, y el contexto social donde el estudiante pone en

práctica, al socializar, dichos conocimientos adquiridos; sumándose la forma en el que estudiante adquiere ese conocimiento por medio de la enseñanza y lo integra como aprendizaje en su consciente.

Para esta categoría, surge dentro del discurso el **aprendizaje continuo**, que se define como “una acción dinámica de actualización constante y adaptación a un entorno cambiante y demandante”. (Meneses, 2017; p 9). Los informantes exponen que “*se da a medida que uno estudia que va aprendiendo poco a poco*”, en donde “*aun me queda mucho que aprender de ellos*” y que “*uno aprende a diario mientras estudia, mientras se relaciona con los pacientes*”. Tales aseveraciones indican que los informantes consideran el proceso de aprendizaje de una manera constante, que se produce a medida que van avanzando en su carrera, para fomentar la adquisición de conocimientos útiles de acuerdo a los diferentes pacientes y la capacitación que se demanda.

Otra de las dimensiones de esta categoría, fue representada por la **didáctica**, definida como una “disciplina pedagógica de carácter práctico normativo, que tiene por objeto específico la técnica de la enseñanza, esto es, la técnica de dirigir y orientar eficazmente a los alumnos en su aprendizaje” (Hinojosa, Rodríguez y Barcia, 2013; p 15). Atendiendo a esta definición, una técnica didáctica para el aprendizaje, empleado por los docentes a los estudiantes de medicina, fue “*que nos dijo fue que viéramos una película que tratase sobre nuestra carrera y atención de pacientes y la analizáramos*”, lo que representa una herramienta en donde el estudiante pueda relacionar el contenido de un recurso, en este caso el cine, para establecer una analogía de la práctica médica.

Además de describir la didáctica des el uso de recursos, los sujetos manifestaron que “*hay que cambiar más la forma de darlas (asignaturas) para que así uno se anime a verlas y le guste...tenga una buena experiencia con ellas... de lo contrario...no darlas*”, porque resulta que “*no me las han dado bien*”. Estas aseveraciones de los sujetos indican una deficiencia en las técnicas, estrategias, recursos, medios y formas de lograr el aprendizaje en ellos, lo que refleja una carencia de herramientas que favorezcan el aprendizaje en los espacios de trabajo.

Por lo tanto, se establece la falta de motivación del estudiante con las materias relacionadas con el estudio de la cultura y su influencia en el proceso de salud y enfermedad, producto de una ausencia de mejoras en las que el docente debe desarrollar su proceso de enseñanza para lograr un aprendizaje significativo.

Actitud

La categoría actitud emerge en dos contextos distintos; primeramente, como una disposición a ciertos comportamientos en relación con el estudiante de medicina y los pacientes, que incluye la afirmación de las convicciones y los sentimientos acerca de ella y sobre acciones de agrado o rechazo a diversas circunstancias; y por otro lado, como la forma en cómo se relaciona con otras.

Al definir la actitud, de acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, como “el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera”, y considerándola como disposición a ciertos comportamientos, en primer lugar se presenta la **despreocupación** del estudiante cuando manifiesta que *“eso a mí no me importa de verdad, me hago el loco y cambio de paciente, no me doy mala vida”* en situaciones en las que le toca trabajar con un paciente difícil porque presenta características de personalidad muy diferentes a las propias del estudiante; y en cuanto a los pacientes los informantes declaran que *“ni le importa si está enfermo o no, o sea, como que no le para a su vida”* ya que es un paciente que llega a la consulta sin disposición a dejarse atender.

En el mismo sentido, la **arrogancia** aparece cuando los médicos, que ejercen el rol de docente, *“miran al paciente, así como con el rabo del ojo, que se creen superiores por ser el doctor y tal”*; Esto contrasta con la humildad como una virtud que el médico debe adquirir y practicar, como lo expresa Rodríguez (2014):

“La humildad nos permite reconocer la excelencia humana distinguiendo ésta de la perfección absoluta e inefable que muchos médicos creen poseer. La virtud de la humildad permite reconocer nuestras limitaciones y las de los demás, evita que el médico tome ventaja de la vulnerabilidad del paciente y pueda reconocerlo como persona.” (p 7).

Entonces, la arrogancia se considera como una cualidad negativa del médico, porque asume una actitud de perfección que el médico piensa que posee, sin reconocer al paciente como persona, posicionándolo como un profesional que sólo dedica su trabajo en satisfacer sus propios intereses usando al paciente como un medio para cumplir sus objetivos.

De igual modo, se presenta el **trato** como una actitud, que define la forma de relacionarse entre el profesional de la medicina y sus pacientes, donde los sujetos declaran que *“a veces ve a unos profesores (médicos) que son muy secos con las pacientes que son amigables, otros profesores son muy amigables con todos”*; mientras que por otro lado, revelan que a los pacientes *“que tienen plata los trato más seco, mientras que a los que son pobres, soy muy amable con ellos”* y a aquellos que son arrogantes *“los trato medio seco como para que se dé cuenta”*.

En lo anterior expuesto, se observa que el sujeto muestra una condición de rechazo hacia los pacientes que tienen una condición económica favorable, demostrando empatía con los pacientes de bajos recursos económicos; dejando en claro a aquellos pacientes que demuestran una actitud arrogante que dicho comportamiento no es favorable para que se establezca la relación entre el médico y el paciente.

Contexto familiar del paciente

A partir del primer acercamiento real de los estudiantes con los pacientes y más adelante, comenzado su recorrido como médicos, aparecen dificultades en el manejo de demandas y preocupaciones de los familiares, así como en el reconocimiento de las responsabilidades que tienen los familiares con el paciente. En estas circunstancias, el contexto familiar del paciente emerge como una categoría que contiene dos aspectos fundamentales en la relación del paciente con su familiar.

