

Construcción de una realidad humanista con base en la observación etnográfica

Marietta Cells Sánchez *
Luz Helena Rojas González **

Palabras claves: Humanista, Humanismo, Dimensión simbólica
Etnografía, Imaginario.

RESUMEN

La permanente reflexión sobre la necesidad de crear espacios en la formación del personal de salud, que le permita además de adquirir conocimientos y elementos terapéuticos, desarrollar actitudes y capacidades para generar y asumir valores que le facilite comprender no sólo la enfermedad sino a quien la padece, llevó a las autoras de esta investigación a plantear el diseño de una propuesta curricular, donde se tengan en cuenta las representaciones simbólicas sobre sí mismo, sobre el otro y sobre la profesión.

Con base en la Etnografía (observación-participante), se desarrolló el siguiente esquema metodológico: etapa preliminar, etapa de diagnóstico, etapa de diseño y etapa de validación, se seleccionó al Hospital Universitario del Valle, por ser el lugar donde confluyen la mayoría de los agentes de salud (objeto de estudio).

Esta experiencia permitió hacer un trabajo donde la participación del estudiante es permanente, logrando una apropiación de la temática, factor importante para su actuar social. La metodología planteada le permitió realizar una vivencia y socializarla con el resto del grupo y sus docentes, logrando de esta manera enriquecer su ser y su quehacer.

* Odontóloga, M.Ed., Profesora Asociada, Escuela de Odontología, Facultad de Salud, Universidad del Valle.

** Fisioterapeuta M. Ed., Profesora Asociada, Escuela de Rehabilitación Humana, Facultad de Salud Universidad del Valle.

INTRODUCCION

La educación en salud contemporánea a pesar de los grandes avances de la ciencia, de la obtención de datos sólidos, habilidades técnicas y los análisis biomédicos de las enfermedades y su tratamiento, dejan poco espacio para apreciar las dimensiones humanas esenciales para el cuidado y comunicación con el paciente. Hay un mar de distancia entre los crecientes progresos científicos y tecnológicos y la preservación de una preocupación por la humanidad.

La suposición implícita dominante de las reformas a la educación en salud, tanto implantadas como propuestas, ha sido que la dirección causa-efecto, va de una educación para los profesionales de la salud renovada en cambios en la calidad y enfoques de su práctica. Se logrará calidad mediante la aplicación de prácticas tanto biomédicas como de las ciencias sociales.

MARCO TEORICO

Alrededor del año 1990 ya existía una fuerte evidencia del deseo de efectuar las reformas a la educación en el campo de la salud basada en tres factores: lo científico, lo social y lo educativo.

En 1992 Bloom, propone un nuevo modelo para la educación médica que se base en: "Nueva Biología" y en los "Imperativos sociales", éste último que surge de las presiones de una sociedad más amplia y los requisitos de salud de la población.

En estudios realizados en los Estados Unidos por David Dervis (1994), se resalta la importancia de tener en cuenta en la formación de los profesionales de salud, no sólo la parte biológica para un actuar netamente clínico sino tener presente la relación entre el médico y el paciente, como

componente vital de la atención en salud, asumiendo valores terapéuticos, humanitarios, éticos y legales.

Si se entiende la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente como ausencia de enfermedad, se estará de acuerdo con la necesidad de incorporar, dentro de las ciencias de la salud, el componente psíquico y social ya que el biológico ha sido, y es todavía imperante dentro de éstos.

Debido a la naturaleza crónica de muchos problemas de salud, en la mayoría de las veces, el individuo que solicita un servicio, necesita aprender conductas nuevas o modos de comportamiento diversos y, espera que el profesional de salud, en su quehacer cotidiano, le proporcione no sólo cuidados de salud, sino que establezca relaciones adecuadas ante su demanda de ayuda.

