

Originales

¿Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de familia? Una aproximación cualitativa

A. López Santiago^a . J.M. Baeza López^b . R.M. Lebrato García^c .

^aEspecialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Murcia. Centro de Salud San Anton

^bEspecialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Murcia. Centro de Salud La Unión

^cEspecialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Murcia. Centro de Salud Cartagena Casco.

Objetivo. Conocer la opinión de los residentes de medicina familiar y comunitaria (MFyC) sobre los estilos de relación entre tutores y residentes y su formación.

Diseño. La metodología empleada es cualitativa y la técnica elegida los grupos focales. Emplazamiento y participantes. Residentes de MFyC pertenecientes a las Unidades Docentes de Murcia y Cartagena.

Intervención. Se convocaron 5 grupos, dos de residentes de segundo y tercer año y uno de primero. Al inicio de cada grupo se explicaron los objetivos y normas de la reunión y posteriormente se realizaron 4 preguntas acerca de su relación con el tutor y la formación recibida durante la residencia. La información resultante se ordenó en categorías en función del tiempo de debate, del número de residentes coincidentes en la misma opinión y de la intensidad de la implicación emocional al expresar las opiniones.

Resultados. La confianza del tutor en el trabajo del residente es el valor más apreciado por los residentes, así como el intercambio de opiniones entre iguales. Los participantes expresan su deseo de colaborar en la planificación de su formación y la necesidad de participar en las decisiones clínicas y organizativas de la consulta del tutor.

Conclusiones. La confianza entre tutor y residente es fundamental y la comunicación entre ambos debe ser de igualdad. Se valora mejor el proceso de formación que el contenido de dicha formación. Los residentes quieren intervenir en la planificación de su formación. Los tutores son modelos para la formación.

Palabras clave: Medicina de familia. Docencia posgrado. Investigación cualitativa.

What do family medicine residents expect from their tutors? A qualitative approach

Objective. To find the view of family and community medicine (FCM) residents on the kinds of relationship between tutors and residents and their training.

Design. The methodology employed was qualitative; and the technique chosen, that of focus groups. Setting and participants. FCM residents belonging to the teaching units in Murcia and Cartagena.

Intervention. Five groups were organised, two second-year resident groups, two third-year ones, and one first-year one. At the start of each group the objectives and norms of the meeting were explained. Residents were then asked four questions about their relationship with their tutor and the training received during their residency. The information arising was classified as a function of the time of debate, the number of residents expressing the same view and the intensity of their emotional involvement on expressing their views.

Results. The tutor's confidence in the resident's work was what residents valued most highly, along with the exchange of views as equals. The participants stated that they wanted to take part in planning their training and that they needed to participate in the clinical and organisational decisions taken in the tutor's clinic.

Conclusions. Trust between tutor and resident is essential. Communication between the two must be on an equal basis. Training procedures are valued higher than training content. Residents want to intervene in planning their training. Tutors are models for training.

Key words: Family medicine. Postgraduate teaching. Qualitative research. (Aten Primaria 2000; 26: 362-367)

Introducción

La formación del residente para el trabajo en atención primaria (AP), objetivo del programa de la especialidad¹, exige un cuidadoso desarrollo del papel del tutor. Durante los 3 años de la residencia, y muy especialmente en el último, el tutor deberá procurar una correcta formación del residente, para lo cual ambos tendrán que mantener una estrecha relación cuya importancia ha sido puesta de manifiesto en diversos estudios²⁻⁵.

Son diversos los modelos de tutoría en la formación de médicos de familia⁶. La iniciativa de la formación y de la relación tutor-residente la toma habitualmente el tutor. Este hecho es normal, pues es él quien permanece en el proceso formativo, se enfrenta cada año a problemas e incógnitas repetidas y es la parte estable y consolidada de la relación. De otra parte, el residente se enfrenta a los diferentes problemas de cada año de la residencia y presta su mayor esfuerzo en resolverlos procurando no decepcionar al tutor⁷, y sin olvidar que al final ese mismo tutor será su evaluador.

Un aspecto importante a considerar es que la relación docente se establece entre profesionales. Los residentes son profesionales con una experiencia profesional desigual y con unas vivencias personales equiparables o no, según el caso, a las de los tutores.