El primer aspecto es la **compañía** del familiar, la cual se describe como “la ayuda que presta el familiar para afrontar el sufrimiento del enfermo” (Ríos y Rojas, 2015). Los informantes manifiestan que para los pacientes, *“el solo hecho de sentirse*

acompañado... en esos momentos ayuda mucho” porque *“el paciente acompañado es más receptivo y rápido en recuperarse.”*; citas textuales las cuales ratifican a los familiares del paciente tener en cuenta siempre que lo más importante o necesario para los pacientes es la presencia y compañía de ellos, y que no basta con ofrecérsela, el paciente debe sentir que es real y concreta, sin que el familiar tenga que decírselo o preguntárselo.

Siguiendo este orden de ideas, el **apoyo familiar surge** como en el contexto de los informantes cuando realzan su importancia al expresar que *“el acompañamiento y el apoyo familiar y de amigos ayuda en el proceso de recuperación”* y *“esa presencia les da apoyo y animo en momentos así.”*; por lo que, si la dinámica familiar no ayuda a el acompañamiento en la situación del paciente, pueden llegar a ocasionar obstáculos en la salud.

Por consiguiente, tanto la compañía como el apoyo familiar se presentan como condiciones que ayudan en la recuperación efectiva del paciente en su proceso de salud y enfermedad; para la atención al paciente el familiar debe tener presente todos los aspectos relacionados con el cuidado directo al individuo y la posible actuación ante la aparición de diversas crisis del paciente, así como para suministrar soporte emocional, tanto al paciente, como al resto de los miembros de la familia que se encuentran afectados por la situación.

Ejercicio de la profesión médica

Los profesionales de la medicina ponen a disposición de sus pacientes los conocimientos, las habilidades y el buen juicio para promover y restablecer la salud, prevenir y proteger de la enfermedad, y mantener y mejorar el bienestar de los ciudadanos. Ante este planteamiento cabe definirla como:

“Ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio, y

para la cual se requiere que las partes garanticen la producción, el uso y la transmisión del conocimiento científico, la mejora permanente para prestar la mejor asistencia posible, la aplicación del conocimiento de forma ética y competente, y que la práctica profesional se oriente hacia las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad.” (Rodríguez, 2016)

De acuerdo a la definición anterior expresada, y considerando el ejercicio de la profesión médica como aquella que se rige por el espíritu de servicio en la aplicación del conocimiento científico y desde una dimensión ética y responsable, surge dentro de esta categoría el **rol del médico**; éste se define como “el conjunto de comportamientos y normas que una persona, como actor social, adquiere y aprehende de acuerdo a estatus en la sociedad” (Vera, 2015; p 4). Se trata entonces de una conducta esperada, en este caso por el médico, según el nivel social y cultural que ocupa en la sociedad donde se desenvuelve.

Los informantes claves catalogan al médico como el principal profesional de la salud al expresar que no se puede cumplir otro rol “*si no como el médico que atiende a los pacientes*” y siempre mantener “*la conducta como médico tratante*” porque su rol se fundamenta en que “*debe estar pendiente del paciente, de su mejoría, de su evolución, de todo*”. Igualmente dejan ver que por el hecho de ellos estar formándose como médicos, definen su rol porque “*aquí es uno quien los atiende a ellos (a los pacientes), no ellos a uno*”, y afirmando que “*debes darle a entender que estas aquí para ayudarlo, no para ser mandado por él*”. Todo esto configura el estatus que posee el médico dentro de la sociedad, apreciándose la conducta de cuidador y tratante del paciente.

Dentro de esta misma perspectiva, la **atención** queda establecida dentro de la categoría del ejercicio de la profesión docente; se define, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), como “el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance de las personas y sus familias, los recursos de diagnóstico temprano, de tratamiento oportuno y de rehabilitación, de prevención médica y de fomento de la salud”. De acuerdo a este concepto, la atención

incluye todas las acciones ejecutadas por los profesionales e instituciones de salud para la satisfacción de las necesidades terapéuticas de los individuos.

Los informantes manifiestan la atención como una acción que debe ser satisfactoria para el paciente porque *“uno los atiende muy bien y así ellos se llevan una buena impresión”* y se esfuerzan mucho más por este fin para los pacientes de localidades lejanas porque *“así se lleva una buena impresión de los médicos de aquí”*. En el mismo sentido, asumen que la atención en los centros hospitalarios públicos está destinada solo *“para gente que no puede pagar una clínica”* y que, indiferentemente de las condiciones o de la atención médica que se preste en esos centros hospitalarios *“la gente de aquí mismo siempre va a venir para acá”*.

Dentro del discurso, también surge la igualdad como elemento de la profesión médica, al brindar un trato igualitario a los pacientes, sin tomar en cuenta sus condiciones personales y/o sociales porque *“todos son iguales, todos deben ser atendidos de la misma manera.”*, *“yo no los clasifico por sus diferencias, a todos les doy la atención que buscan”* y *“aquí es por turno (de la atención) al que le toque, no importa quién sea”*.

Este elemento de la igualdad resulta llamativo, porque el informante ratifica que a pesar de que existen diferencias físicas, sociales y culturales en los pacientes, estas mismas no deben tomarse en cuenta para brindar la atención al paciente, y concuerda con el juramento hipocrático que declara el compromiso de los médicos con sus pacientes, donde una de sus declaraciones expresa *“...no permitir jamás, que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de raza, religión, nacionalidad, de partido o de clase..”* (Remis, 2009).

Otra de las manifestaciones de los sujetos, refieren al **interrogatorio médico** y el **conocimiento del paciente** como parte del ejercicio de la profesión. Se tiene pues que hay que hacer *“el interrogatorio cuando va a una consulta, eso orienta hacia la enfermedad que está padeciendo, y ayuda a un tratamiento y prevención importantísimo”* permitiendo determinar en el paciente síntomas como *“si viene con un dolor, preguntarle desde cuando lo tiene, la intensidad, donde lo tiene y esas cosas”*, y en cuanto al conocimiento del paciente se dejó en claro que *“hay que saber*

cómo vive el paciente, que come, donde trabaja, hasta que hace en sus tiempos libres” y demás condiciones del paciente “para llegar a un diagnostico” de su estado de salud.

