

El pase de visita en la enseñanza médica: reflexión desde la Teoría de la Actividad

Roberto Nava Espinosa^{a,*}

Facultad de Medicina



Resumen

El pase de visita es una actividad donde se conjuntan procesos docentes y asistenciales alrededor de la atención a pacientes hospitalizados. Representa el momento ideal para el aprendizaje del método clínico, ya que existe una interacción entre médicos expertos con novatos en medicina. No obstante, a pesar de ser un acto cotidiano, no suele tener una dinámica homogénea, ya que cada médico la desarrolla a su libre elección. Tampoco los procesos que ahí se desarrollan suelen llevarse de la mejor manera. Una mirada desde la óptica de la Teoría de la Actividad puede ayudar a comprender lo que ahí se genera, en aras de perpetuar y mejorar uno de los momentos de mayor aprendizaje para el médico en formación.

Palabras clave: *Pase de visita; Enseñanza de la medicina; Teoría de la actividad.*

© 2019 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Medical visit in medical education: Reflection from the Activity Theory Abstract

The visit pass is an activity that combines teaching and care processes around the care of hospitalized patients. It represents the ideal time for the learning of the clinical

^aEscuela de Educación y Desarrollo Humano. Universidad De La Salle, Bajío.

Recibido: 9-noviembre-2018. Aceptado: 2-enero-2019.

*Autor de correspondencia: Roberto Nava Espinosa. Unidad Académica de Medicina Humana y Ciencias de la Salud. Edificio E-3, Campus Siglo XXI. Carretera Zacatecas-Guadalajara Km. 6, Ejido La Escondida, CP 98160, Zacatecas, Zac. / Hospital General Zacatecas "Luz González Cosío". Servicio de Medicina Interna, 2.º piso. Circuito Ciudad Administrativa No. 410, Colonia Ciudad

Gobierno, C.P. 98160, Zacatecas, Zac.

Correo electrónico: betonavaes@icloud.com

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

2007-5057/© 2019 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.18163>

method, since there is an interaction between expert doctors and novices in medicine. However, despite being an everyday act, it does not usually have a homogeneous dynamic, since each doctor develops to its free choice. Neither the processes that are developed there are usually carried out in the best way. A look from the perspective of the Activity Theory can help to understand what is generated there, in order to perpetuate and improve one of the moments of greatest learning for the doctor in training.

Keywords: *Visit pass; Medical education; Activity theory.*

© 2019 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

Al interior de los hospitales se desarrollan una serie de actividades encaminadas a la asistencia del paciente, labor que desempeñan médicos, enfermeras, nutriólogos, técnicos en radiología, entre otros. Muchas de estas instituciones cuentan además con personal becario, nombre que suele darse a los médicos residentes e internos de pregrado; también ahí concurren estudiantes de medicina quienes cumplen sus respectivos ciclos clínicos, con lo cual se conforman comunidades en medicina.

En los nosocomios existen diversas formas de generar enseñanza y aprendizaje, entre ellas: el pase de visita, la guardia hospitalaria, las discusiones de casos clínicos, las sesiones clínico-radiológicas y clínico-patológicas. Sin menospreciar a los elementos que aportan cada una de ellas, el presente documento destacará la importancia de el *pase de visita*.

Esta actividad representa uno de los momentos idóneos para el aprendizaje de la clínica ya que es aquí donde existe una serie de interacciones entre médicos expertos con aquellos que están en proceso de formación, ello sin perder de vista que también sirve para dar continuidad y vigilancia al paciente hospitalizado.

ANTECEDENTES DEL PASE DE VISITA

El pase de visita es una labor cotidiana en la vida hospitalaria, llega a ser tan común que para muchos médicos suelen pasar inadvertidos los procesos de interacción que ahí suelen generarse, así como sus particularidades. Algunos autores señalan su existir desde mediados del siglo XVII hasta nuestros días¹. La mayoría de las opiniones al respecto concuerdan que es un acto que representa la manera más efectiva de aprender el método clínico.

Esta actividad ha sido ejemplificada a través de la historia de la medicina en diferentes obras de arte, en ellas un distinguido médico rodeado de sus discípulos discute la enfermedad de un paciente en su cama de reposo. Como ejemplos de galenos destaca Jean-Martin Charcot y Christian Albert Theodor Billroth; dentro de las obras se puede mencionar *La visita al hospital*, de Luis Jiménez Aranda, que data de 1889, y *El día del éter*, de Robert Hinckley, del año 1882.

A pesar de lo importante que suele ser el pase de visita, existen investigaciones² que describen el decremento de esta actividad, y su enfoque se ha centrado en cuestiones asistenciales o administrativas, dejando de lado su función docente. Diversos estudios en Norteamérica señalan que desde la década de los sesentas el pase de visita ha disminuido considerablemente³, otros más señalan que ocurre solo en el 25% de los casos^{1,4}.

En contraparte con lo antes descrito, han surgido propuestas^{1,4} para retomar esta actividad en la enseñanza clínica desde diversas perspectivas; por ejemplo, estrategias para mejorar las habilidades de comunicación durante dicho proceso⁵; otras que citan modelos referenciales para la ejecución del pase de visita⁶; las hay con propuestas metodológicas para hacer funciones docente-asistencial⁷; y de contribuciones para la formación integral del médico⁸.

Bajo estas perspectivas conviene adentrarse en los diferentes modos en que es visto el pase de visita, los objetivos que se persiguen, así como el papel que desempeñan algunos de los integrantes del equipo de salud. Mención especial tendrá el docente clínico como preceptor y ejemplo a las nuevas generaciones de médicos, así como el papel que juegan durante el proceso de enseñanza-aprendizaje en medicina.

