

# La tutoría en investigación en la medicina de familia de México

E.R. Ponce Rosas<sup>a</sup>, S. Landgrave Ibáñez<sup>b</sup>, I. Hernández Torres<sup>c</sup>, M.E. Urrutia Aguilar<sup>d</sup>, L. Palomino Garibay<sup>e</sup> y M.C. García Sahagún<sup>f</sup>



LECTURA RÁPIDA

## Introducción

Se hace una revisión de algunas características de la investigación en la medicina de familia mexicana; se analiza y reflexiona sobre la importancia del tutor de medicina familiar, la tutoría en investigación y los modelos de tutoría en la disciplina.

## La medicina de familia y la investigación

El propósito fundamental de la investigación en la medicina de familia es generar conocimientos que permitan contribuir a la mejor comprensión y utilización de los recursos propios de la disciplina, sus áreas de trabajo y campos de acción profesional, su perfil asistencial, docente y de investigación, así como sus alcances y potencialidades para influir significativamente en el entorno biológico, psicológico y social en relación con el fenómeno salud-enfermedad de los individuos, familias y la comunidad.

## Introducción

En este trabajo se hace una revisión de algunas características de la investigación en la medicina de familia mexicana; asimismo, se analiza y reflexiona sobre la importancia del tutor de medicina familiar (TMF), la tutoría en investigación y los modelos de tutoría en la disciplina. Finalmente, se presenta una síntesis de la propuesta del modelo de tutoría en investigación asesor/tutor/residente, que se realiza en el programa de Especialización de Medicina Familiar, en el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Me-

dicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

El propósito de este comunicado es el de contextualizar y exponer las características de la tutoría en la investigación de la medicina de familia de nuestro medio.

## La medicina de familia y la investigación

El propósito fundamental de la investigación en la medicina de familia es generar conocimientos que permitan contribuir a la mejor comprensión y utilización de los recursos propios de la disciplina, sus áreas de trabajo y campos de acción profesional, su perfil asistencial, docente y de investigación, así como sus alcances y potencialidades para influir significativamente en el entorno biológico, psicológico y social en relación con el fenómeno salud-enfermedad de los individuos, familias y la comunidad.

En este marco contextual, la investigación desde la medicina de familia puede tomar una perspectiva clínica o epidemiológica, de organización de los servicios de salud, de las características y evaluación de los procesos educativos, sobre la calidad de la atención o de evaluación de impacto de las intervenciones sobre los estados de salud individuales o colectivas, etc.

Gómez de la Cámara<sup>1</sup> afirma que la medicina de familia es un marco de trabajo con un matiz multidisciplinario, por esta razón, conviene reconocer tres tipos de investigaciones que son válidas para el contexto y la práctica de esta disciplina médica:

1. Investigaciones que aportan conocimientos fundamentales a la medicina de familia.
2. Investigaciones que generan conocimientos compartidos con otras disciplinas.
3. Investigaciones que aportan conocimientos fundamentalmente a otros campos o disciplinas.

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular «A». T.C. Interino. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM. México.

<sup>b</sup>Médica General. Profesora Asignatura «A» Interina. Coordinadora de la Biblioteca «Dr. José Laguna». Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM. México.

<sup>c</sup>Especialista en Medicina Familiar. Profesor Asignatura «A» Interino. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM. México.

<sup>d</sup>Bióloga. Subdirección de Planeación y Evaluación. Dirección General de Estudios de Posgrado. UNAM. México.

<sup>e</sup>Profesor Asociado «B». Área de Psicología Social. Aplicada de la carrera de Psicología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Campus Iztacala. UNAM. México.

<sup>f</sup>Maestra en Administración. Académica del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Correspondencia:  
Dr. E. Raúl Ponce Rosas.  
Coordinación de Investigación.  
Departamento de Medicina Familiar.  
Facultad de Medicina. UNAM.  
Círculo Interior, s/n (detrás del Centro Médico Universitario).  
Ciudad Universitaria, Distrito Federal.  
Apartado postal 70-422.  
04510 México.  
Correo electrónico:  
ipr@servidor.unam.mx

Esta investigación se ha realizado con el apoyo financiero del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM. México.

Manuscrito recibido el 10 de mayo de 2002.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 12 de mayo de 2002.