Finalmente, la **relación médico-paciente**, tal y como lo expresa Rodríguez (2016), es “la capacidad, habilidad y arte del médico para la interacción y establecer el diálogo con su paciente, para obtener la información y la exploración física, el consentimiento del que depende en gran parte el éxito terapéutico” (p 7). Su expresión por los informantes se denota en el éxito de ella porque *“si no hay buena relación entre el médico y el paciente...no se está haciendo nada.”*, en vista de que *“sí entre el paciente y el médico hay confianza y una buena relación, todo sale bien.”*.

Entonces se justifica que para que se dé una relación entre el médico y el paciente se debe tener en cuenta las características personales del médico y del paciente. Por parte del médico, es fundamental que conozca su carácter, sus debilidades, su nivel de información, hasta donde puede manejar una situación determinada y cuando debe recurrir a otro colega; en cuanto al paciente, este debe estar en una actitud abierta a la atención, dispuesto a dejarse guiar y ayudar en el proceso.

Sin duda alguna, el ejercicio de la profesión médica surge diferentes elementos que definen su esencia, basados en el principio de la igualdad, tal como lo establece el juramento hipocrático, definiéndose en sus características tanto activas como pasivas; es cooperativa, guiada y de participación mutua, donde el médico cumple su juramento al declarar que “...practicaré mi profesión con conciencia y dignidad; la salud de los pacientes será mi primer objetivo...” (Remis, 2009).

Concepción y elementos de la cultura

De acuerdo a la Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural de 2001 (UNESCO, 2016), la cultura es:

“el conjunto de rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los

modos de vida, la manera de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias.” (p 3)

En este sentido etnográfico, la cultura es ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualquier otra capacidad y hábitos adquiridos por el hombre en tanto que como se ubica como miembro de la sociedad. Por consiguiente, tomando en consideración su sentido etnográfico, los informantes declaran que la **noción** de cultura son “*esas cosas que identifican al hombre y lo hace ser y actuar como es*”, “*sus costumbres, creencias, prácticas, su forma de vivir, sus estudios, lo que hace con sus manos, el arte, la música que algunos hacen*”, dejando en evidencia que lo principal en la cultura es su **transmisión**, porque “*son esas cosas que pueden pasarse entre las gentes, familia, amigos, allegados y todo lo que nos rodea*”.

De la misma forma, expresan que la cultura comprende todas las características de los individuos, y que denotan las características de todos, porque conociendo la cultura se puede analizar “*lo distinto que puede ser cada paciente*” ya que cuando observan todas esas características, diferencias, cualidades y diversidades de conductas y hábitos, pueden reconocer esos elementos que la integran son todos los componentes son “*transmitido de generación en generación*”.

Como se puede apreciar, los informantes comunican en su discurso la consideración de diversos elementos de la cultura, considerándolos relevantes para ofrecer una relación médico paciente efectiva. En este orden de ideas, el **modo de vida** se presenta como la expresión de las formas de actividad cotidiana de los individuos que caracterizan sus peculiaridades y comportamientos en los quehaceres diarios, formas de relación y sus relaciones con terceros. Ante esto, Álvarez (2011), expresó que los modos de vida “determinan la forma como se desarrolla el hombre dentro de la sociedad y su relación con el proceso salud-enfermedad”; a lo cual se analiza que todas esas formas de expresión y actuación del individuo tendrán incidencia sobre su salud y su estado óptimo de desarrollo.

Para los informantes, el modo de vida representa “*sus hábitos de alimentación, vicios, trabajo y esas cosas...eso claro que se debe considerar para atender al*

paciente”, expresando que es el fundamento “*que se debe considerar para atender al paciente*”, por lo que “*de acuerdo a su estilo de vida son propensos a tener ciertas enfermedades*”, siendo identificados como componentes de las conductas y hábitos que caracterizan el estilo de vida de una persona, establecer conductas saludables y eliminar conductas de riesgo de manera estable.

Tal es el caso de un modo de vida basado en su **religión** y **creencias religiosas**, en donde estos dos elementos merecen una especial atención, ya que por su etimología parecen ser sinónimos, pero en su práctica surgen como elementos totalmente diferenciados. Para aclarar tal razón cabe mencionar el concepto de religión, expresado por Stone (2001), el cual indica que:

“[una] religión es un sistema de prácticas racionalizadas por creencias de acuerdo a las cuales las prácticas sitúan al practicante en una relación-de-valor a la SR [supermundane reality: realidad supramundana]...Entonces la religión es un sistema de prácticas racionalizado por creencias en la medida que la realización de tales prácticas por un sujeto hace que se encuentre en una relación respecto de un principio del universo que constituye por sí misma el bien humano más alto, pero excluye a aquellos que pueden adoptar las creencias del supuesto, abandonando la relación al principio.” (Alvarado, 2016; p 12)

Por lo tanto, la religión tiene que ver, con ‘prácticas’ (la religión en sí misma) y con ‘creencias’ (los valores religiosos, sin necesidad de distinguir a un grupo religioso en particular). Se introducen aquí, sin embargo, dos conceptos adicionales cuyo sentido es objeto de dos condiciones expresas.

Y es así como los informantes diferencian en sus discursos ambos elementos. En cuanto a la religión expresan que atiende a pacientes de “*diferentes religiones, santeros, de todo*” a lo cual “*el médico debe saber que religión tiene el paciente para saber qué hacer*”, mientras que por otro lado, declaran que sin importar que el paciente practique una religión fehacientemente, existen creencias al respecto que interfieren en la relación médico paciente ya que “*cuando el paciente tiene una creencia religiosa muy fuerte, eso pasa, se dificulta el trabajo*” en vista de que “*sí un paciente no acepta sangre por su religión, eso choca con el médico y no se puede*

dar un tratamiento efectivo”; además, sin importar que el paciente declare pertenecer o profesar una fe religiosa “a veces rechazan algún tratamiento o hasta una operación y dicen que José Gregorio Hernández los va a salvar y que por eso no es necesario operarse” y “los santeros, que montan hasta un altar al lado de su camilla para que el santo y que los proteja de la muerte”

Todo lo anterior indica que dentro de la cultura, la religión juega un papel importante en la forma como se da la relación entre el médico y el paciente, ya que visto de esta forma, el paciente sitúa su religión y/o creencias religiosas por encima de los tratados médicos, lo que de una u otra forma imposibilitan el trabajo del médico, y de esa forma lleva a que se busquen alternativas de atención, de manera tal que se le respete el derecho del paciente a la negación a tratamientos por su fe, y de esa forma poder brindarle una atención a su proceso de salud y enfermedad para su beneficio.