Hasta ahora la mayoría de los trabajos realizados sobre la relación tutor-residente han sido llevados a cabo por y desde la perspectiva de los tutores³⁻⁶ y son escasos los estudios realizados teniendo en cuenta la opinión del residente¹⁰. Por esta razón, nos ha parecido que llevar a cabo un estudio concebido y diseñado por residentes puede aportar información complementaria y enriquecedora para la formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria (MFyC), y permite confrontar los puntos de vista de los dos agentes activos del proceso formativo: el tutor y el residente.

El objetivo de este trabajo es conocer las opiniones de los residentes de MFyC sobre los estilos de relación entre tutores y residentes.

Material y método

El trabajo se diseñó como una investigación realizada desde la perspectiva de los residentes. Todas las personas que intervienen eran médicos de familia en período de formación. La metodología utilizada es cualitativa, y la técnica elegida los grupos focales.

El grupo focal o grupo de discusión es una técnica en la que, a través de discusiones en grupo, se obtiene información en profundidad sobre necesidades, expectativas y motivaciones de los participantes, referidas al tema para el que son convocados. La sesión es conducida por un moderador, apoyándose en un guión flexible y establecido con anterioridad, y que tiene como objetivo primordial crear un ambiente cordial y relajado entre los participantes para obtener la mayor información posible.

Población diana

En la convocatoria de los grupos se tuvieron en consideración los criterios de homogeneidad entre los participantes y la variabilidad de la información. Por ello, la convocatoria se realizó a residentes de los 3 años de formación que pertenecían a 2 unidades docentes: la de Cartagena y la de Murcia. Los grupos se formaron con residentes del mismo

año. Los de primer año llevaban 9 meses de formación, los de segundo año 21 meses y a los de tercer año les faltaban 3 meses para finalizar el período de formación.

Se convocaron 5 grupos en enero de 1999, dos de segundo y tercer años y uno de primer año. Asistieron entre 6 y 8 personas, con una duración que osciló de 60 a 75 minutos por cada grupo.

Guión del grupo focal

Al inicio de la sesión se explicaban los objetivos de la reunión, las normas de funcionamiento de la discusión y se solicitaba autorización para su grabación. A continuación se realizaban las siguientes preguntas a los participantes:

1. ¿En qué medida se estaban cumpliendo en la residencia sus expectativas de formación como médicos de familia?
2. ¿Cómo valoraban la formación recibida durante la residencia?
3. ¿Estaban conformes con el rol/papel de médico que se les asigna durante las rotaciones?
4. ¿Cómo deben ser las relaciones, docentes y personales, entre el tutor y el residente?

Cada nueva pregunta se realizaba cuando la discusión de la anterior había finalizado o no había nuevos temas que surgieran de forma espontánea en el grupo.

Desarrollo de los grupos

La moderación la realizó siempre la misma persona del equipo, con el apoyo de los otros 2 investigadores, que se ocuparon de los medios de grabación y de registrar los contenidos más relevantes de los grupos. Se realizó grabación de las sesiones en audio y vídeo, con posterior transcripción de las mismas.

Análisis de la información

La información se agrupó en categorías en función de los temas de interés para el trabajo, independientemente de si respondían o no a las preguntas formuladas por el moderador. Se consideró como criterio para asignar categoría a los resultados que hubiese acuerdo tácito entre los autores. Aquellas afirmaciones en las que no hubo acuerdo en el análisis fueron descartadas, al considerar que carecían de suficiente consistencia. Se han seleccionado las opiniones más relevantes de los participantes, agrupadas según significantes comunes, a partir de las cuales se presentan los resultados. La ordenación se ha realizado atendiendo al tiempo de debate que ocupó en los grupos, al número de residentes que coinciden en la misma opinión y a la intensidad de implicación emocional de los participantes en el momento de expresar las opiniones. Este último es uno de los criterios más valiosos para establecer la validez de la investigación cualitativa.