Se concluirá con una descripción de lo que llega

a representar el pase de visita y lo que ahí ocurre desde la óptica de la Teoría de la Actividad. Esta teoría analiza el comportamiento y el conocimiento en relación a sistemas de actividad dirigidos a un objetivo, donde están presentes las interacciones humanas cooperativas⁹. Su origen deriva de la escuela histórico-cultural de la Psicología Rusa de las décadas de los veinte y los treinta, cuyos fundadores son Vigotsky, Leontiev y Luria¹⁰.

DEFINICIÓN DEL PASE DE VISITA

El pase de visita es una tarea cotidiana en el ámbito hospitalario¹¹, ha resistido las pruebas del tiempo¹², ya que se realiza desde épocas remotas donde se han forjado las tradiciones clínicas frente a los pacientes de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica¹³.

Ceballos et al.¹² lo definen como una actividad repetitiva, dirigida por un médico experimentado que funge como profesor sobre un grupo de becarios y/o estudiantes de medicina, con lo cual se transmite información de participante a participante independientemente de su nivel jerárquico⁸.

Corona et al.¹⁴ han proporcionado los elementos para la conceptualización del pase de visita, los cuales se describen a continuación:

- Es una forma particular de vida humana.
- Se realiza de manera fundamental en los hospitales.
- Existe la relación de cuando menos dos sujetos, el médico y su paciente.
- Se desarrolla en función de la ejecución del proceso de atención médica.
- Es esencialmente asistencial e intencionalmente formativa.

El hecho de organizar las actividades asistenciales al enfermo hospitalizado, hace que sea un tipo peculiar de educación en el trabajo⁸, de esa dinámica surgen interacciones que favorecen el aprendizaje de la clínica entre sus integrantes¹⁵. Ello representa la columna vertebral del sistema de actividades formativas en educación de pregrado y posgrado¹⁶, lo cual constituye el pilar fundamental para el aprendizaje del método clínico¹⁷, ya que garantiza una asistencia integral de calidad hacia los pacientes; así se fomenta la enseñanza en la medida que los fines docentes y

asistenciales estén íntimamente relacionados¹⁸. Conviene entonces revisar los objetivos que deben perseguirse al realizar esta actividad.

OBJETIVOS DEL PASE DE VISITA

Existen diferentes puntos de vista respecto a los objetivos que persigue el pase de visita. Para Espinosa¹³, esta actividad se centra en las medidas asistenciales enfocadas a la pronta recuperación del enfermo; por su parte Roca et al.⁷ describen como centro de atención aquellos aspectos que se relacionan con el desarrollo de habilidades clínicas y conocimientos que permitan al médico resolver los problemas de salud, así mismo con la adquisición de actitudes y valores éticos. Olvera et al.² así como García et al.¹⁹ describen la importancia de llevar a cabo funciones docentes y asistenciales, los cuales son dependientes e inseparables en el desarrollo de la atención de calidad a los pacientes.

Ceballos et al.¹² hacen la diferenciación entre dos tipos de pase de visita: el *asistencial*, y el *docente-asistencial*. El primero preserva algunos atributos docentes, pero su enfoque está centrado en las necesidades del paciente de acuerdo a la complejidad de sus afecciones; mientras que para el segundo los objetivos docentes y los asistenciales se dan a la par. Cuando estos últimos propósitos se desarrollan en armonía, se obtienen mejores resultados en la atención médica y educativa. Ejemplos lo constituyen los trabajos de García et al.¹⁹ así como de Roca et al.⁷

En síntesis el pase de visita busca objetivos formativos en los órdenes instructivo y educativo sin descuidar la parte asistencial; dicho en palabras concretas, el principal objetivo del pase de visita lo constituye el aprendizaje del proceso de asistir a un enfermo¹⁶, ya que la mejor enseñanza es la que enseña el propio paciente³. Álvarez et al.¹⁸ enfatizan: “en la actividad del pase de visita el problema ya existe, es el propio enfermo”.

ETAPAS DEL PASE DE VISITA

El pase de visita al igual que la enseñanza de la medicina clínica, son actividades complejas por lo que para algunos puede resultar difícil el poder sistematizarlas²⁰, puesto que se ha aprendido a lo largo de los años mediante la observación y la imitación, sin que se cuente con un plan de por medio²¹. No obs-

tante existen investigaciones que se han propuesto describir los puntos referentes al pase de visita^{6,7,18,19}.

Existen algunos requisitos implícitos que los integrantes del equipo de salud deben cumplir, como disciplina, puntualidad, vestuario correcto, orden, respeto, higiene e incluso solemnidad¹³; todo ello en aras de amoldar el carácter y el comportamiento de los educandos, sin que esto se interprete como una actitud represiva, sino un reclamo de responsabilidad¹⁷.

Álvarez et al.¹⁸ definieron no solo el concepto de pase de visita, también describieron las características que deben cumplirse, sus etapas y la importancia del papel que debe tener el docente clínico. Otros autores¹⁹, además de lo anterior, incluyeron los aspectos requeridos de parte del docente clínico, la estructura requerida, las consideraciones asistenciales hacia el enfermo, las habilidades necesarias para desarrollarlo, la ética a seguir, y finalmente las recomendaciones en lo general y en lo particular.

En lo que respecta a las etapas del pase de visita, Corona⁶, lo sintetiza en tres pasos a los cuales denomina: momento introductorio, desarrollo y momento conclusivo. Por su parte, Álvarez et al.¹⁸ consideran cinco momentos. Ambas propuestas concuerdan en lo general con lo que la mayoría de los médicos clínicos realizan en cada paciente. A continuación, se enumeran y posteriormente se describirá lo referente a las fases del pase de visita que estos últimos autores proponen:

1. Organización de la actividad.
2. Recolección de datos (*de la historia clínica del paciente*).
3. Presentación del paciente.
4. Análisis colectivo.
5. Conclusiones.