Otros autores han señalado que la investigación en medicina de familia es una investigación aplicada, de acción<sup>2</sup>; por esta razón se sostiene que la investigación en la disciplina debe iniciarse por el estudio de las necesidades y la priorización de problemas basados en la realidad y las recomendaciones de sociedades y de instituciones científicas nacionales e internacionales<sup>1</sup>. En este sentido, es de gran valor y utilidad iniciar actividades asistenciales, docentes y de investigación en una institución de salud (clínica o centro de salud con programa de especialización en medicina de familia), a partir del diagnóstico de necesidades y de su posterior priorización para tratar de dar respuesta a los problemas de salud de la comunidad; este esquema también ha sido propuesto en el modelo de la atención primaria orientada a la comunidad (APOC) por Martín et al<sup>3</sup>, Goldberg<sup>4</sup> y Turabián<sup>5</sup>.

También se ha señalado que las actividades de investigación de la medicina familiar se suelen comparar con las investigaciones que se realizan en otros medios, campos o disciplinas; esta situación provoca que la investigación de la medicina de familia resulte mal evaluada porque se compara, en condiciones desiguales, con distintas evoluciones y contextos históricos y no se toma en cuenta que cada campo de investigación debe valorarse con estándares de actividad y de calidad propios<sup>1</sup>. Otro elemento adicional y de gran importancia para la investigación de la medicina de familia es la tutoría en investigación que, aunque se reconoce como trascendental para la disciplina, no se ha estudiado con la profundidad que se merece para consolidar esta especialidad médica.

## El tutor de medicina familiar y la tutoría en investigación

Se ha definido al TMF como el profesor que tiene a su cargo la formación integral del residente y es responsable directo de la transmisión de habilidades, aptitudes, actitudes, valores, ética y competencias relativas a la disciplina, basada en sus conocimientos y experiencias asistenciales-docentes y de investigación a través de una actividad tutorizada<sup>6</sup>.

En el marco de este contexto, la docencia de la investigación es de fundamental im-

portancia para que los residentes adquieran las capacidades que les son transmitidas directa o indirectamente por sus tutores durante su entrenamiento en los tres años de la especialidad. Dicha docencia de la investigación se imparte en el marco de la tutoría o tutorización.

Bonal conceptualiza la tutoría como la base de la docencia en medicina familiar y se centra en la figura de una relación de enseñanza individualizada profesor/alumno en la práctica asistencial. Para este autor, la figura del tutor es fundamental en los sistemas de instrucción actuales de la medicina<sup>7</sup>; Gayoso y Molina también afirman que la figura del tutor constituye una pieza clave del programa docente de la medicina de familia<sup>8,9</sup>. Al parecer, los autores que más han estudiado este tema en España han sido encabezados por Saura et al<sup>10-14</sup> y otros autores<sup>8,9,15-17</sup>; para estos investigadores los TMF necesitan un marco de referencia, normas y orientaciones básicas que les permitan y faciliten el desempeño de sus funciones como tutores. Los principios de la tutoría<sup>10</sup> son:

1. Una actividad tutorizada y continuada, en la cual debe haber un compromiso efectivo que se prolongue durante los tres años de la residencia.
2. Tutoría individualizada, basada en la relación de un residente con un tutor.
3. Incremento progresivo de la responsabilidad, que se transmite paulatinamente al residente durante los 3 años de la residencia.
4. Tutoría personalizada, con el fin de adaptarse a las necesidades específicas de cada residente.
5. Tutoría evaluada por los mecanismos que indique el programa de la especialidad.

Los principios de la tutoría mencionados son los que deben aplicarse en la práctica de las cinco grandes áreas profesionales del médico de familia, basadas en el perfil profesional de dicho especialista determinado por la organización mundial de médicos de familia (WONCA) en 1997<sup>18</sup>; una de esas cinco áreas es la de docencia e investigación.

## Los modelos de tutoría en la medicina de familia

En trabajos previos<sup>6,19,20</sup> se han presentado y analizado los obstáculos para consoli-

### LECTURA RÁPIDA

La medicina de familia es un marco de trabajo con un matiz multidisciplinario y conviene reconocer tres tipos de investigaciones: Investigaciones que aportan conocimientos fundamentales a la medicina de familia. Investigaciones que generan conocimientos compartidos con otras disciplinas. Investigaciones que aportan conocimientos fundamentalmente a otros campos o disciplinas.