Resultados

Los resultados que se exponen a continuación representan una parte de toda la información recogida. Se refieren a las opiniones expresadas por los residentes sobre el estilo de tutoría que perciben en los tutores y al modelo de tutoría que solicitan los participantes. Qué esperan los residentes de los tutores y cuál debe ser la actitud del tutor

para favorecer su formación. De esta forma, se perfila un estilo de tutoría, en el cual los residentes destacan los aspectos que consideran más importantes que han de atesorar los tutores.

Confianza del tutor en el trabajo del residente (tabla 1)

TABLA 1. Confianza del tutor en el trabajo del residente y presencia del tutor en la toma de decisiones

1. Confianza del tutor en el trabajo del residente	«El tutor siempre ha de estar presente» «No es preciso que lo vea, pero he de sentir que estará ahí cuando lo necesite» «Me preocupa que lo necesite y no pueda
localizarlo...	no saber salir de las situaciones complicadas» «No entenderé que pretenda aprovecharse de mí»
2. Presencia del tutor en la toma de decisiones	«Yo quiero sentir la confianza profesional de mi tutor» «La confianza es esencial para poder desempeñar tu trabajo» «Que tenga confianza en mí... me permitirá tomar

Es expresado como el elemento esencial en la relación profesional entre el tutor y el residente. Se destaca como el valor más apreciado por los residentes. Su significado alcanza diferentes aspectos de la relación entre ambos, referidos a la responsabilidad que el tutor ofrece al residente y a la confianza que deposita en el residente para que pueda tomar decisiones con autonomía y a libertad. Además representa la actitud del tutor para dar ánimo y aliento al residente en su trabajo. Por último, es la confianza referida al ámbito de la privacidad en la que se establecen sus relaciones, de tal manera que permitan al residente mantener una relación interpersonal con la certeza de tener salvaguarda en su intimidad.

«El residente debe sentir la confianza profesional de su tutor.». «La confianza es esencial para poder desempeñar tu trabajo.». «Que tengan confianza en mí... me permitirá tomar mis decisiones.».

Presencia del tutor en la toma de decisiones (tabla 1)

La figura del tutor se convierte en un referente imprescindible para el residente, especialmente en los primeros meses de incorporación al centro de salud en el tercer año de formación. Queda expresada la necesidad de sentir su presencia y su disposición de apoyo para colaborar en la solución de situaciones adversas. No es tanto una presencia física como una disposición y actitud que permitan al residente asumir sus decisiones de forma progresiva. Se manifiesta el temor a no encontrarlo cuando sea necesario. Por otra parte, se destaca el malestar derivado de posibles conductas confusas, que originen sólo el beneficio de los tutores, a expensas del trabajo de los residentes.

«El tutor siempre ha de estar presente». «No es preciso que lo vea, pero he de sentir que estará ahí cuando lo necesite». «Me preocupa que lo necesite y no pueda localizarlo..., no saber salir sólo de las situaciones complicadas». «No entenderé que pretenda aprovecharse de mí».

Comunicación entre tutor y residente (tabla 2)

TABLA 2. Comunicación entre tutor y residente

3. La comunicación entre tutor y residente	<p>«Estaría muy incómodo con un tutor que no me escuche»</p> <p>«No deben actuar como si fuesen los que saben todas las cosas»</p> <p>«El tutor no debe ir de jefe; en este caso, la relación..., imposible»</p> <p>«Si el tutor no habla es como si no existiera»</p> <p>«Ha de ser sincero, si me equivoco... me lo tiene que decir»</p> <p>«Aunque tenga mucha más experiencias que yo, mis opiniones han de ser atendidas»</p> <p>«Sólo, si puedo decir con tranquilidad mi punto de vista, podré escucharle»</p> <p>«La relación debe quedar bien establecida desde el principio»</p>
--	--

El intercambio de opiniones en condiciones de igualdad es considerado como aspecto muy importante para establecer el estilo de relación entre el tutor y el residente. Éstos piden a los tutores que atiendan sus necesidades de formación con una disposición de igualdad, arrinconando sus opiniones previas y prestando verdadero interés en conocer sus puntos de vista. Solicitan expresamente que no se aproximen desde la frontera de las categorías profesionales, que rompan las barreras y demuestren un interés sincero por las inquietudes y preocupaciones de formación. Además, solicitan oportunidad para expresar los propios puntos de vista y poder discutirlos en condiciones de igualdad, sin gestos autoritarios ni descalificadores, que permitan consolidar la comunicación en el ámbito profesional. Entienden que la relación será fructífera si el tutor es capaz de intercambiar inquietudes profesionales en condiciones de igualdad. Se destaca la importancia de establecer los criterios de la relación desde los primeros momentos.