Las investigaciones que se centran en la representación mental de la salud y la enfermedad, intentan responder las siguientes preguntas: ¿Qué procesos tienen lugar en la comprensión y conceptualización de la salud y la enfermedad por parte de los individuos? ¿Qué tipo de representaciones mentales elaboran las personas sobre sus enfermedades? ¿Cuáles son las implicaciones clínicas de esas representaciones mentales? Leventhal y sus colaboradores (1980) parten del supuesto básico que el paciente es un procesador activo que construye o elabora una definición o representación de su enfermedad y que, en función de esta representación, regula su comportamiento. A partir de esta premisa, los autores plantean un modelo acerca de cómo los sujetos se auto-regulan ante experiencias estresantes de enfermedad, es decir:

a) Cómo definen o representan la amenaza de enfermedad, y b) Cómo actúan para hacer frente a dicha amenaza.

En la comunicación que se establece con el paciente se le debe ofrecer la oportunidad de estructurar su comprensión de la enfermedad y de construir representaciones más adecuadas de la misma, que creen estrategias eficaces de afrontamiento y una evaluación estable, de todo el proceso. La etnografía u "observación participante", en muchos sentidos es la forma básica de investigación social. No sólo tiene una larga historia (Wax, 1971) sino que también guarda una estrecha semejanza con la manera como la gente otorga sentido a las cosas de la vida cotidiana; se argumenta que sólo a través de la etnografía puede entenderse el sentido que da forma y contenido a los procesos sociales.

Por lo tanto, el "ethnos", que sería la unidad de análisis

para el investigador, no sólo podría ser una nación, un grupo lingüístico, una región o una comunidad, sino también cualquier grupo humano que constituya una entidad cuyas relaciones están reguladas por la costumbre o por ciertos derechos y obligaciones. El enfoque etnográfico se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que puedan explicar la conducta individual y grupal en forma adecuada. En efecto, los miembros de un grupo étnico, cultural o situacional comparten una estructura lógica o de razonamiento que, por lo general, no es explícita, pero que se manifiesta en diferentes aspectos de su vida.

El objetivo inmediato de un estudio etnográfico es crear una imagen realista y fiel del grupo estudiado, pero su intención y mira más lejana es contribuir en la comprensión de sectores o grupos poblacionales más amplios que tienen características similares.

Si entendemos que la educación, la enseñanza, el currículum, son procesos de naturaleza social que permiten ser dirigidos por ideas e intenciones, pero que no se pueden prever del todo antes de realizarlos, desde esta posición epistemológica de partida cualquier diseño es abierto por necesidad. Para Tyler, la experiencia no se liga al contenido ni a la actividad que desarrolla el profesor, sino a la interacción que se establece entre el estudiante y las condiciones externas del medio ante las cuales reaccionan.

La utilidad del diseño curricular está en ayudar a disponer de un esquema que represente un modelo de cómo puede funcionar la realidad, antes que ser una previsión precisa de pasos que dar. Si el currículum tiene que contemplar la experiencia del alumno, el diseño es, antes que nada, la prefiguración de un ambiente global, pensando no sólo en el orden que la enseñanza ha de seguir o en la secuencia de los contenidos, sino en el curso de la experiencia de aprendizaje.

En esta investigación a través del método etnográfico, se diseñó y validó un componente curricular en busca de formar agentes de salud como profesionales integrales que además de los conocimientos y análisis biológicos, logren la aplicación con igual rigor de la comprensión de los sentimientos y del comportamiento del ser humano, para entender así, no sólo la enfermedad sino a quien la padece.

MATERIALES Y METODOS

Se desarrollaron cuatro etapas: Preliminar, Diagnóstico, Diseño y Validación.

La etnografía "observación participante", fue el método de investigación que se empleó, teniendo en cuenta que etimológicamente (Miguel Martínez, 1994) refiere su significado como: "La descripción del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas (etnos)".

Se entiende la etnografía como un "paradigma alternativo" a la investigación experimental, de encuestas o documental.

El valor de la etnografía tal vez se torne obvio en relación al desarrollo de la teoría ya que tiene capacidad de retratar las actividades, y perspectivas de los actores de forma que desafía peligrosas y equivocadas concepciones previas que con frecuencia los científicos sociales transfieren a la investigación.

Por lo tanto la etnografía fue la unidad de análisis para la investigación, siendo el referente empírico un grupo humano que constituía una entidad cuyos vínculos estaban regulados por el proceso "salud-enfermedad", buscando la "representación o construcción imaginaria" del: Usuario de servicios de salud-agente de salud, y las formas de contextualizar simbólicamente su acción y comportamiento, en esa relación social y cultural.