La investigación en la disciplina debe iniciarse por el estudio de las necesidades y la priorización de problemas basados en la realidad y las recomendaciones de sociedades y de instituciones científicas nacionales e internacionales.

Es de gran valor y utilidad iniciar actividades asistenciales, docentes y de investigación en una institución de salud, a partir del diagnóstico de necesidades y de su posterior priorización para tratar de dar respuesta a los problemas de salud de la comunidad.

 LECTURA RÁPIDA

Se ha señalado que las actividades de investigación de la medicina familiar se suelen comparar con las investigaciones que se realizan en otros medios, campos o disciplinas; esta situación provoca que la investigación de la medicina de familia resulte mal evaluada porque se compara, en condiciones desiguales, con distintas evoluciones y contextos históricos.

Otro elemento de gran importancia para la investigación de la medicina de familia es la tutoría en investigación.

 **El tutor de medicina familiar y la tutoría en investigación**

Se ha definido al TMF como el profesor que tiene a su cargo la formación integral del residente y es responsable directo de la transmisión de habilidades, aptitudes, actitudes, valores, ética y competencias relativas a la disciplina, basada en sus conocimientos y experiencias asistenciales-docentes y de investigación a través de una actividad tutorizada.

**TABLA  
1**

Representan una guía para realizar mejor el trabajo que desempeña un tutor
Mejoran la relación interpersonal tutor-residente que se establece en el acto asistencial-docente y de investigación
Orientan el camino docente que un tutor elige seguir a partir de un paradigma teórico
Permiten que el tutor se identifique con un modelo que le señala la dirección de su labor docente
Proporcionan un conocimiento objetivo de las herramientas docentes que un tutor posee y las que debe poseer para desarrollar un adecuado trabajo con su residente
Ayudan al tutor a identificar con claridad las habilidades, destrezas, actitudes, valores y competencias que ya ha adquirido y las que aún no tiene
Mejoran la comunicación tutor-residente <sup>16,25</sup> favoreciendo que la relación interpersonal entre ellos sea empática, clara, madura, honesta, flexible, desarrollando además la tolerancia y la confianza mutua
Auxilan al tutor para planificar, dirigir, seguir, supervisar y evaluar el proceso de aprendizaje del residente <sup>25</sup>
Representan los fundamentos para planear la evaluación y autoevaluación cualitativa de los tutores
Permiten al tutor identificar en su contexto particular las herramientas que puede usar para estimular y motivar al residente
Ayudan al tutor a poseer y transmitir una adecuada capacidad de crítica <sup>25</sup> y autocritica
Facilitan la autorreflexión y el autoaprendizaje <sup>25</sup> en los residentes e identifican sus necesidades de formación <sup>15</sup>
Orientan al tutor a desarrollar esquemas de evaluación formativa y capacitante de sus residentes <sup>17</sup>
Proporcionan elementos útiles para detectar necesidades de formación y planear el desarrollo del ritmo formativo <sup>23</sup> y la formación continuada del tutor

dar la investigación en la medicina familiar en nuestro medio, así como los conceptos fundamentales para conocer y comprender la tutoría en investigación de la medicina de familia. Los modelos de tutoría orientados a la docencia y a la investigación en medicina familiar tienen gran importancia para la adecuada formación de los tutores de la disciplina, ya que permiten comprender la influencia que tienen al realizar la tutoría que se utiliza cuando se asesora el trabajo de investigación (tesis) de los residentes; las principales ventajas de estos modelos se muestran en la tabla 1.

Se han señalado algunos modelos de tutoría en la medicina de familia<sup>21-25</sup>, consideramos que es muy importante conocer las características y los elementos que los componen para que los TMF puedan tener elementos útiles para su formación y actividad como tutores; las principales características de los modelos de tutoría que hemos encontrado se muestran en la tabla 2. Los 6 modelos de tutoría presentados son los que actualmente han incidido (en mayor o menor grado) en la enseñanza de la medicina de familia en España. Estos modelos<sup>21-25</sup> han sido desarrollados y propuestos por autores de un país que comparte nuestro idioma, pero que tiene quizás de