«Estaría muy incómodo con un tutor que no me escuche». «No deben actuar como si fuesen los que saben todas las cosas». «El tutor no debe ir de jefe, en este caso, la relación..., imposible». «Si el tutor no habla es como si no existiera».

«Ha de ser sincero, si me equivoco... me lo tiene que decir». «Aunque tenga mucha más experiencias que yo, mis opiniones han de ser atendidas». «Sólo, si puedo decir con tranquilidad mi punto de vista, podré escucharle». «La relación debe quedar bien establecida desde el principio».

Modelo de formación profesional (tabla 3)

TABLA 3. Modelo de formación profesional y participación en las decisiones clínicas y organizativas

4. Modelo de formación profesional	<p>«El tutor se convierte en un modelo de trabajo»</p> <p>«Un buen tutor es un tutor que trabaja»</p> <p>«Si el tutor no trabaja... mal asunto...»</p>
5. Participación en las decisiones clínicas y organizativas	<p>«Necesito sentir que compartimos los enfermos»</p> <p>«Sabemos que es muy difícil... y que siempre serán sus pacientes, pero... quiero que también sean míos» «... tenemos que discutir los pacientes»</p> <p>«Yo estimo mucho la generosidad del tutor al compartir sus enfermos con los residentes»</p> <p>«Es muy importante para mí poder compartir la consulta con él como si fuera mía»</p>

Los residentes asignan a los tutores como sus modelos profesionales de aprendizaje. Valoran su experiencia como un gran recurso para la resolución de problemas. Entre las cualidades de los tutores, la mejor valorada en todos los grupos de discusión es la disposición y voluntad del tutor para trabajar, por delante de sus cualidades clínicas y de investigación. Es considerada como un estilo que el residente debe adquirir, y que facilita una mejor organización y manejo de la consulta, además de garantizar la formación continuada.

«El tutor se convierte en un modelo de trabajo». «Un buen tutor es un tutor que trabaja». «Si el tutor no trabaja,... mal asunto...».

Participación en las decisiones clínicas y organizativas (tabla 3)

Los residentes expresan la necesidad de participación desde el objetivo de compartir las circunstancias y condiciones rutinarias de la consulta. La relación entre el tutor y el residente ha de facilitar que éste desarrolle su labor como si fuera el responsable de cada uno de los enfermos, con la posibilidad de discutir e intervenir en el proceso clínico de la consulta. Además se reconocen las dificultades que experimentan los tutores para desprenderse de sus enfermos, y permitir la implicación de un agente extraño en la relación médico-paciente de lazos consolidados, e igualmente se aprecia el gesto de generosidad en la entrega del tutor al residente en la toma de decisiones con los pacientes.

Consideran los residentes que es su responsabilidad no pasar de largo de los problemas de los enfermos, evitando tomar decisiones comprometidas, pero es necesario que el tutor facilite la mayor implicación posible del residente con los pacientes.

«Necesito sentir que compartimos los enfermos». «Sabemos que es muy difícil... y que siempre serán sus pacientes, pero... quiero que también sean míos». «.. tenemos que discutir los pacientes». «Yo estimo mucho la generosidad del tutor al compartir sus enfermos con los residentes». «Es muy importante poder compartir la consulta con él como si fuera mía».