En las tres primeras fases se involucra a los médicos novatos, es decir, a los estudiantes de medicina, internos de pregrado y residentes de menor jerarquía. La *primera* sirve para cumplir los objetivos del pase de visita; durante la *segunda* el estudiante o el becario se encargarán de recabar la información necesaria que les permita conocer lo relacionado con la enfermedad del paciente; para así llegar a la *tercera*, que es donde se realiza la presentación del enfermo al médico responsable.

En esta última el médico novato hace el recuento del padecimiento que originó el ingreso del paciente al hospital, de aquellos antecedentes que están relacionados con la enfermedad actual, los principales hallazgos a la exploración física, y la concatenación con los estudios auxiliares del diagnóstico, para finalmente dar lugar a la integración de síndromes clínicos y diagnósticos nosológicos. Una vez que se han cumplido estas primeras tres fases, se llega a la cuarta y quinta que son responsabilidad casi exclusiva del docente clínico.

La *cuarta* fase, de análisis colectivo, Álvarez et al.¹⁸ la describen como la más importante; aquí el docente clínico es el modelo, ya que examina, analiza, demuestra y promueve la discusión entre todos los integrantes de una manera escalonada y dirigida; siempre actuando con ética, cuidado, privacidad, higiene, respeto hacia el paciente y a los integrantes del equipo de salud.

Esta parte también es la más compleja, debido a que existe la mayor interacción entre el docente clínico con sus discípulos, lo que en teoría produce mayor aprendizaje clínico. Los comentarios que surgen alrededor del análisis colectivo no necesariamente deben hacerse a lado del paciente¹⁹, sobre todo cuando ello implique utilizar terminología que afecte la relación con él; o bien cuando se pretende comunicar información que le genere incertidumbre y temor.

En tales casos el análisis y la discusión deberán realizarse en un sitio diferente (sala de trabajo, aulas, etcétera), ya sea antes o después de concluir el pase de visita, más aún si se trata de algún diagnóstico fatal que produzca un impacto emocional hacia el enfermo y sus familiares²². El médico responsable elegirá la manera más idónea de comunicarlo.

Otro aspecto que ha emergido durante esta cuarta fase, es cuando se discuten patologías poco comunes, o bien cuando existe controversia de tipo diagnóstico-terapéutico. Desde hace algunos años existen diversas propuestas alternativas para mejorar la calidad de la atención durante el pase de visita, mediante el uso de recursos tecnológicos en salud²³⁻²⁶.

En la época actual es común que la mayoría de los integrantes del equipo de salud, sobre todo los jóvenes, cuenten con dispositivos móviles inteligentes o tabletas electrónicas. Existe una expansión en el

uso de software educativos en medicina²³, que facilitan establecer diagnósticos, pronósticos e incluso la prescripción adecuada de fármacos²⁴; otros más han demostrado ser útiles cuando se trata de realizar diagnósticos diferenciales²⁷.

La principal ventaja que ofrece esta tecnología aplicada al campo clínico es la rapidez con la que se puede hacer una consulta académica, se tiene acceso en tiempo real a información actualizada que sea útil para la retroalimentación teórica del equipo de salud; pero desde luego se busca que el paciente sea el principal beneficiado en cuanto al diagnóstico o tratamiento de su patología.

El uso de estas tecnologías durante el pase de visita puede ser motivo de discusión; habrá quienes defiendan el método clínico tradicional y se opongan a lo anterior^{26,28}. También habrá quienes se deslumbrarán con las mismas²⁸, con lo que se está en riesgo de perder, el contacto con los valores humanos que tanto necesita el enfermo²⁹.

Corresponde entonces al docente clínico como principal responsable de la atención del paciente y mentor de sus discípulos, capacitarse en el uso de recursos informáticos en medicina²⁵, para mantener un sano equilibrio entre el método clínico tradicional, apoyado en la tecnología emergente para sustentar mejor la toma de decisiones clínicas, y mejorar los resultados hacia los enfermos²⁶.

Una vez que se han cumplido con éxito las cuatro fases precedentes, se llega así a la última: de Conclusiones. En esta, el docente clínico describe el diagnóstico final, establece un plan de manejo, realiza un cierre que a menudo es dar información al paciente y sus familiares. Sin embargo, también retroalimenta al educando, demuestra con su ejemplo, corrige errores, lo motiva, hará el aporte teórico no descrito, enfatiza en aspectos que pudiesen haber pasado desapercibidos, fomentará el autoaprendizaje mediante tareas que serán retomadas en la siguiente sesión de trabajo clínico¹⁸.

Desde luego que pueden enumerarse una serie de pasos adicionales, como lo pueden ser la revisión del censo de pacientes hospitalizados previo al pase de visita; la distribución que se hará de ellos cuando existen diferentes grupos de trabajo, de especialidades o subespecialidades; la verificación de que todos los integrantes del equipo se encuentren presentes;

la revisión del expediente clínico, documento oficial donde quedan plasmados la parte administrativa de la atención médica y el análisis e interpretación de los estudios de gabinete, entre otros. Cada uno de los rubros descritos pueden incluirse o desarrollarse a la par dentro de la propuesta de Álvarez et al.¹⁸

Conforme el médico adquiere mayor experiencia, irá sistematizando y perfeccionando su manera de pasar visita, incluso puede imprimir un sello propio;⁷ sin embargo, ello no garantiza el éxito en los objetivos planteados, si no se cumplen determinados principios didácticos y metodológicos. Al respecto García et al.¹⁹ señalan los siguientes:

- Deberá planificarse.
- Existir disciplina de horarios.
- Número de participantes.
- Dirección a seguir.
- Dirección del intercambio de información.
- Tener presente que es una actividad de control y evaluación.
- Velar por la calidad de la atención médica.
- Formación de valores en el educando.
- Manejar el escenario en las salas de hospitalización.
- Mantener un método activo.