de 10 a 15 años de ventaja en los aspectos de investigación de la disciplina; a pesar de esto, Redondo y Aliaga<sup>23</sup> afirman que la formación como TMF en España es escasa y en algunos casos es nula; los tutores carecen de formación específica de metodología docente, desconocen cómo enfrentar el manejo adecuado de la relación con el residente, se muestran inseguros ante lagunas de conocimientos y habilidades; es decir, no siguen o no tienen modelos que los apoyen y orienten en sus procesos de tutoría; esto se agrava porque no disponen de instrumentos adecuados que les indiquen si mantienen un adecuado ritmo formativo. Al respecto, nosotros hemos identificado algunas causas por las que la tutoría en investigación no se ha desarrollado en la medicina de familia que se practica en nuestro medio, las principales causas que se han observado se muestran en la tabla 3.

Asimismo, también hemos identificado algunos factores que han favorecido la tutoría en investigación en el curso de especialización de medicina familiar en nuestro contexto académico-docente, dichos factores se muestran en la tabla 4.

En México poco se ha descrito sobre los modelos de tutoría que se usan; en la práctica, es probable que los tutores que sí

TABLA  
2

Modelo	Principales características
Modelo tradicional <sup>21</sup>	Prevalece una visión del tutor competente, que pone mayor énfasis sobre los contenidos a transmitir La calidad del tutor se valora por: El buen dominio de los contenidos de la especialidad Su capacidad para motivar, persuadir, negociar y satisfacer de las necesidades educativas del residente
Modelo ecológico <sup>21</sup>	El propósito de la educación es la facilitación del cambio y del aprendizaje; sólo son educadas las personas que han aprendido cómo aprender, que han aprendido a adaptarse y cambiar, que los conocimientos no son firmes y que el proceso de búsqueda del conocimiento es seguro. Los elementos que facilitan el aprendizaje son: Liberación de la curiosidad, evolucionando según los propios intereses y el sentido de indagación La educación responde al intento de estimular al residente para que vaya perfeccionando su capacidad de dirigir su propia vida, su proyecto personal de vida y para el desarrollo de llevarlo a cabo Enseñar significa crear las condiciones para el aprendizaje, coordinando los recursos, ayudando a los residentes a reflexionar sobre sus metas de aprendizaje y conectarlas con los recursos y oportunidades disponibles, individualizando la experiencia de aprendizaje e incorporándola a las competencias del alumno
Modelo de tutoría activa continua <sup>22</sup>	Se realizan actividades conjuntas entre tutor y residente: Revisión de la rotación Debate sobre temas de atención primaria no asistenciales Visitas concertadas de seguimiento de pacientes Participación en las sesiones del centro de salud Diseño, seguimiento y desarrollo del trabajo de investigación del residente (tesis)
Modelo de reflexión y diálogo con el residente <sup>23</sup>	Importa mucho la comunicación tutor-residente; es fundamental identificar las necesidades formativas y ritmo formativo del tutor por medio de: Reuniones periódicas entre el cuerpo de tutores Tareas docentes concretas estandarizadas y preelaboradas Contacto permanente con los residentes para establecer líneas de trabajo Capacitación de los tutores en metodología docente Formación continuada regular y normativa en el tutor Aprendizaje de técnicas para el manejo de problemas en la práctica clínica, docente e investigación
Modelo basado en el aprendizaje capacitador <sup>24</sup>	La función del tutor no es enseñar al residente, sino que éste aprenda El tutor es un facilitador de las capacidades y energías del residente, quien es ayudado a realizar una reflexión capacitadora o un ciclo de reflexión-acción Las principales características de este modelo son: Aprendizaje en vez de enseñanza El tutor como facilitador Producción de sinergias (trabajo en equipo) Contextualización para comprender mejor lo que se observa Características fuertes de los residentes Incremento de los recursos y potencialidades Planificación estratégica del currículum
Modelo Saura et al <sup>10-14,25</sup>	El tutor debe planificar, estimular, dirigir, seguir y evaluar el proceso de aprendizaje del residente El tutor debe poseer un alto nivel de competencia clínica imprescindible para ejercer como tutor de la especialidad Se fundamenta en las actitudes y habilidades que deben poseer los tutores: Facilitar la comprensión de la esencia de la práctica profesional (dominio de la filosofía y fundamentos de la medicina familiar) Promover el crecimiento y desarrollo personal del residente Fomentar el aprendizaje a través de la supervisión Proporcionar recomendaciones, consejos y guías El residente reconoce y asume que hace la residencia para aprender y debe: Confiar en que su tutor asignado sea un modelo adecuado de médico de familia Asumir que es normal que los pacientes tengan siempre como referente principal al tutor Poseer determinados y suficientes conocimientos y habilidades científico-técnicas para poder desarrollar el ejercicio profesional con un mínimo de rigor (saber) Tener una actitud positiva respecto a su formación y a la medicina de familia (querer) Tener las suficientes oportunidades para formarse correcta y adecuadamente (poder) Poseer una adecuada capacidad de crítica y autocritica Poder acceder a los recursos necesarios para su formación integral (asistencia, docencia e investigación)