Dentro de este mismo orden de ideas, resulta la **alimentación** como un factor preponderante en el proceso de salud y enfermedad del paciente, a lo cual los informantes declaran que sus pacientes le deben informar sobre sus hábitos alimenticios para poder llegar a un diagnóstico médico sobre la situación. En cuanto a estos hábitos ellos expresan que es importante conocerlos ya que *“en los casos de enfermedades digestivas, es muy importante considerar su tipo de alimentación, si consume las tres comidas diarias”,* y es por medio de dichos hábitos y por las situaciones personales del paciente que *“a veces no le da tiempo ni de comer...y en ese día a día puede padecer de una gastritis”.*

No obstante, se identificaron otros elementos culturales que el informante percibe del paciente, entre los cuales se puede citar la **economía**. En virtud de este elemento, cabe destacar el concepto de cultura propiciado por Marvin (2013), en donde la cultura se considera como “los valores que comparten los miembros de un grupo dado, a las normas que pactan y a los bienes materiales que producen” (p 32) y la economía (del individuo) como “la administración del dinero de las personas, cómo se lo obtiene, y se lo gasta, el ahorro, las inversiones, la gestión del patrimonio y los bienes personales, su planificación y protección financiera” (p 33); entonces, al

comparar ambos conceptos, se establece que la economía, como elemento de la cultura, incluye todos los bienes materiales y patrimoniales que pueda poseer el individuo.

Y es así como los informantes expresan la economía del paciente en cuanto a que *“sus familiares los traen en unos “carrazos” y aquellas “camionetotas” y en la medida de que “llegan en buenos carros, por la ropa que traen puesta. Igualmente, se aprecia que el elemento de la economía influye mucho en el proceso de salud y enfermedad del paciente, cuando se considera su situación económica y posibilidades de recibir o adquirir un tratamiento y/o medicamento, porque “el que tiene plata si puede cubrirlo, y eso puede no afectarle mucho, pero el que no puede cubrirlo, que solo gana para medio comer”, entonces “no puede comprar las medicinas para su tratamiento y no mejora”.*

Como complemento, también la economía se parafrasea desde el contexto del estudiante, ya que esta causa una influencia en el desenvolvimiento de la carrera del estudiante, porque el informante expresa que los años que tuvo que interrumpir sus estudios fue *“porque tenía que trabajar y pare durante dos años”,* pero que ahora ya puede retomar sus estudios en vista de que su *“hermano mayor se fue del país y nos está ayudando mucho en la casa”.*

Por lo tanto, la economía como elemento de la cultura se presenta como un factor que puede inducir en el proceso de salud y enfermedad del paciente, ya que de acuerdo a su posición económica contribuirá a que este adquiera o no su tratamiento para llevarlo a una mejoría, de la misma forma que puede empeorar dicho estado de salud; sin dejar de expresar que no solo los informantes expresan que la economía afecta al contexto del paciente, sino que también influye en el proceso de formación del estudiante.

Cabe considerar, por otra parte, que el **lenguaje**, expresado por los informantes, constituye un elemento más del conjunto de las representaciones culturales estudiadas en sus discursos. Por lo tanto, el lenguaje se comprende como “un sistema sociocultural existente y que se deduce de los actos lingüísticos producidos por una comunidad lingüística determinada y una lengua interior” (Delgado, 2016). Al

plantearse como elemento existente dentro de una comunidad en particular, el lenguaje se considera como hecho característico de esa comunidad, expresado por medio de la lengua (idioma), y por ende permite diferenciarla de otros grupos sociales.

No cabe lugar a dudas que el lenguaje constituye un hecho cultural en sí mismo. Prueba de ello es que en cada uno de los idiomas del mundo no solo basta con saber expresar gramaticalmente o lingüísticamente una determinada oración, sino que también se debe tener en cuenta a la hora de expresarla otros aspectos, tales como el estatus de las personas que intervienen en el proceso de comunicación, el propósito de esa conversación en sí misma, y las condiciones socioculturales del individuo que se expresa.

Y es allí donde los informantes manifiestan que cada uno de sus pacientes presenta diferencias por el uso del lenguaje, por sus formas de expresión y por cómo se comunican; porque *“cada paciente siempre es distinto, habla distinto y hasta la forma como dice los síntomas es distinto, y en muchos casos “usan palabras que uno a veces no entiende...entonces uno debe preguntarle a que se refiere y que te expliquen.”*. Entonces aquí radica que el elemento cultural del lenguaje es un aspecto más que permite distinguir a los individuos, en este caso los pacientes, donde le estudiante debe reconocer la diferencia cultural que presenta el paciente, considerando las condiciones sociales del paciente y su nivel y/o estatus del individuo.

Es así como el estudiante de medicina reconoce que las sociedades humanas están constituidas por individuos reunidos en grupos que articulan sus relaciones sobre la base de reglas que han producido a lo largo de su historia, tanto de manera autónoma como a través del contacto con otros grupos y sociedades, en donde el lenguaje juega un papel importante en el intercambio de pensamientos, ideas y principios sobre la cual se establece la cultura propia de esas sociedades.