En aquellos nosocomios donde existen médicos en formación ya sea residentes, internos de pregrado, y estudiantes de medicina, siempre será recomendable hacer uso del pase de visita docente-asistencial. Para complementar lo anterior es pertinente analizar el papel que juega el docente clínico como guía durante el pase de visita docente asistencial.

PAPEL DEL MÉDICO DOCENTE DURANTE DEL PASE DE VISITA

El rol del médico experto como mentor o tutor, tiene trascendencia que va más allá de compartir conocimiento teórico, también lo es en la transmisión de actitudes y valores; así mismo influye en aspectos que no son ajenos a la medicina, como cultura general y ética³⁰. Con ello estará demostrando una forma de ser un médico preocupado por el bienestar de su paciente y del aprendizaje de sus discípulos.

A ese respecto el documento denominado Perfil por Competencias del Médico General Mexicano³¹,

describe: “La profesión médica se estructura en torno de dos ejes: la relación entre el conocimiento científico y práctica clínica; el segundo por la relación entre legos y expertos. Estos dos ejes organizan la acción profesional, siendo la metodología el elemento que permite articular a estos dos ejes”.

Ello conduce a pensar que los médicos responsables del pase de visita, deben reunir determinados atributos humanos y profesionales; por ejemplo, contar con autoridad legal y de prestigio¹³; deben ser dinámicos, contar con conocimientos didácticos y pericia pedagógica¹²; deben además exigir respeto, armonía, disciplina, con la finalidad de amoldar el carácter y comportamiento de sus discípulos para garantizar una eficiencia máxima de ellos, toda vez que eso representa actuar con profesionalismo¹⁷; su actuar debe servir de modelo o ejemplo integral.

Su discurso debe estar acorde a lo que realiza, no debe alejarse del contacto directo con los pacientes, de otra manera estaría cayendo en la contradicción entre el decir y hacer; debe demostrar conocimientos y habilidades necesarios en la enseñanza¹⁶. A este respecto Lifshitz²⁰, abunda: “No se puede alcanzar el dominio de la clínica a partir de la experiencia ajena ni del razonamiento puro; es preciso ver, tocar, oír y oler seres humanos, sanos y enfermos e incorporar cognoscitivamente sus imágenes, repetirlas hasta convertirse en un experto”.

Además del profesionalismo como código no escrito de la conducta médica³², el médico experto no debe perder de vista que cada vez que se encuentre al frente de la conducción del pase de visita, será observado e incluso cuestionado por sus educandos, sobre todo cuando ellos detecten inconsistencias en sus conocimientos o en su proceder; lo cual le obliga a mantenerse actualizado, no solo por la responsabilidad educativa que asume, sino por el bienestar del paciente.

Mediante la interacción entre alumno y maestro surgirá el momento idóneo para enseñar y aprender, donde *todos aprenden y enseñan simultáneamente*; además se fomentará la preparación humanística que permita comprender al individuo que tiene un padecimiento³⁰. Una frase que ejemplifica el ideal del docente es la descrita por Fernández³³: “El mejor profesor no es el que más conocimientos pueda exhibir, sino el que constituya el mejor modelo pro-

fesional para los educandos, por brindar su sabiduría y calor humano a quienes lo necesitan, con una proyección humana y científica ejemplares”.

PASE DE VISITA DISFUNCIONAL

Si bien no existe en la literatura, la descripción de este concepto como tal, se puede partir del ideal requerido y descrito del pase de visita. La palabra disfuncional de acuerdo a *The Free Dictionary*³⁴, significa lo siguiente: “hecho o fenómeno que produce consecuencias contrarias al buen funcionamiento de un determinado sistema social”. El pase de visita que se aleja de los objetivos, de los principios didácticos y metodológicos que rigen las actividades docentes y asistenciales cabe en este concepto.

Existen diferentes factores involucrados que pueden ser inherentes al médico o a la institución. Algunos docentes clínicos no le prestan el valor e importancia que tiene el pase de visita en la formación de médicos, debido a que desconocen el impacto formativo que se genera²; se limitan a cumplir la parte asistencial, o bien deslindan esa responsabilidad en los residentes de mayor jerarquía.

Cualquier médico que está al frente de una comunidad en medicina puede cumplir de manera inadvertida las fases y principios que rigen el pase de visita; sin embargo, también suelen presentarse conductas que se alejan de la deontología médica. Espinosa¹³, y Roca et al.⁷ enumeran algunos de los errores en los que se llega a caer durante el pase de visita, los cuales deben evitarse siempre que sea posible:

- Excederse en la disertación académica.
- Tratar asuntos no relacionados con el paciente.
- No preocuparse por la solución de los problemas del paciente.
- Hablar de indiscreciones e imprudencias.
- Iatrogenia verbal o gestual.
- Transgredir aspectos éticos.
- No respetar la privacidad, el pudor o la individualidad del paciente.

Otros aspectos relacionados al docente clínico que intervienen en un pase de visita disfuncional, son las actitudes de maltrato hacia sus discípulos, los cuales suelen verse *normales* o *intranscendentes*. Los primeros registros de este tipo de conductas en

medicina datan de la década de los sesentas; existen diversas publicaciones que hacen referencia a las conductas y ambientes hostiles que suelen encontrarse en los hospitales³⁵⁻³⁸. Los tipos de maltrato más comunes son de tipo verbal y psicológico; aunque existen otros: académico, físico, sexual e incluso racial³⁹. El área donde predominan, son las de tipo quirúrgico.

Este tipo de comportamiento hostil, por lo general es hacia los estudiantes de medicina, internos de pregrado o residentes de menor jerarquía; puede observarse en cualquier especialidad, en el transcurso del pase de visita o fuera de él. Las consecuencias de estos actos son funestos, ya que influyen en su autoestima; generan insatisfacción, impotencia, estrés, sentimiento de culpa y despersonalización³⁶.