LECTURA RÁPIDA



Los TMF necesitan un marco de referencia, normas y orientaciones básicas que les permitan y faciliten el desempeño de sus funciones como tutores:  
Una actividad tutorizada y continuada, en la cual debe haber un compromiso efectivo que se prolongue durante los tres años de la residencia.

Tutoría individualizada, basada en la relación de un residente con un tutor:  
Incremento progresivo de la responsabilidad, que se transmite paulatinamente al residente durante los 3 años de la residencia.

Tutoría personalizada, con el fin de adaptarse a las necesidades específicas de cada residente.

Tutoría evaluada por los mecanismos que indique el programa de la especialidad.





LECTURA RÁPIDA

▼ **Ventajas de los modelos de tutoría en la medicina de familia**

Representan una guía para realizar mejor el trabajo que desempeña un tutor. Mejoran la relación interpersonal tutor-residente que se establece en el acto asistencial-docente y de investigación. Proporcionan un conocimiento objetivo de las herramientas docentes que un tutor posee y las que debe poseer para desarrollar un adecuado trabajo con su residente. Ayudan al tutor a identificar con claridad las habilidades, destrezas, actitudes, valores y competencias que ya ha adquirido y las que aún no tiene.

Representan los fundamentos para planear la evaluación y autoevaluación cualitativa de los tutores. Proporcionan elementos útiles para detectar necesidades de formación y planear el desarrollo del ritmo formativo y la formación continuada del tutor.

▼ **Modelos de tutoría en la medicina de familia**

*Modelo tradicional*  
Prevalece una visión del tutor competente, que pone mayor énfasis sobre los contenidos a transmitir.

**TABLA  
3**

Los tutores no conocen los antecedentes ni identifican los modelos de tutoría de la medicina de familia
Los tutores no conocen sus necesidades formativas ni ritmo formativo <sup>23</sup>
Los tutores practican un modelo de tutoría basado en las experiencias educativas que les ha tocado «tener y vivir»
Los tutores practican un modelo de tutoría empírico (sin fundamentos ni características precisas)
Una escasa proporción de tutores ha tenido cursos o diplomados (formación continuada) en formación y capacitación docente <sup>23</sup>
Los tutores no reflexionan sobre sus actividades como tutor, lo cual repercute en que no existe crítica ni autocritica
Los tutores no conocen los principios ni las características de la relación tutor-residente
Los tutores no dominan las áreas de competencia, campo de acción y atributos de la medicina de familia
La mayoría de los tutores no participan en proyectos de investigación
La mayoría de los tutores no están capacitados en metodología de la investigación (teórico-práctica) y las áreas que la auxilian
Los tutores tienen una gran falta de interés y motivación por la investigación
No existen criterios de asignación de tutores para asesorar los trabajos de investigación (tesis) de los residentes
Existen tutores que nunca han hecho investigaciones formales y rigurosas y no tienen publicaciones como primeros autores
Existe un empirismo notable en muchos tutores que «asesoran» trabajos de investigación
La mayoría de los tutores no conocen los antecedentes de la tutoría en la enseñanza de la medicina ni los fundamentos y normas de la tutoría en el posgrado (especialidad, maestría y doctorado)
En una gran proporción de tesis se observa una falta de rigor conceptual, metodológico y, en algunos casos, ético

<sup>a</sup>Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

**TABLA  
4**

**Factores que han favorecido la tutoría en investigación en el curso de especialización de medicina familiar<sup>a</sup>**