Dentro de este mismo marco de los elementos culturales, también surge la **personalidad** como elemento constitutivo del individuo. La etimología de la palabra personalidad tiene su origen en la lengua griega, significando etimológicamente

"máscara", es decir, algo asumido, que no es propio de uno, algo que no es sustancial sino añadido. Pero en la psicología, se define como "el resultado de la articulación dinámica de los aspectos psicológicos (intelectuales, afectivos, cognitivos y pasionales) y biológicos (fisiológicos y morfológicos) característicos de cada persona y que le distinguen de las demás" (Morris, 2000; p 47).

En el caso de los informantes, su interpretación dentro del discurso resulta expresada desde dos variantes: una personalidad introvertida (en la que el individuo se retrae del contacto verbal y físico con el resto) y una personalidad extrovertida (donde el individuo se interesa por el contacto físico y verbal hacia otros individuos). De acuerdo a sus propios discursos, los pacientes son extrovertidos porque *"solo llegan y no dicen nada y tú tienes que sacarle las palabras con una cuchara"*, lo que determina su desinterés por expresarse y relacionarse con el medio, mientras que los extrovertidos *"llegan y se sientan contigo a hablar y hablar de cualquier cosa, son más "charleros"*.

Esto denota que el estudiante de medicina logra definir a su paciente de acuerdo a su personalidad, logrando detectar las características estables que permite determinar la conducta y comportamiento de él, en donde, de acuerdo a Morris (2000), estas características lo permiten diferenciar de los demás pacientes; lo cual también permite al estudiante predecir la respuesta del individuo ante la relación médico-paciente que se lleva a cabo.

Igualmente, la **región geográfica** se manifiesta como unidad de la cultura, ya que, de acuerdo a Baca (2010), es "aquella región en la que los habitantes comparten algunos elementos básicos de comportamiento, ideologías, prácticas y costumbres, los cuales se encuentran delimitados en un espacio geográfico delimitado, y que dichas características los diferencian de otras regiones cercanas" (p 25).

Y es precisamente como los informantes refieren a sus pacientes como individuos distintos a otros por su zona geográfica de procedencia, porque *"aquí el servicio de hospitalización en medicina interna está lleno de gente de todos lados"*, demostrándose que los estudiantes de medicina interactúan con pacientes que provienen de cualquier parte del país; a lo que determina ellos mismo que es de suma

importancia determinar la región geográfica del paciente, porque *“sus síntomas pueden ser endémicos...o sea propios de la región donde viene”*, y este elemento va a determinar la forma de abordar y dar un trato al paciente.

Por último, y no de menos importancia, se presenta la **vestimenta** como un elemento cultural apreciativo por parte de los informantes. En su discurso, los estudiantes de medicina expresan que consideran diferentes a sus pacientes por la forma de vestir, manifestando que su vestimenta los caracteriza específicamente en la situación de emergencia a la que llegan, porque *“llegan hasta desnudos, si les toca salir de emergencia al hospital nadie está pendiente si se pone un vestido o un “partó” para venir al hospital de emergencia”*. A pesar de determinar su vestimenta en la situación, también la exponen como dependiente de la zona geográfica de donde provenga el paciente, en el caso de *“la gente de Gañango hasta en chancletas se viene... y ropa rota y sucia”*, dejando notar que la vestimenta caracteriza a cada paciente y determinara de alguna u otra forma la relación médico paciente que se va a establecer.

En este sentido, se recalca que la vestimenta como hecho cultural es una forma de comunicación y expresión de los ideales y características de las personas. A esto, Veneziani (2016), expresa:

“...nos vestimos para nosotros, pero también para los demás. Nos vestimos por necesidad y también porque queremos decir algo. No sólo comunicamos con las palabras, también lo hacemos con nuestra indumentaria. Si afirmamos que la vestimenta es comunicación, concluiremos que esta también es expresión: que posee sus propios códigos de acuerdo con cada cultura y que por lo tanto funciona también como transmisora de ideologías.” (p 6)

Y es así como los informantes reflejan que la vestimenta será característica principal de cada paciente, de su personalidad, de sus principios, de sus concepciones, lo que le permite al estudiante determinar qué tipo de paciente va a atender, porque *“el malandro te llega con esa gorra clavada en la cabeza que no se le ven los ojos, aquellos pantalones pegados que no sé cómo se lo meten, unas camisas escandalosas de colores fosforescentes...en cambio el sifrito viene así con*

unos jeans normalitos, una camisa under armor, un termo contigo...y así pues...son distintos”.

A lo sumo, al hablar de cultura como un conjunto de rasgos distintivos espirituales y materiales que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, entre otros, los modos de vida y las maneras de vivir juntos, la vestimenta comienza a asociarse a la ubicación de los individuos en la sociedad, dependiendo de la modestia personal, la ostentación o el lujo y sus posibilidades económicas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El pensamiento objetivo de los informantes, o su acto perceptivo, permitió establecer una serie de epílogos que suscitaron desde la profundización de sus narrativas, desde sus experiencias, desde las concepciones de sus acciones en la preparación científica, social y antropológica, y formarse como profesionales capaces de dar respuesta y soluciones a los problemas de salud.

En primer lugar, logrando interpretar la situación o fenómeno de estudio, se comprendió e identificó que el estudiante de medicina posee una clara concepción del término de cultura, logrando aproximarse a que esta comprende a todas aquellas manifestaciones materiales, espirituales e ideológicas que representan a una o varias personas y que las identifican como parte de un conjunto mayor de individuos. Desde su concepción, la cultura se mostró y ratificó como trascendental, porque marca los comportamientos y patrones del individuo y estas características se mantienen a través del tiempo, durables e interminables por ser transmisibles a otras generaciones futuras.

Es así como el estudiante de medicina, en este caso el que se ubica en el quinto año de la carrera, ha logrado internalizar que su paciente es producto de ese conjunto de patrones conductuales aprehendidos, y por lo cual su forma de actuar, pensar, vestir y razonar, va a depender de dichos patrones; donde el estudiante deberá escudriñar de forma muy perceptiva y profesional, las actitudes y acciones distintas para cada paciente, a fin de optimizar la relación hacia ellos, de modo que esta se dé de forma efectiva y sea de provecho para mejorar las condiciones del individuo.