También se produce incertidumbre, falta de confianza, y lo más grave, rechazo de los enfermos a ser atendidos por los médicos novatos, lo cual afectará esa incipiente relación médico-paciente. Por lo tanto, es importante que el docente clínico deje de lado la iatrogenia verbal o gestual⁷, y se apegue a los principios éticos que rigen la práctica médica⁴⁰.

Con la finalidad de evitar esa mala praxis educativa, se debe tener presente que el médico puede ser ejemplo a imitar, o bien para no ser imitado. De ahí que lo descrito por Rivero³⁰, debe hacer eco en todos los que están frente a un grupo de médicos en formación: “¿Qué se pierde cuando se pierde un ejemplo a seguir? Cuando un maestro se pierde a sí mismo como tal, se desencamina el papel modelador de conductas. Y hay un modelador conductual en cada profesor, como lo hay en cada médico practicante”.

A través de las líneas precedentes, solo se ha intentado describir una parte de lo que sería el ideal del pase de visita, así como su disfuncionalidad. Ello debe conducirnos a una autoevaluación de nuestro proceder durante esa actividad cotidiana. También se identifica un área de oportunidad para desarrollar investigaciones que permitan documentar las particularidades que se dan en la interacción entre expertos y aprendices.

TEORÍA DE LA ACTIVIDAD

En esta teoría están presente las relaciones humanas cooperativas; Alexei Leontiev es a quien se considera

el fundador de la misma, ya que él acuñó dicho término⁴¹. Yrjö Engeström, es un autor finlandés contemporáneo que ha dado continuidad a la misma.

Barros et al.⁴² utilizaron este referente teórico para comprender entornos colaborativos de enseñanza aprendizaje; Ortiz et al.⁴³ destacan la importancia del papel orientador del docente como el elemento clave para mantener el objetivo de la enseñanza, sin que ello implique excluir de este proceso al alumno. A partir de las categorías descritas por Leontiev, Blanco et al.⁴⁴ analizaron el método clínico para ver lo que sucede en las acciones y operaciones del proceso diagnóstico.

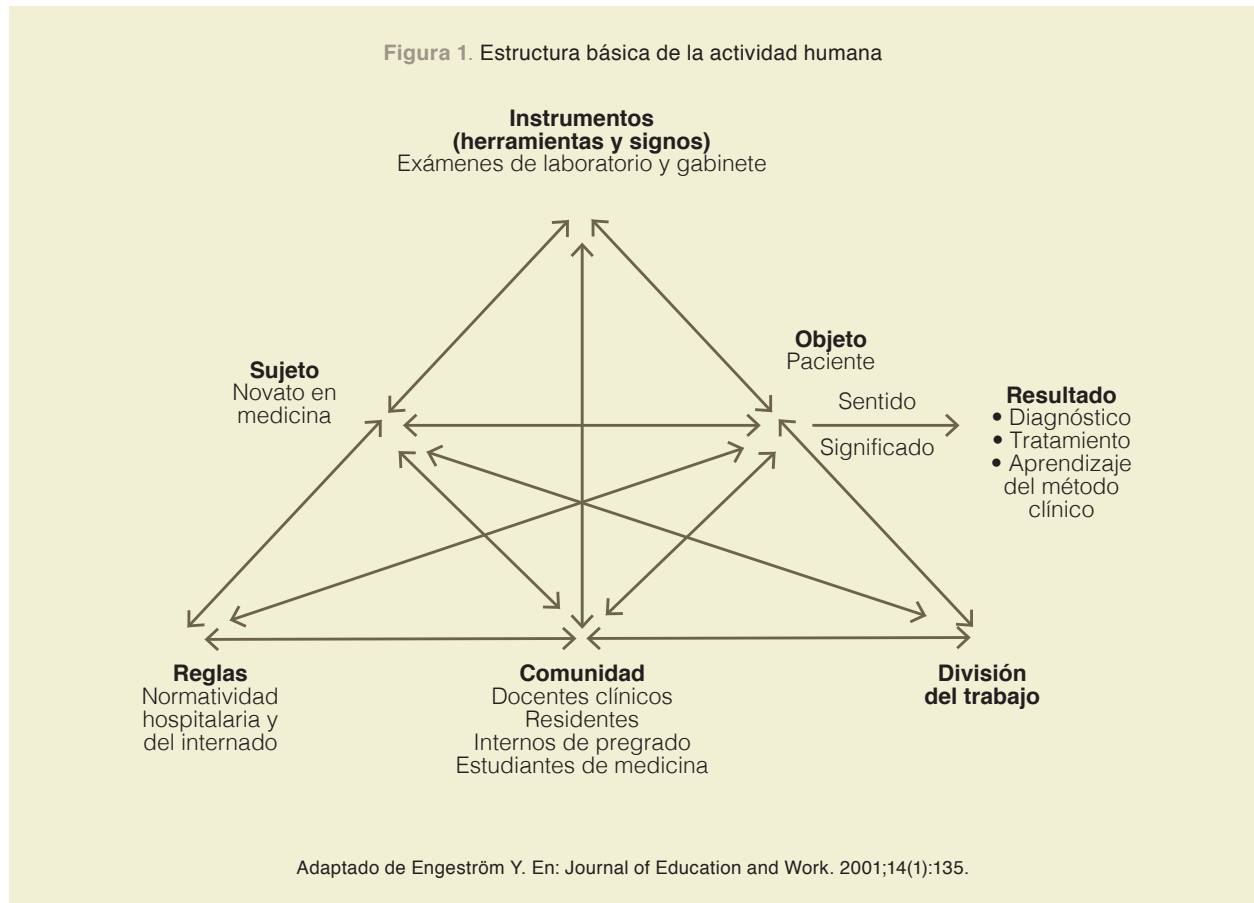
El modelo triangular representativo de la Teoría de la Actividad ha evolucionado del original descrito por Vigotsky. El propuesto por Engeström⁴¹, incluye diferentes elementos, a saber: sujeto, objeto, instrumentos, herramientas, reglas, comunidad, división del trabajo, sentido, significado y resultado. En él se identifican las diferentes interacciones entre cada uno de los elementos que la conforman.