Los tutores perciben y comprenden mejor la importancia que tiene el trabajo de investigación (tesis) en el proceso de formación del residente
Los tutores manifiestan la necesidad de establecer un proceso planeado, sistematizado y con seguimiento y evaluación del desarrollo del trabajo de investigación de los residentes durante los 3 años de formación
Los tutores reconocen la necesidad de establecer una relación interpersonal adecuada con los residentes, empática, flexible, honesta, madura y basada en la confianza mutua
Algunos tutores están interesados mayormente en conocer, comprender y analizar las características y fundamentos de los modelos de tutoría en la medicina de familia
Algunos tutores tienen una mayor percepción e interés por sus necesidades de formación y ritmo formativo para mejorar su desempeño docente y de investigación
Se ha generado una línea de investigación para apoyar y proporcionar herramientas académico-docentes para facilitar el aprendizaje, la docencia de la investigación y la tutoría en investigación de la medicina de familia
Por medio de la demostración, la supervisión capacitante y la asesoría continuada de tutores en su labor de tutoría en investigación se ha producido mayor interés y motivación hacia las actividades de investigación en el cuerpo tutorial
Existe mayor conciencia en las autoridades educativas, profesores, tutores y residentes de que los trabajos de investigación deben concluirse y presentarse en el tiempo y la forma planeados en el curso de especialización
Se reconoce que la investigación se aprende llevando a cabo investigación (práctica) y no únicamente con cursos teóricos
La calidad de la asesoría de los trabajos de investigación tiene una relación directamente proporcional cuando el asesor ha tenido una importante participación activa en proyectos de investigación y un mayor número de publicaciones en revistas con comité editorial
La inclusión de tutores y residentes en líneas de investigación sólidas y estables favorece notablemente el aprendizaje de la investigación

<sup>a</sup>Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

hacen tutoría (porque habrá quienes nunca lo hacen) realicen una tutoría híbrida, es decir, que no sigan o realicen una tutoría pura, según los modelos descritos y que utilicen (consciente o inconscientemente) herramientas de dos o más modelos y quizás de otros más. Pensamos que es altamente probable que en nuestro medio, los tutores ni siquiera conozcan los modelos de tutoría ni los fundamentos y características de la relación tutor-residente, y la practiquen de una manera empírica y únicamente basada en las «vivencias» educativas que han tenido y que han sido acumuladas a lo largo de los años durante su labor como tutor oficial. Esa «experiencia» en la tutoría se agrava debido a que, con gran seguridad, se han presentando en sus centros de salud o clínicas algunos de los factores descritos en la tabla 3. Es fácil sostener entonces que, con estos argumentos señalados, hacer o realizar una adecuada tutoría implica no sólo ser designado tutor en alguna de las unidades docentes, sino que además se debe tener o adquirir paulatinamente (en un proceso de autoformación y capacitación continua) un profundo conocimiento de lo que se hace y no simplemente hacerlo de manera superficial o aparente o, más grave, ignorarlo por omisión y, peor aún, omitirlo de manera consciente por el tutor (negligencia educativa)<sup>20</sup>.

### La propuesta del modelo de tutoría en investigación asesor-tutor-residente

La investigación en medicina familiar es un elemento clave para el futuro de esta disciplina en nuestro país; muchos autores han declarado que el único camino para consolidarla es hacer investigación original y de calidad que de generarse «desde la medicina familiar y no en medicina familiar». Partiendo de esta necesidad y afirmación, actualmente se experimenta un modelo de trabajo cualitativo que se está realizando como un proyecto de investigación en el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM, y que se fundamenta en algunas características de los modelos de tutoría presentados<sup>21-25</sup>, orientaciones y recomendaciones de otros autores<sup>8-20</sup> y la pirámide de Miller<sup>26-29</sup> (evaluación de las compe-

tencias clínicas); el modelo ha sido denominado asesor-tutor-residente (ATR) y su propósito es ensayar y establecer un modelo de tutoría en investigación orientado a la realización de la tesis de los residentes, que incluye un proceso dinámico de capacitación, entrenamiento y formación tanto del tutor como del residente utilizando la experiencia del asesor.

El modelo ATR tiene cuatro niveles que pueden ser percibidos también como una pirámide. Sin embargo, quizás sea más apropiado proyectar el modelo como una escalera de cuatro pasos, en la cual cada uno debe ser dado de forma segura y firme para tener un adecuado soporte y avanzar al siguiente escalón; adquiriendo seguridad y confianza que tienen como base los conocimientos, actitudes, habilidades, valores, ética y competencias en el contexto de una relación humana total (de calidad) entre asesor, tutor y residente.