Por lo tanto, se deja en claro que los diversos elementos culturales inherentes en las relaciones entre los individuos, son considerados, de acuerdo al discurso de los informantes, como factores primordiales para la atención. Estos elementos, tales como el lenguaje, modo de vida, alimentación, vestimenta, religión, creencias, personalidad, entre otros, marcarán la forma en la que el estudiante se relacione con sus pacientes, desde una forma positiva, cuando el estudiante reconoce la cultura de

cada paciente y lo aborda de forma distinta acorde con sus características; y por otro lado de forma negativa, cuando el estudiante, a pesar de que reconoce sus diferencias culturales, evita al paciente de forma que no busca condicionar su trato de acuerdo a las características del paciente, bien sea por no poseer las estrategias necesarias para abordarlo, o porque simplemente no desea darse “mala vida”.

Por otro lado, la investigación permitió demostrar, de acuerdo a la pertinencia del pensum de estudios, que el estudiante tiene una escasa preparación académica, en sus años anteriores de estudio, en asignaturas cuyo eje central sea el estudio del individuo y su diversidad cultural. Estas evidencias se detallan en la falta y/o poca preparación en el trabajo de campo, en donde el estudiante no tuvo oportunidad de presenciar en la práctica toda esa riqueza de diferencias y caracterizaciones de los individuos en sus propios contextos sociales y en su comunidad, en sus hogares. La didáctica de los contenidos se considera alejada de la realidad, ya que el estudiante de medicina puede estudiar a una comunidad desde afuera sin tener contacto con ella misma (estudios por internet), lo cual no le brinda al estudiante desarrollar esa capacidad crítica y analítica sobre el individuo y su contexto social.

A lo sumo, los contenidos aprendidos son meramente teóricos, sin permitirles una puesta en práctica del conocimiento, lo cual contrasta con el aprendizaje continuo que se requiere en esta carrera de medicina; un aprendizaje significativo, en donde el estudiante pueda relacionar los conceptos aprendidos con la realidad que vive el paciente, con el contexto en el que se desenvuelve su modo de vida y que de allí derivan muchas de las dolencias y padecimientos por los cuales ese paciente acude a la consulta médica.

En efecto, estas condiciones del aprendizaje, derivan en una actitud de despreocupación por parte del estudiante, en donde el estudiante evade su compromiso social con el paciente, y se limita solo a una práctica científica, donde solo resalta la importancia de las condiciones físicas del paciente, obviando los antecedentes sociales y culturales del individuo que repercuten en el proceso de salud y enfermedad.

Sin duda alguna, esta situación se presenta, de acuerdo a la interpretación del acto perceptivo de los estudiantes, como una sacralización del saber científico, en detrimento de la esencia del quehacer médico: vocación de servicio; se obvia el quehacer médico desarrollado con amor y abnegación en bien del ser humano necesitado de ayuda en el campo de la salud integral, recalcando la integralidad de la salud en sus diversos aspectos: física, mental y social.

Las evidencias anteriores denotan que se ha olvidado que el acto médico en el proceso de salud-enfermedad, debe ser un ejercicio de humanismo, entendido también como humanitarismo, basado en una insustituible relación de confianza mutua entre el médico y su paciente, cuyas dimensiones humanas y de espiritualidad deben ser individualmente consideradas y atendidas; en el que no solo se debe escudriñar en signos y síntomas físicos de su padecimiento, sino que también escudriñar en sus características sociales e individuales, ya que el paciente pertenece a un grupo social específico, que de alguna u otra forma esas particularidades deben constituirse como parte de la ética médica.

Por lo tanto, es necesario regresar al humanismo médico que se ha perdido, demostrándose que es desde su formación en las facultades de medicina, se debe retomar a esa ética médica humanista que estableció Hipócrates, y no adherirse al modelo racional cientificista y divorciado de la sensibilidad humana. En relación a esto, se hace imperante tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

Al estudiante de medicina:

- ✓ Considerar al paciente como un ser social, impregnado de una cultura propia y característica de su lugar de procedencia
- ✓ Preservar la empatía hacia el paciente, recordando un trato equitativo y justo, sin diferencias por alguna condición cultural
- ✓ Percibir al paciente como una oportunidad de aprendizaje, en donde se le permite cometer errores, pero aprender de ellos
- ✓ Escuchar al paciente con suma atención, interés, respeto y calidez

- ✓ Cumplir con las reglas básicas de etiqueta social: cortesía, cordialidad, decencia, decoro, pulcritud, puntualidad, buenos modales, elegancia y señorío durante el acto médico y en la conducta social cotidiana del profesional médico
- ✓ Recordar, durante su preparación como estudiante y en el futuro como profesional, este fragmento del juramento Hipocrático: *“...estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso, según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia...”*

A la Facultad de Medicina de la Universidad de Carabobo:

- ✓ Promover el desarrollo de la cultura humanista en el médico
- ✓ Motivar al médico para el ejercicio cotidiano de la atención humanista
- ✓ Capacitar al médico en los principios del humanismo aplicados al campo de la salud, mediante una puesta en práctica de los conocimientos sobre la comunidad, la cultura y el medio social de los individuos
- ✓ Ofrecer paradigmas educativos de atención con calidez humana, mediante asignaturas con una temática de atención comunitaria, prácticas de campo en la comunidad, mejor preparación de los docentes en dichas asignaturas, entre otros
- ✓ Motivar al estudiante y docente médico a involucrarse con la literatura educativa y las artes de la cultura humana: música, pintura, escultura, ópera, cine, entre otras, a fin de vincular al profesional médico con las artes y su sensibilidad humana
- ✓ Inducir al estudiante de medicina a reflexionar acerca de su rol de líder en la comunidad
- ✓ Crear instrumentos de evaluación sistemática del quehacer humanista del médico en formación
- ✓ Realizar talleres de relaciones humanas saludables tanto para los alumnos, así como para los profesores