Para este análisis se entiende al médico en formación como el *sujeto*; al paciente como el *objeto*; ellos giran alrededor de *reglas* (normatividad hospitalaria, del internado o residencia); están inmersos en la *comunidad* conformada por el equipo de salud; existe *división del trabajo* que cada integrante desarrolla; así mismo, existe la presencia de *instrumentos* requeridos para integrar el diagnóstico y brindar una atención de calidad. Por último, el *resultado*, determinado por un sentido y un significado, los cuales pueden traducirse en llegar a un diagnóstico de la patología del *objeto*, pero también del aprendizaje del método clínico hacia los médicos novatos. Todos estos elementos, así como sus interacciones se esquematizan en la **figura 1**.

Durante el pase de visita, los integrantes de esa comunidad en medicina interaccionan alrededor de un objetivo asistencial; existe comunicación sujeto-sujeto como aspecto inherente de la actividad humana¹⁰. De manera paralela también está presente el objetivo docente del pase de visita, que forma la parte medular del presente análisis.

La Teoría de la Actividad permite comprender que el pase de visita representa una actividad colectiva; en ella está presente la actividad humana impulsada por un motivo, relacionada a un *objeto*

Figura 1. Estructura básica de la actividad humana



(paciente). Así mismo, existen actividades colectivas, con acciones individuales o grupales impulsadas por una meta¹⁰. El paciente es el *objeto* del trabajo asistencial del médico⁴¹, pero también del proceso de aprendizaje del método clínico. El paciente da continuidad y coherencia al proceso del pase de visita; *sin los pacientes la actividad cesaría*⁴¹.

Existen diferencias, así como particularidades de la interacción que se da entre los docentes clínicos-residentes y docentes clínicos-internos de pregrado/estudiantes de medicina; todo depende del interés que tenga el *experto* por transmitir conocimiento, así como del entusiasmo y participación que observe en sus discípulos. Para que exista reciprocidad los médicos novatos deben tratar de no ser entes pasivos desde el punto de vista académico.

En términos generales, la interacción entre expertos y novatos tiende a ser de manera vertical, lo cual hace que llegue a existir abuso, maltrato y hostigamiento.⁴⁵ Las conductas hostiles hacia los

médicos en formación, quienes representan el último eslabón en las jerarquías hospitalarias, generan que esa interacción no se preste para promover el desarrollo de habilidades clínicas.

Si bien los avances tecnológicos permiten diagnósticos con mayor precisión, también es cierto que pueden desplazar la necesaria relación médico-paciente; cuando la interacción experto-novato también es relegada de parte del docente clínico, predomina el enfoque asistencial del pase de visita, por lo que la enseñanza a los novatos pasa a segundo término.

Conviene entonces, que quienes tienen el compromiso de estar al frente de la atención hospitalaria, de dirigir a un grupo de médicos en formación, se responsabilicen de las acciones que desarrollan durante el pase de visita, toda vez que dicha actividad representa un acto educativo, donde además está de por medio la salud de un ser humano. La Teoría de la Actividad puede ayudar a profundizar las interacciones asistenciales y educativas que de ahí derivan.

CONSIDERACIONES FINALES

El pase de visita es un acto educativo-asistencial, tradicional y significativo, donde existe aprendizaje in situ. Mediante las interacciones que surgen entre el experto con novatos, se transmite no solo el arte de la enseñanza del método clínico, también las virtudes y valores al momento de atender a seres humanos enfermos. Todos ellos conforman una comunidad en medicina digna de ser estudiada.

La responsabilidad que tiene el docente clínico como responsable directo de esa comunidad, va más allá de transmitir conocimiento explícito, debido a que el conocimiento implícito puede llegar a tener mayor trascendencia en sus educandos. Las diferentes interacciones que suceden alrededor de este acto, no son diferentes a lo que ocurre en las aulas. Durante el pase de visita existen personajes alrededor de un escenario rodeado de reglas implícitas y explícitas; se utilizan diferentes *instrumentos* necesarios en el diagnóstico, hay conformación de *comunidades* de personas, las cuales *dividen su trabajo* para llegar a un fin común que es la resolución de problemas de un enfermo hospitalizado (*objeto*).

Todos estos elementos pueden englobarse en lo que se podría denominar un *aula abierta o dinámica*, donde el aprendizaje es in situ, ya que el sujeto interacciona con el proceso salud-enfermedad del individuo en la necesidad de identificar el diagnóstico del paciente, y aprender el método clínico para llegar a él⁴⁴.

El conocer la Teoría de la Actividad representa una oportunidad de conocer y analizar lo que sucede durante el pase de visita, así como de las interacciones que ahí suceden. Las particularidades de los procesos de interacción entre los integrantes de la comunidad en medicina deben estudiarse en el entorno donde se desarrollan, ya que, si bien la infraestructura de los contextos hospitalarios suele ser diferente, tienen un común denominador: médicos expertos y médicos novatos que interactúan continuamente.

CONCLUSIONES

En la época actual se observa un agobio entre quienes desarrollan vida hospitalaria, debido a la creciente solicitud de servicios de salud, ello ha generado la aparición de conductas que llevan a que algunos

médicos intenten optimizar sus tiempos para cubrir la demanda asistencial, lo cual ha dado lugar que se dejen de lado los objetivos que persigue el pase de visita.