La experiencia que se ha tenido en el uso del modelo de tutoría en investigación que se propone señala que durante el desarrollo de este proceso de tutoría en investigación el asesor conduce al residente y al tutor al aprendizaje de la investigación vinculando la teoría con la práctica; el asesor no espera ni se detiene a que el tutor y el residente adquieran las capacidades señaladas en cada nivel de la «escalera», es decir, es flexible en el proceso, pero hace objetivas y precisa con claridad las necesidades formativas que deben adquirir y comprometerse a poseer en ambos sin detener el proceso de tutoría para el desarrollo del trabajo de investigación. Se pretende avanzar siempre, ascendiendo durante el transcurso del proceso de tutoría en investigación, de manera paulatina, planeando y sistematizando las actividades de investigación que se realizan periódicamente, adaptando las necesidades de tiempo a las circunstancias propias de la rotación del residente en el hospital y en el centro de salud, considerando los recursos económicos, compromisos y actividades del tutor y del propio asesor.

Finalmente, y por motivos de espacio, en un trabajo posterior se describirán con detalle y de manera precisa las características del modelo ATR, que proponemos como modelo de tutoría en investigación desde la visión de la medicina de familia.

### LECTURA RÁPIDA

▼ **Modelo ecológico**  
El propósito de la educación es la facilitación del cambio y del aprendizaje.

▼ **Modelo de tutoría**  
Se realizan actividades conjuntas entre tutor y residente.

▼ **Modelo de reflexión y diálogo con el residente**  
Importa mucho la comunicación tutor-residente; es fundamental identificar las necesidades formativas y ritmo formativo del tutor.

▼ **Modelo basado en el aprendizaje capacitador**  
La función del tutor no es enseñar al residente, sino que éste aprenda. El tutor es un facilitador de las capacidades y energías del residente, quien es ayudado a realizar una reflexión capacitadora o un ciclo de reflexión-acción.

▼ **Modelo Saura et al**  
El tutor debe planificar, estimular, dirigir, seguir y evaluar el proceso de aprendizaje del residente. El tutor debe poseer un alto nivel de competencia clínica imprescindible para ejercer como tutor de la especialidad.



### ▼ La propuesta del modelo de tutoría en investigación asesor-tutor-residente

La investigación en medicina familiar es un elemento clave para el futuro de esta disciplina en nuestro país; muchos autores han declarado que el único camino para consolidarla es hacer investigación original y de calidad que de generarse «desde la medicina familiar y no en medicina familiar».

▼ Actualmente se experimenta un modelo de trabajo cualitativo que se está realizando como un proyecto de investigación en el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM.

▼ El modelo ha sido denominado asesor-tutor-residente y su propósito es ensayar y establecer un modelo de tutoría en investigación orientado a la realización de la tesis de los residentes, que incluye un proceso dinámico de capacitación, entrenamiento y formación tanto del tutor como del residente utilizando la experiencia del asesor.

### Agradecimiento

A R. Ponce Pérez, por su espiritualidad, apoyo y presencia permanente.