Se realizó el acercamiento a la realidad a través del enfoque etnográfico, mediante la observación de profesionales de la salud, estudiantes de los programas académicos de Fisioterapia, Medicina y Odontología y a usuarios que acuden a tratamiento en alguna de las profesiones mencionadas, logrando el acercamiento a la cotidianidad en el proceso salud enfermedad.

Dentro de los procedimientos e instrumentos se utilizaron, la observación participante, notas de campo, entrevistas, grabaciones, aunque la técnica más usada fue el lenguaje hablado, se tuvo en cuenta un "Lenguaje Natural", el lenguaje no verbal, de signos expresivos como el que se manifiesta a través de los ojos, la mímica, la expresión facial, los movimientos, gestos y posiciones del cuerpo y de sus miembros, el acento, el timbre y el tono de la voz, etc., lo cual contribuyó de manera eficaz a precisar el verdadero sentido de las palabras reforzándolas o desmintiéndolas.

Se realizaron dos diagnósticos: el primero por el grupo investigador y el segundo por un grupo de estudiantes, con el cual se tuvo la oportunidad de aplicar la experiencia piloto, los cuales se contrastaron y complementaron para el análisis y elaboración de la propuesta. A partir de una matriz (esquema No. 1) se realizó la caracterización del

Esquema No. 1

MATRIZ PARA LA CARACTERIZACION DEL DIAGNOSTICO	
PROBLEMA	CATEGORIZACION
Lo que dice de sí- del agente- del ambiente del otro, del procedimiento	DESCRIPTIVA
Indefenso, con dolor, discapacitado, cree en el agente de salud, no cree en el agente de salud, con expectativas, angustiado, deprimido, con incertidumbre.	COMO REPRESENTA AL USUARIO EL AGENTE
Tranquilo, limpio, organizado, se respira paz, permite buena comunicación.	LO QUE DICE EL USUARIO DEL AMBIENTE
Frente arrugada, temor, dolor, lloroso, inseguro, angustiado, deprimido, callado, triste.	COMO VE EL AGENTE DE SALUD, AL USUARIO
Cumplido, responsable, con buen conocimiento de su profesión, seguro, cariñoso, competente, amable, servicial, con buena comunicación.	COMO REPRESENTA AL AGENTE, EL USUARIO
Independizarme, mejorarme, disminución del dolor, lograr habilidad, dejar las muletas, reintegrarme de nuevo al medio, que me entiendan.	EXPECTATIVAS DEL USUARIO
Seguro, responsable, con conocimiento, dominio, accequible.	LO QUE DICE EL USUARIO DEL PROCEDIMIENTO
Conversa, da órdenes, realiza evaluaciones, realiza diagnóstico, realiza tratamiento, da consejos, escucha, da ánimo, soluciona problemas.	ACCIONES DEL AGENTE DE SALUD HACIA EL USUARIO
Conversa, recibe órdenes, recibe consejos, escucha, ejecuta órdenes, manipula	ACCIONES DEL USUARIO HACIA EL AGENTE DE SALUD

primer diagnóstico donde se hizo el análisis de cada etnografía.

Extractando:

- Descripción de la situación (cómo se siente el paciente)
- Descripción de los agentes de salud (imaginario)
- Expresiones de valores
- Descripción de comportamiento
- Expresión de expectativas
- Descripción de saberes

Lo que permitió inferir sobre el agente de salud y el usuario, cómo se representa cada uno a sí y al otro.