Al verse afectada la dinámica de un pase de visita de tipo docente-asistencial, se va mermando la calidad educativa que debe cumplir; las interacciones entre expertos y novatos, que debiesen ser de continuo aprendizaje, se vuelven rutinarias, sin trascendencia. El proceso en sí, se realiza solo por cumplir un requisito administrativo, y en no pocas ocasiones se llega a considerar como una actividad que consume mucho tiempo, por lo que muchos intentan evadirla.

El docente clínico que asume su papel como ejemplo y guía hacia los médicos de menor jerarquía, debe tener presente la importancia del pase de visita en el proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico; tiene la obligación de seguir realizando esa actividad con principios éticos, sobre todo con la discusión clínica que se da a lado del enfermo; debe hacer uso inteligente de los recursos tecnológicos en salud que le permitan brindar atención actualizada y de calidad a sus pacientes. La Teoría de la Actividad puede ser un referente para adentrarse a conocer las particularidades que surgen de las interacciones entre expertos y novatos.

Finalmente, es importante resaltar que mientras existan médicos comprometidos con su profesión, se seguirá cumpliendo con los objetivos docentes y asistenciales que son requeridos durante el pase de visita, mediante lo cual se perpetuarán círculos virtuosos cuando aquellos que ahora son novatos, se conviertan en un futuro próximo en médicos expertos que estarán al frente de un equipo de salud. De ahí que el pase de visita es, ha sido, y seguirá siendo, la piedra angular en la enseñanza del método clínico.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Fausto Daniel Gutiérrez Avella y a la Dra. María del Rosario Ortiz Carrión por sus observaciones en la redacción del documento.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno. 🔍

REFERENCIAS

- Gonzalo JD, Chuang CH, Huang G, Smith C. The return of bedside rounds: An educational intervention. *J Gen Intern Med*. 2010;25(8):792-8.
- Olvera-Acevedo A, Uribe-Ravell JA, Ángeles-Garay U, Carrillo-González AL. Aptitud clínica posterior a un pase de visita médica estructurado en comparación con un pase de visita cotidiano en médicos residentes. *Inv Ed Med*. 2015;4(14):81-7.
- Ramani S. Twelve tips to improve bedside teaching. *Med Teach*. 2003;25(2):112-5.
- Gonzalo JD, Heist BS, Duffy BL, Dyrbye L, Fagan MJ, Ferenchick G, Harrell H, Hemmer PA, Kernan WN, Kogan JR, Rafferty C, Wong R, Elnicki DM. The art of bedside rounds: A multi-center qualitative study of strategies used by experienced bedside teachers. *J Gen Intern Med*. 2012;28(3):412-20.
- Janicik R, Kalet AL, Schartz MD, Zabar S, Lipkin M. Using bedside round to teach communication skills in the Internal Medicine clerkship. 2007; *Med Educ Online* [serie en línea] 12:1, disponible en <http://www.med-ed-online.org>
- Corona-Martínez LA. Propuesta de modelo referencial para la orientación de los profesores en la ejecución del pase de visita docente asistencial. *Medisur* [Internet]. 2014;12(3):528-55. Consultado en <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2694>
- Roca-Goderich R, Rizo-Rodríguez R, De Dios-Lorente JA. Metodología para el desarrollo del pase de visita docente asistencial. *MEDISAN* [Internet]. 2011;15(12):1810-8. Consultado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001200017
- Brizuela-Tornes G, González-Brizuela CM, González-Brizuela Y. ¿Cómo contribuir desde el pase de visita a la formación integral del estudiante de medicina? *MEDISAN* [Internet]. 2016;20(1):90-9. Consultado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100014&lng=es.
- Russell DR. Activity Theory and its implications for writing instruction. En Hillsdale NJ. (1995) *Reconceiving Writing Rethinking. Writing Instruction*. Ed. Joseph Petraglia [Internet]. 1995: pp. 51-78. Consultado en <http://www.public.iastate.edu/~drrussel/drresume.html>
- Engeström Y, Miettinen R, Punamäki R. *Perspectives on activity theory*. UK: Cambridge University Press; 1999.
- Rodríguez Z, Rizo RR, Nazario AM, Mirabal A, García ME. Pase de visita docente asistencial: modalidad relevante de la educación en el trabajo de la enseñanza médica superior. *Panorama. Cuba y Salud* [Internet]. 2018;13(1):81-7. Consultado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2018/pcs181m.pdf>
- Ceballos-Barrera MC, Hernández-Echavarría ML, Solís-Chávez SL, Borges-Sandrino RS, Musibay ER, Zerkera-Rodríguez T. Pase de visita docente-asistencial hospitalario en las especialidades quirúrgicas. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2014;43(1):72-82. Consultado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-6572014000100009&lng=es.
- Espinosa-Brito A. Ética en el pase de visita hospitalario. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2006;32(4). Consultado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420176007>
- Corona-Martínez LA, Fonseca-Hernández M. Fundamentos teóricos para la modulación del pase de visita como actividad docente asistencial (I). *Medisur* [Internet]. 2013;11(4):431-42. Consultado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000400007
- Santana LA, Lifshitz A, Castillo JL, Prieto SE. El aprendizaje de la clínica. México; 2013.
- Corona-Martínez LA, Fonseca-Hernández M. Fundamentos teóricos para la modulación del pase de visita como actividad docente asistencial (II). *Medisur* [Internet]. 2013;11(5):508-17. Consultado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180028774005>
- Laucirica-Hernández C. El pase de visita: consideraciones sobre su importancia en las asignaturas de Propedéutica Clínica y Medicina Interna. *Rev Med Electron* [Internet]. 2012;34(3):389-94. Consultado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000300013
- Álvarez-Rodríguez A, Gallardo-Gálvez J. El pase de visita docente asistencial. *Medimay* [Internet]. 2014;6(2):123-26. Consultado en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/46>
- García-Herrera AL, García-Moliner AL. El pase de visita: elemento integrador de la educación en el trabajo en el área clínica. *Rev Med Electron* [Internet]. 2017;39(3). Consultado en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2380/3454>
- Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México. UNAM/Facultad de Medicina/IMSS; 1997.
- Lifshitz A. *Los senderos del trabajo clínico*. México: Alfil; 2006.
- Carvajal C. El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2017;28(6):841-8. Consultado en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-lascondes-202-articulo-el-impacto-del-diagnostico-medico-S0716864017301463>
- Boulos K, Wheeler S, Tavares C, Jones R. How smartphones are changing the face of mobile and participatory healthcare: an overview, with example from eCAALYX. *Biomed Eng Online* [Internet]. 2011;10(24). Consultado en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3080339/>
- Palencia-Vizcarra RJ, Palencia-Díaz R. Acercamiento de la tecnología de la información a la práctica clínica. *Med Int Mex*. 2012;28(5):491-5.
- García-Garcés H, Navarro-Aguirre L, López-Pérez M, Rodríguez-Orizondo, MF. Tecnologías de la información y la comunicación en salud y educación médica. *Rev EDUCACION MECENTRO* [Internet]. 2014;6(1):253-65. Consultado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000100018
- Ventola L. Mobile devices and apps for health care professionals: uses and benefits. *P & T* [Internet]. 2014;39(5):356-