### Bibliografía

1. Gómez de la Cámara A. Investigación en medicina de familia. En: Ceitlin J, Gómez GT, editores. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: SemFyC y CIMF, 1997; p. 251-8.
2. Melguizo M, López LA. La investigación en atención primaria. Aten Primaria 1991;3:359-60.
3. Martín ZA, Huguet M, García CF. La organización de las actividades en atención primaria. En: Martín ZA, Cano PJF, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3.<sup>a</sup> ed. España: Mosby/Doyma libros, 1995; p. 34-47.
4. Goldberg BW. Asistencia sanitaria basada en la población. En: Taylor RB, editor. Medicina de Familia. Principios y práctica, 5.<sup>a</sup> ed. España: Springer-verlag Ibérica. 1999; p. 35-9.
5. Turabián JL. Cuaderno de medicina de familia y comunitaria. España: Díaz Santos, 1994.
6. Ponce RR, Landgrave IS, Madrigal de LH, Sánchez EL, Valadés RB, Urrutia AME. Formación de investigadores en medicina familiar: obstáculos para la consolidación de la medicina familiar a través de la investigación. Arch Med Fam 2002;4:27-41.
7. Bonal PP, Gil GV, Martín ZA, Pinto HA. La medicina de familia como área de conocimiento. Aten Primaria 1999;23:151-74.
8. Gayoso DP, Viana ZC, García GJ, Tojal del Casero F. Los tutores de medicina de familia: actitudes y actividades de tutorización. Aten Primaria 1995;15:481-6.
9. Molina DF. Relación humana residente-tutor. VIII Jornadas Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria. Aten Primaria 1998;22(Supl 1):39.
10. Saura J, Quirós BC, Molina DF. ¿Cómo llevar a cabo la tutorización de residentes en medicina familiar y comunitaria? Aten Primaria 1994;13:103-4.
11. Saura J. La evaluación de los residentes de medicina de familia y comunitaria. Aten Primaria 1995;16:179-80.
12. Saura J. «El manual del tutor» de atención primaria. Aten Primaria 1996;17:177-8.
13. Leal HM, Saura J, López PM, Dela Viesca CS, Ferrer MA, García MMM. Investigación en la acción. Cómo facilitar la incorporación de los residentes de MFyC al centro de salud. Aten Primaria 1996;18:571-6.
14. Saura J, Leal HM. Docencia posgrado: factores condicionantes de la relación tutor-residente en medicina familiar. Aten Primaria 1997;20:511-8.
15. Oller CM, Vila CM, Asens MN, Castellanos DRM, Parra HL, Sierra AY. Autoaprendizaje o tutorización. Análisis cualitativo de las sesiones clínicas de residentes y tutores en un centro de salud. X Jornadas Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria. Aten Primaria 2000;26(Supl 1):81.
16. Saura J. ¿Cómo quieren los residentes que sean sus tutores? IX Jornadas Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria. Aten Primaria 1999;24(Supl 2):43-4.
17. Leiva FF, Prados TD. Evaluación y mejora de la calidad en la aplicación del programa docente en MFyC: El taller de tutores como instrumento de detección de problemas y diseño de medidas correctoras. VIII Jornadas Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria. Aten Primaria 1998;22(Supl 1):42-3.
18. Gallo VFJ, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SC, Foz i Gil G, Granados MMI, et al. Perfil profesional del médico de familia. Aten Primaria 1999;23:236-48.
19. Ponce RER. La investigación en el programa de especialización en medicina familiar. En: Gómez CFJ, Ponce RER, editores. El paradigma del profesor-investigador al inicio del siglo XXI. Primer Coloquio Nacional de Profesores-Investigadores en Medicina Familiar. Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar AC (AMPMF). Documento de trabajo CNPI/001. México, 2001; p. 26-8.
20. Ponce RER. Formación de investigadores en medicina familiar. En: Gómez CFJ, Terán TM, Ponce RER, editores. Concepto, paradigmas y práctica de la medicina familiar. II Coloquio Nacional de Profesores-Investigadores en Medicina Familiar. Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar AC (AMPMF). Documento de trabajo CNPI/002. México, 2002; p. 38-41.
21. Turabián FJL, Pérez FB. Modelos de tutorización. VIII Jornadas Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1998;22(Supl 1):40.
22. Sant AE, Casajuana BJ, Botinas MN, Altirriba VJ, Vila CMA. Tutorización activa continua: una metodología para intentar ser tutor durante los tres años. VIII Jornadas Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1998;22(Supl 1):43.
23. Redondo SJM, Aliaga MA. El tutor novato: una propuesta racional. IX Jornadas Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999;24(Supl 2):41-2.
24. Turabián JL, Pérez FB. Avances en metodología docente. IX Jornadas Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999;24(Supl 2):42-3.
25. Saura J, Leal HM. Docencia posgrado: factores condicionantes de la relación tutor-residente en medicina familiar. Aten Primaria 1997;20:511-8.
26. Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990;65:S63-S7.
27. Blay PC. Evaluación de la competencia profesional: ¿están cambiando los tiempos? Aten Primaria 1995;16:2-4.
28. Esteve RM. Competencias y desarrollo profesional. Educación Médica 1999;2:66-9.
29. Cots YJM. Sistemas de acreditación de competencia clínica de los médicos de familia. Aten Primaria 2000;26(Supl 1):158-9.