Planificación de la formación (tabla 4)

TABLA 4. Planificación de la formación y valoración profesional de los tutores

6. Planificación de la formación	<p>«Estoy seguro de que conozco mejor que mi tutor mis carencias profesionales» «La relación con él (tutor) debe facilitar que podamos compartir los temas que desconozcamos» «Sería importante tener reuniones periódicas para planificar estudiar temas concretos» «Los primeros meses somos más dependientes de los tutores»</p>
7. Valoración profesional de los tutores	<p>«Los tutores saben mucho» «Su nivel de cualificación es muy alto» «Sólo aprecias el nivel de su formación cuando llegas de R3 (residente de tercer año) al centro de salud» «Cuando eres R pequeño no tienes una idea real de su formación» «Claro que hay diferencias, pero en general nadie habla mal de los conocimientos de su tutor» «Siempre hay cosas que uno desconoce, pero ese no es el problema, más importante es la organización de la consulta»</p>

La opinión generalizada es que el mejor modelo de formación es el que se planifica de forma conjunta entre el tutor y el residente. Las imposturas y las normas rígidas sólo llevan a la indiferencia y al desinterés, provocando el distanciamiento. Aparece una opinión generalizada, los residentes expresan que son ellos los que mejor conocen sus deficiencias formativas.

Adquiere un valor añadido el hecho de establecer una estructura de comunicación entre el tutor y el residente que facilite el proceso formativo, y que ha de quedar consolidada desde la primera fase de relación. Esta estructura ha de modificarse y evolucionar conforme el residente va encontrando su espacio en el centro de salud, y redefiniéndose en el curso del aprendizaje.

«Estoy seguro de que conozco mejor que mi tutor mis carencias profesionales». «La relación con él (tutor) debe facilitar que podamos compartir los temas que desconozcamos». «Sería importante tener reuniones periódicas para planificar y estudiar temas concretos». «Los primeros meses somos más dependientes de los tutores».

Valoración profesional de los tutores (tabla 4)

Hay un acuerdo generalizado entre los residentes de tercer año que han participado en los grupos: la impresión profesional que tienen de sus tutores es muy favorable. Por supuesto que se identifican diferencias en las distintas áreas de formación, pero en general los consideran bien cualificados en la gestión de la consulta y fundamentalmente en lo que atañe a su formación clínica.

Esta afirmación no tiene más valor que la de un juicio de valor de los participantes en los grupos focales; sin embargo, nos ha parecido importante destacarlo, pues la relación entre tutor y residente tiene un objetivo profesional y formativo claramente establecido, y pensamos que se trata de una variable que siempre influirá en dicha relación, y por tanto será necesario conocerla.

«Los tutores saben mucho». «Su nivel de cualificación es muy alto». «Sólo aprecias el nivel de su formación cuando llegas de R3 (residente de tercer año) al centro de salud». «Cuando eres R pequeño no tienes una idea real de su formación».

«Claro que hay diferencias, pero en general nadie habla mal de los conocimientos de su tutor». «Siempre hay cosas que uno desconoce, pero ese no es el problema, más importante es la organización de la consulta».

Discusión

Los resultados presentados han de interpretarse en el contexto de la técnica de investigación cualitativa utilizada en el estudio. No son una representación de los residentes de las unidades docentes de Murcia, ni mucho menos hay que buscar una extrapolación de los resultados a los residentes de MFyC del resto de unidades docentes del Estado español. Sin embargo, tienen el valor de analizar con profundidad las necesidades y expectativas de los residentes durante su formación, además de realizar una aproximación a la información sin apriorismos.

Creemos que se ha realizado una exploración del proceso de formación desde una perspectiva complementaria a la habitual. Por un lado, se trata de un estudio diseñado y realizado exclusivamente por residentes de familia, sin participación de tutores ni de instituciones docentes. Este diseño puede evitar sesgos referidos a la evaluación y seguimiento de los residentes, que pudieran matizar y condicionar los resultados. A esto hay que añadir que la metodología de los grupos focales contribuye a encontrar las emociones y necesidades sentidas por los participantes, en un contexto de confianza y relajación, hecho

que da a los resultados una vertiente diferente a la aportada por la mayoría de los trabajos publicados.