Referencias Bibliográficas

- Alvarado, J., (2016). ¿Qué es una religión? Tres teorías recientes. 'Ilu. Revista de Ciencias de la Religión; Ediciones Complutense, España. Recuperado en 19 de marzo de 2018 en <http://revistas.ucm.es/index.php/ILUR/article/view/53839>
- Álvarez, J. (2001). Como hacer Investigación Cualitativa: Fundamentos y Metodologías. Editorial Paidós, Ecuador
- Álvarez S., (2011). Temas de Medicina General Integral; Tomo I, Capítulo III. Editorial Ciencias Médicas de la Habana, Cuba
- Ardila, Alfredo. (1980). Psicología de la percepción. Editorial rillas, México.
- Bruno, J. (2011). Diseño de un plan de desarrollo profesional y humanista para el personal de enfermería de clínica Amay. Trabajo de Grado de Especialización en Gerencia de Servicios Asistenciales y Salud. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela. Recuperado en 15 de junio de 2017 de http://w2.ucab.edu.ve/tesis-digitalizadas2/thgs_grade/especializaci%C3%B3n-y-maestria-en-gerencia-de-servicios-asistenciales-de-salud.html
- Baca Mateo, 2010. *El lenguaje como hecho cultural*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales. Recuperado en 23 abril de 2018 de www.eumed.net/rev/cccss/08/vmbm2.htm
- Belmartino, S. (2013). La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Buenos Aires, Siglo XXI. ((Recuperado el 14 de marzo de 2017, de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/MedicalizacinZyZSociedad.ZLecturasZCrticasZsobreZunZFenmenoZenZExpansin.ZAoZ2013.-.pdf>)

- Campos, A. (2005) *Mapas conceptuales, mapas mentales y otras formas de representación del conocimiento*. Cooperativa Editorial Magisterio. Bogotá, D.C. Colombia. 1 Edición.
- Capuano G., (2014). Biogerencia del médico venezolano. Una tetralogía desde lo educativo legal. Tesis Doctoral publicada. Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo. Recuperado en 18 de enero de 2018 de <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/811?show=full>
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2000). Gaceta Oficial N° 5908.
- Delgado F., (2016). Lenguaje y cultura. Ámbitos, Revista de Estudios de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad De Córdoba.
- Díaz, L. (2011) *Visión investigativa en ciencias de la Salud (énfasis en paradigmas emergentes)*. Valencia, Venezuela: IPAPEDI. 1° Edición
- Fariñas G., (2012). Acerca del concepto de vivencia en el enfoque histórico-cultural. Revista de la Facultad de Psicología, Universidad de La Habana. Recuperado en 30 de Marzo de 2017 de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-cubana-de-psicologia/articulo/acerca-del-concepto-de-vivencia-en-el-enfoque-historico-cultural>
- Fidias, A. (2006). El Proyecto de Investigación, introducción a la metodología científica. Editorial Episteme, c.a. 5ta edición. Caracas, Venezuela. 2006
- Freud, S. (1972). "Psicología de las masas" - El porvenir de una ilusión - Alianza Editorial. 3a. ed. Madrid; Madrid, España.
- García, E. (2015). Competencia cultural en salud: conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales. Tesis de Doctorado. Universidad de Huelva, Departamento de Sociología y Trabajo. España. Recuperado en 14 de diciembre de 2016 de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/11441>

- Harris M, 2013. Principios metodológicos del materialismo cultural". En Bohannan, Paul y Gazer, Mark. "Antropología, lecturas". Segunda edición, La Habana, editorial Félix Varela, 2013 pp. 393 – 418.
- Hernández, R. Fernández. Y Baptista, C. (2010). Metodología de la Investigación. Quinta Edición. McGraw-HIL/Interamericana Editores. Perú.
- Hernández, A. (2010). La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. *PsicoPediaHoy*, 12(12). Recuperado en 14 de febrero de 2018 de <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>
- Iturrizaga, A. (2015). Un Modelo Socio-Cultural de Acción en Salud. Universidad de Flores, Argentina. Recuperado en 14 de abril de 2017 de <http://www.calidaddevidauflo.com.ar>
- Langdon, E. y Wiik, F. (2015). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Am Enfermagen*. Brasil. Recuperado en 15 de agosto de 2017 de www.eerp.usp.br/rlae.com
- Leal J. (2005) *La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de la investigación*. Universidad de Los Andes. Mérida Venezuela
- Ley Orgánica de Educación. (1980). Gaceta oficial N° 2635.
- Martínez M. (2009) *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México, D. F. Editorial Trillas.
- Maurera, D. (2015). Percepción de la Tuberculosis y Escenarios De Vida. Tesis presentada como requisito parcial para optar al Grado de Doctora en Ciencias Sociales Mención Salud y Sociedad. Universidad de Carabobo. Valencia Venezuela. Recuperado en 23

de mayo de 2017 de

<http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/1800/1/dmaurera.pdf>

Mergal J. (2014) La práctica de campo como recurso didáctico. Sistema de Información Científica REDALYC. Venezuela. Recuperado en 12 de marzo de 2018 en <http://www.bdigital.unal.edu.co/50903/1/8029390.2015.pdf>

Morales, A., López, T., Vegas, M. y Prendes N. (2015). Universidad, Comunidad y Formación Humanístico-Cultural. Proyecto de Investigación. Centro de Estudios de Educación. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara. Cuba. Recuperado en 23 de mayo de 2017 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4227561>

Morris, E. (2000). Psicología. Prentice Hall. New York

Navarro R., Rodriguez M., Barcia M., (2014). Didáctica y curriculum para el desarrollo profesional docente. Recuperado en 13 de febrero de 2018 en https://www.researchgate.net/profile/Margarita_RodriguezGallego/publication/268810901_Didactica_y_curriculum_para_el_desarrollo_profesional_docente/links/54d26f750cf28e069724231c/Didactica-y-curriculum-para-el-desarrollo-profesional-docente.pdf