64. Consultado en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4029126/>
27. Alonso-Carrión L, Sánchez-Lora FJ, Hinojosa-López C, Porras-Vivas JJ, Cuenca-Guerrero A, Abarca-Costalago M. Precisión del diagnóstico en medicina interna e influencia de un sistema informático en el razonamiento clínico. *Educ Med* [Internet]. 2015;16(3):184-7. Consultado en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181315000418>
 28. Laris-González A. El arte del diagnóstico. *Rev Inst Enf Resp Mex*. 2006;19(2):134-5.
 29. Girela-Pérez B, Rodríguez-Cano MA, Girela-López E. La relación médico-paciente analizada por estudiantes de medicina desde la perspectiva del portafolio. *Cuadernos de bioética* [Internet]. 2018;29(95):59-67. Consultado en <http://aebioetica.org/revistas/2018/29/95/59.pdf>
 30. Graue-Wiechers E, Sánchez-Mendiola M, Durante-Montiel I, Rivero-Serrano O. Educación en las residencias médicas. México, Editores de Textos Mexicanos; 2010.
 31. Abreu-Hernández LF, Cid-García AN, Herrera-Correa G, Lara-Vélez JV, Laviada-Delgadillo R, Rodríguez-Arroyo C, Sánchez-Aparicio JA Perfil por competencias del Médico General Mexicano. AMFEM, México; 2008.
 32. Prieto-Miranda SE, Monjaraz-Guzmán EG, Díaz-Pérez HM, González-Bojórquez E, Jiménez-Bernardino CA, Esparza-Pérez RI. Profesionalismo en medicina. *Med Int Mex*. 2012;28(5):496-503.
 33. Fernández-Sacasas JA. La enseñanza de la clínica. *Educ Med Sup* [Internet]. 2005;19(2). Consultado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000200010&Ing=es&tlng=es.
 34. <http://es.thefreedictionary.com/disfuncional>
 35. Ortiz-Acosta R, Beltrán-Jiménez BE. Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educ Med* [Internet]. 2011;14(1):49-55. Consultado en <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v14n1/original4.pdf>
 36. Mariscal-Palle E, Navia-Molina O, Paniagua J, De Urioste-Nardin J, Espejo-Aliaga EE. Maltrato y/o violencia: fenómeno de estudio en centros de enseñanza asistenciales-internado rotatorio de medicina gestión 2006-2006. *Rev Cuadernos* [Internet]. 2007;52(1):46-54. Consultado en <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/chc/v52n1/v52n1a07.pdf>
 37. Morales-Gómez A, Medina-Figueroa AM. Percepción del alumno de pregrado en medicina, acerca del ambiente educativo en el IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2007;45(2):123-31. Consultado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im072e.pdf>
 38. Sánchez-Flores A, Flores-Echavarría R, Urbina-Becerra R, Lara-Flores NL. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. *Investigación en salud* [Internet]. 2008;X(1):14-21. Consultado en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14219995004>
 39. Chávez-Rivera A, Ramos-Lira L, Abreu-Hernández LF. Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gac Med Mex*. 2016;152:796-811.
 40. Aguirre-Gas HG. Principios éticos de la práctica médica. *Cir Ciruj* [Internet]. 2004;72:503-10. Consultado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc046m.pdf>
 41. Engeström Y. Activity theory as a framework for analyzing and redesigning work. *Ergonomics*. 2000;43(7):960-74.
 42. Barros B, Vélez J, Verdejo, F. Aplicaciones de la teoría de la actividad en el desarrollo de sistemas colaborativos de enseñanza y aprendizaje. Experiencias y resultados. *Inteligencia Artificial. Revista Iberoamericana de Inteligencia Artificial* [Internet]. 2004;8(24):67-6. Consultado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92502408>
 43. Ortiz-Moncada G, Chávez-Venegas S. La teoría de la actividad en la enseñanza. *Revista caminos abiertos* [Internet]. 2008;174: octubre-diciembre. Consultado en <http://caminosabiertos2008.blogspot.com/2008/10/la-teora-de-la-actividad-en-la-enseanza.html>
 44. Blanco-Aspiazú MA, Morales-González HA, Rodríguez-Collar TL. Actividad, acciones y operaciones en el proceso diagnóstico. *Educ Med Sup* [Internet]. 2010;24(3):345-52. Consultada en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000300007&Ing=es.
 45. Consejo C, Viesca-Treviño C. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Bol Mex His Fil Med* [Internet]. 2008;11(1):16-20. Consultado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2008/hf081d.pdf>