En el desarrollo de los grupos focales los residentes opinan sobre los diferentes aspectos de su formación, pero entre todos ellos hay dos que destacan sobre los demás: el referente a las condiciones que han de prevalecer para alcanzar el proceso de aprendizaje y las características que ha de tener la relaciones entre el tutor y el residente. Esta circunstancia no es nueva, pues de igual forma sucede en otro reciente estudio¹⁰ (Saura, 1999), donde preguntados los residentes acerca de las características que han de tener los tutores las respuestas son en su mayoría relacionadas con aspectos de la comunicación, teniendo un papel menor, aunque complementario, la importancia que asignan los residentes al nivel de los conocimientos médicos de los tutores. En nuestro caso, los resultados se manifiestan de forma muy similar. Los residentes analizan con mayor profundidad e interés los aspectos referidos a los estilos de relación con los tutores, a las condiciones que ha de cumplir una buena planificación de la formación, a las vivencias personales de los residentes, a la importancia de poder participar en la toma de decisiones y a las condiciones que son necesarias para un desarrollo óptimo del proceso de formación.

Uno de los elementos que señalados como importantes en el período de residencia, y para el que se solicita una atención destacada de los tutores, está relacionado con las expectativas de los residentes de estar a la altura de las circunstancias. De igual manera que describen otros autores^{14,19}, surge un temor a no estar capacitados para hacer frente a las obligaciones como médico de familia, hecho que genera estrés e incertidumbre elevadas. Este aspecto es relacionado por los residentes con la posibilidad de no encontrar los apoyos necesarios durante algunos períodos importantes de la residencia^{13,18}. Los residentes confían en que sus tutores les acompañen en su formación, les piden que esté garantizada su presencia durante el curso del aprendizaje y les solicitan que depositen en ellos la confianza suficiente para poder afianzarse en la toma de decisiones.

Otro aspecto importante, que contrasta con algunas publicaciones, es el referido a la cualificación de los tutores. Podemos encontrar cómo el perfil profesional de los tutores ha sido ampliamente debatido en la bibliografía y en diferentes trabajos se realizan propuestas para su acreditación^{2,22,24,31}. Se han establecido las condiciones que deben cumplir los médicos de familia para ser tutores, y éstas son consideradas como indicadoras esenciales en la formación de los nuevos especialistas. Llama la atención que los residentes que participan en nuestro estudio dedican muy poco tiempo a analizar la formación de sus tutores, pasando por ella de manera bastante superficial. En general, coinciden al realizar una valoración muy favorable de sus tutores, hecho que ya es señalado por otros autores^{8,20} (Pelayo, 1998). Las razones que pueden justificar este aparente desinterés pueden ser varias, pero podemos señalar dos: es probable que esto suceda porque los residentes entiendan que los conocimientos que atesoran sus tutores son suficientes, y en consecuencia este aspecto no es motivo de incertidumbre o preocupación para ellos. Pero también pudiera suceder que atribuyan más importancia al proceso del aprendizaje que a la acumulación de conocimientos que puede llegar a necesitar un médico de familia. Si consideramos acertado este último argumento, los residentes darían más importancia a la capacidad de encontrar las respuestas y de buscar los caminos adecuados para resolver los problemas¹¹ que a la cantidad de conocimientos que se puedan tener y acumular durante su formación. En tal caso, podemos considerar que, muy próximo al modelo docente que propone Turabián^{6,12}, el residente

entiende que su tutor es el profesional que actúa como mediador y facilitador en su proceso de aprendizaje¹².

La satisfacción de los residentes durante el tiempo de formación ha originado en nuestro medio diferentes estudios. Los resultados no han sido uniformes, con aportaciones de diferente significado según el tipo de trabajo^{13,14,18,20}; en algunos el grado de satisfacción expresado es alto, mientras que en otros surgen datos reveladores de insatisfacción. En general, los residentes que participan en nuestro estudio no expresan insatisfacción con el período de formación. Sin embargo, destacan dos elementos a los que los tutores han de prestar más atención. Uno es el estilo de comunicación que se establece entre el tutor y el residente. Entre los residentes brota la necesidad de que la relación entre tutor y residente debe establecerse en unas condiciones de equilibrio, y que ha de apoyarse en tres hechos básicos: se trata de una relación entre adultos, que sucede en un contexto en el que 2 profesionales comparten roles y papeles diferentes y con un tercer aspecto determinante, el tutor es la parte de la relación que actúa como modelo y referente en el proceso de aprendizaje. Es una opinión generalizada que si la comunicación entre tutor y residente se aleja de estos criterios mencionados, y queda establecida en un marco de desequilibrio, con una relación muy desigual en el que las directrices se dan en un único sentido, surgen dificultades en el proceso de aprendizaje. Bajo estas condiciones, es difícil que la formación del médico de familia pueda alcanzar resultados satisfactorios. No se alcanzarían las condiciones óptimas para la formación, tal como las han definido algunos autores, donde las relaciones educativas entre docente y discente no son impuestas y están ligadas a procesos sociales naturales³¹ (Loayssa, 1998), tienen como objetivo poner al residente en situación de aprender¹¹ (Fernández Sierra, 1995) y en las que se asigna al tutor el papel de facilitador, que presta apoyo al residente, para que éste alcance el desarrollo de su capacidad de autoaprendizaje⁶ (Turabián, 1999).