OMS (2000). Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud. “Informe sobre la Salud en el Mundo” Ginebra. Recuperado el 14 de enero de 2017 en http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/cap_14.pdf

Pachano, S. (2014). Ciudadanía e Identidad. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Quito, Ecuador. (Recuperado el 17 de Agosto de 2016, de www.flacso.edu.ec/portal)

Palella S, y Martins F. (2010) *Metodología de la investigación cuantitativa*. Caracas. 3º edición FEDUPEL

- Páramo, M. (2007). Cultura Y Salud: Elementos para el Estudio de la Diversidad y las Inequidades. *Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* - Vol. 9 N° 2, Colombia. Recuperado en 16 de septiembre de 2016 de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1590>
- Prendes, N. (2005). Modelo Teórico Metodológico para Incidir en la Formación Cultural de los Estudiantes de Medicina en los Institutos Superiores de Ciencias Médicas. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas Universidad Central “Marta Abreu” De Las Villas, Facultad de Educación a Distancia, Centro de Estudios de Educación. La Habana, Cuba. Recuperado en 16 de septiembre de 2016 de <http://tesis.repo.sld.cu/181/1/MolinaPrendes.pdf>
- Quijano M., (2001). La percepción y los órganos de los sentidos. *Rev Fac Med UNAM* Vol.44 No.1 Enero-Febrero, 2001
- Remis, J. (2009). Pasado y presente del juramento Hipocrático: Análisis de su vigencia. *Revista argentina de radiología*, 73(2), 139-141. Recuperado en 01 de Febrero de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922009000200001&lng=es&tlng=es.
- Ríos, J., Rojas T. (2015). Algunas consideraciones en el análisis del contexto: satisfacción del paciente. *Revista de Investigación en Enfermería*, Numero 22. Recuperado en 17 de enero de 2018 de <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>
- Rodríguez Silva, Héctor. (2016). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperado en 01 de febrero de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=es&tlng=es
- Rodríguez J., (2014). El médico virtuoso. *Revista Boliviana de Pediatría*; Vol. 53, Núm. 1. La Paz, Bolivia. Recuperado en 21 de febrero de 2017 de

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102406752014000100001

Rodríguez J. (2016). La profesión y el profesionalismo médico. Viguera Editores SL 2010. EDUC MED 2016; 13 (2): 63-66

Rodríguez, W. (2014). La perspectiva constructivista en la educación. Revista de Pedagogía. Vol. 32. San Juan Puerto Rico: Recinto de Río Piedras, Facultad de Educación. Universidad de Puerto Rico. Recuperado en 18 de Abril de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/440/440252034.pdf>

Ron, M. (2014). Antropología Cultural. Publicación online del Instituto Andino de Artes Populares; Ecuador. Recuperado en 15 de febrero de 2018 en <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/48111.pdf>

Rusque A. (2003) De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa. Valencia, Venezuela. Editores Vadell hermanos.

Segen's Medical Dictionary Farlex. (2012). The constellation of mental processes by which a person recognises, organises and interprets intellectual, sensory and emotional data in a logical or meaningful fashion. Recuperado en 20 de septiembre de 2017 de https://books.google.co.ve/books/about/The_Dictionary_of_Modern_Medicine.html?id=FbSlyyshjOoC&redir_esc=y

Terán F. y Galo A. (2015). El uso de organizadores gráficos en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo (mayo 2015). Recuperado en 13 de septiembre de 2017 de <http://www.eumed.net/rev/atlante/2015/05/organizadores-graficos.html>

UNESCO, (2016). Cultura y Desarrollo. 7ma edición; La Habana, Cuba. Recuperado en 01 de febrero de 2018 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002197/219725s.pdf>

- UPEL. (2012). Manual de trabajo de grado de especialización maestría y tesis doctorales Universidad Experimental Pedagógica Libertador. 4 ediciones, FUDUPEL, Caracas
- Veneziani, M (2016). La vestimenta como emergente cultural: De la era industrial a la era del conocimiento. Tercer Encuentro Latinoamericano de Diseño 2016. Facultad de Diseño y Comunicación, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. Recuperado en 18 de marzo de 2018 de http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/encuentro2016/02_auspicios_publicaciones/actas_diseno/articulos_pdf/C8-088.pdf
- Vera F., (2015). Rol y condiciones estratégicas del médico dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional. Medicina y Seguridad del Trabajo, 61(238), 34-44. Recuperado en 7 de abril de 2017 de <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2015000100004>
- Villarreal, J. (2012). La cultura de la salud en el contexto comunitario: una mirada desde la sociología cultural. Universidad de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. (Recuperado el 23 de Junio de 2016, de revistas.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/124/120)

ANEXO

Consentimiento Informado para el Estudio.

Estimado(a) estudiante:

Se solicita su valiosa colaboración como participante en el trabajo especial de grado, titulado: **PERCEPCIÓN DEL ENTORNO CULTURAL DEL PACIENTE POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO**. Este trabajo tiene como propósito: Comprender la percepción del entorno cultural del paciente por parte de los estudiantes del quinto año de Medicina de la Universidad de Carabobo. Sería de gran ayuda su participación en esta investigación como sujeto de estudio con vivencias particulares del fenómeno, la información que usted aportará es gratuita y los resultados serán utilizados para fines estrictos de la investigación y de su eventual publicación en forma anónima, parcial o total, sin menoscabo de su dignidad humana, reputación o intimidad. De igual forma, se le informa, que de no querer utilizar su nombre como informante, este podrá ser cambiado bajo otro nombre o un seudónimo.

Se le realizará una entrevista abierta, es posible que necesite de una segunda entrevista para la revisión del registro escrito e interpretaciones de la primera entrevista, Ud. podrá hacer cualquier cambio que considere necesario, se solicita su consentimiento previa información suministrada en relación con el propósito del estudio y con el uso de la información a obtener.

Agradeciendo de antemano su participación.

Mario J. Palencia Doubront

Agradecería llenar abajo la información si desea participar en el estudio.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____