El segundo elemento considerado como determinante en el proceso de docencia es la planificación conjunta de la formación. Las decisiones han de tomarse compartidas entre el tutor y el residente, y las prioridades han de recaer sobre el último. Los residentes dicen conocer mejor que nadie sus propias limitaciones y carencias y quieren gobernar los caminos de la formación. En relación a este aspecto, algunos estudios señalan que, cuando los residentes evalúan sus conocimientos, alcanzan una buena correlación con la que realizan los docentes, siempre que se facilite una retroalimentación de la información en las primeras fases del período formativo^{20,26}. Además, el hecho de facilitar las autoevaluaciones puede motivar y dirigir el aprendizaje continuo^{26,27}. A esto hay que añadir que la valoración por un único tutor está sujeta al riesgo de la subjetividad, pues, como algunos trabajos indican, la evaluación de los residentes por un tutor entraña un importante sesgo de medición, requiriéndose de varios evaluadores para obtener resultados fiables²⁸. Estos resultados confirmarían el interés de hacer recaer la planificación del proceso formativo en una tarea conjunta entre tutor y residente²⁹.

Aunque los resultados de este trabajo se circunscriben a la naturaleza cualitativa de la investigación empleada, pensamos que destacan algunas conclusiones que no han de perderse de vista en la organización de la formación de los médicos de familia:

1. Los residentes destacan los aspectos relacionados con el proceso de formación en detrimento de los contenidos de la formación.

2. La confianza entre el tutor y el residente aparece como un elemento esencial en la relación.

3. Se propone un modelo de comunicación que ha de establecerse con criterios de igualdad entre 2 individuos, que son a la vez adultos y profesionales.

4. Los residentes solicitan disponer de criterio y gobierno en la planificación de la formación.

5. Los tutores son considerados como modelos para la formación, sin ser cuestionada su cualificación profesional.

Nos parece que sería interesante realizar nuevos trabajos para conocer el alcance de estas conclusiones. Se podría realizar mediante la construcción de un cuestionario para medir las necesidades de formación de los residentes que incluyera las variables que aparecen en este estudio. Igualmente, sería necesario conocer la opinión y conocimientos que tienen los tutores acerca de los aspectos de la formación que han destacado los residentes. Por último, sería interesante explorar si estas variables inciden de manera favorable en el aprendizaje de la especialidad.

Referencias Bibliográficas:

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria Medicina familiar y comunitaria. En: *Guía de formación de especialistas (3.ª ed.)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
2. Forés García D ¿Son válidos los criterios actuales de acreditación docente de los centros y tutores de la especialidad de medicina familiar y comunitaria? *FMC* 1996; 3: 383-390.
3. Gayoso Díaz P, Viana Zulaica C, García González J, Tojal del Casero F Los tutores de medicina de familia: actitudes y actividades de tutorización. *Aten Primaria* 1995; 15: 481-486.
4. Gallo Vallejo FJ, editor *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. Madrid: Lab. Beecham, 1993.
5. Martín Zurro A, Cano Pérez JF *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed.)*. Barcelona: Harcourt Brace, 1999.
6. Turabián JL La tutorización en la formación de medicina de familia. *JANO* 1999; 1284: 199.
7. Leal Hernández M, Saura Llamas J, López Piñera M, De la Viesca Cosgrove S, Ferrer Mora A, García Méndez MM Investigación en la acción. Cómo facilitar la incorporación de los residentes de MFyC al centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 18: 571-576.
8. Saura Llamas J, Leal Hernández M Docencia posgrado: factores condicionantes de la relación tutor-residente en medicina familiar. *Aten Primaria* 1997; 20: 511-518.
9. Saura Llamas J El tutor de atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 11: 273-274.
10. Saura Llamas J, Martínez Carmona I, Leal Martínez M, Sesma Arnáiz R, Bernal Lajusticia M Cualidades más valoradas en un tutor por los residentes de una unidad docente de medicina familiar y comunitaria. *MEDIFAM* 1999; 9: 359-366.
11. Fernández Sierra J El currículum de los MIR de medicina familiar y comunitaria. Reflexiones desde la pedagogía. *MEDIFAM* 1995; 5 (6): 345-350.
12. Turabián JL, Pérez Franco Modelos de tutorización, 1998 (mimeografiado).
13. Pujol Farríols, R Médicos residentes (MIR) insatisfechos. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 623-624.
14. Labay y Matías M, Buñuel Álvarez JC, Rubio Montañés ML, Martín Valero J, Guerrero Omeñaca ML, Olmedillas Álvaro MJ Estado de opinión de los médicos de medicina familiar y comunitaria en hospitales españoles. *Aten Primaria* 1992; 10 (7): 880-882.
15. Kruegger RA *El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide, 1998.
16. Ibáñez J Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En: García Fernando M, Ibáñez J, Alvira F, editores. *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad, 1986.
17. González Barberá M, Uris J Los grupos focales y su utilidad en el diseño de la calidad. En: Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, Parra Hidalgo P, editores. *Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Vol III*. Madrid: Du Pont Pharma, 1997.
18. García Serrano MJ, Pérez Díaz T, Abós Pueyo T, Expósito Martínez C Residentes insatisfechos. ¿Por qué? *Semergen* 1998; 24 (4): 301-302.
19. Morales Socorro MP, López-Ibor Aliño JJ Estrés durante la formación médica posgraduada. *Actas Luso-Esp. Neurol Psiquiatr* 1996; 24 (2): 75-80.

20. Pelayo Álvarez M, Sigler Gutiérrez L, Albert Ros X Influencia del perfil profesional de tutores de medicina familiar y comunitaria en la formación de residentes. *Aten Primaria* 1998; 21: 145-154.
21. Fernández-Llamazares J, Julián JF, Hidalgo F, García F, Moreno P, Vega JL et al Encuesta a residentes MIR sobre su satisfacción tras obtener una plaza hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 615-618.
22. EURACT Vocational training in family medicine. How can we prepare the best family physicians? Budapest: Symposium 225th Aniversary of Semmelwei University, 1994.
23. Unzueta Zamalba L La tutora contextualizada. *Dimens Hum* 1999; 3 (3): 37.
24. Baena Díez JM La acreditación docente de los tutores de medicina de familia y comunitaria: perspectiva desde la residencia. *FMC* 1997; 4 (3): 214.
25. Seechley M, Wayne W, Gordon KD, Orr V Self-assessed competence: before and after residency. *Can Fam Physician* 1994; 40: 4595-4598.
26. Hay JA Investigating the development of self-evaluation skills in a problem-based tutorial course *Acad Med* 1995; 70: 733-735.
27. Chapman RW The evaluation of family practice residents: a national survey. *Fam Med* 1993; 25: 650-652.
28. Ramsey PG, Wenrich MD, Carline JD, Inui TS, Larson EB, Logerfo JP Utilización de las valoraciones por iguales para evaluar la profesionalidad de los médicos. *JAMA* 1993; 2: 546-553.
29. Ende J, Pomerantz A, Erickson F Preceptors strategies for correcting residents in an ambulatory care medicine setting: a qualitative analysis. *Acad Med* 1995; 70: 224-229.
30. De la Revilla L La formación del médico de familia. *Aten Primaria* 1999; 23 (Supl 1): 53-60.
31. Loayssa Lara JR, Molina Durán F, Quirós Bauset C *Aten Primaria* 1998; 21: 121-123