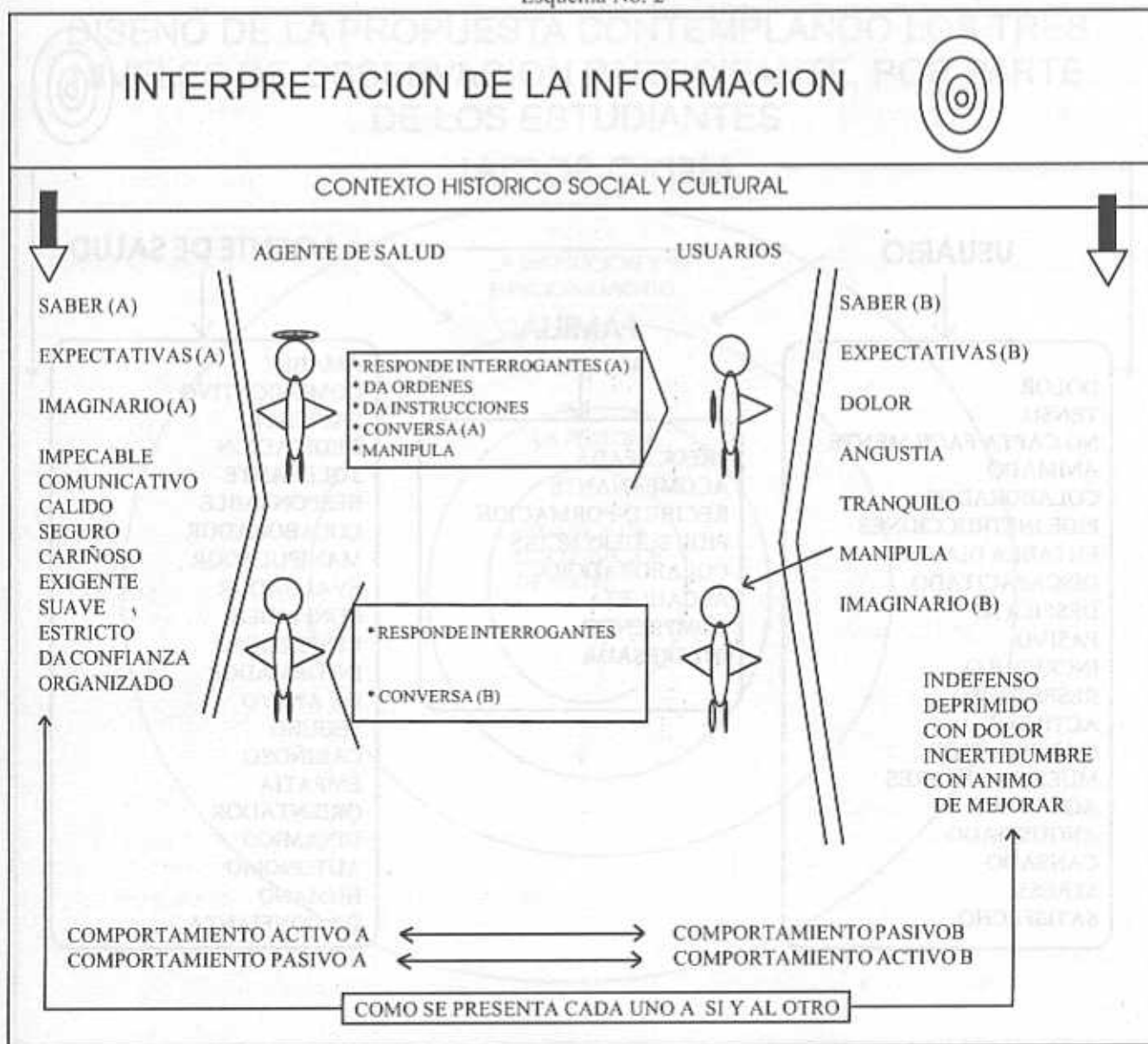
En el esquema No. 2, se diagramó la información recogida permitiendo hacer más visible la realidad, dando una visión de conjunto y fue un medio de comprensión,

explicación y demostración dinámica interna del fenómeno en estudio.

En la experiencia piloto con un grupo de estudiantes del programa académico de fisioterapia se realizó el segundo diagnóstico donde se utilizaron entrevistas, grabaciones y la observación participante, en diferentes salas de hospitalizados, incluyendo la Unidad de Cuidados Intensivos y la Consulta externa de Ortopedia y Medicina física, del Hospital Universitario del Valle.

Se logró entrar en la realidad con la actividad terapéutica y se pudo integrar esa realidad, se infirió en formas de representación y comportamiento. Cada estudiante elaboró un esquema utilizando las etnografías recogidas como materia prima, donde se rescataron las formas de representación y comportamiento.

Esquema No. 2



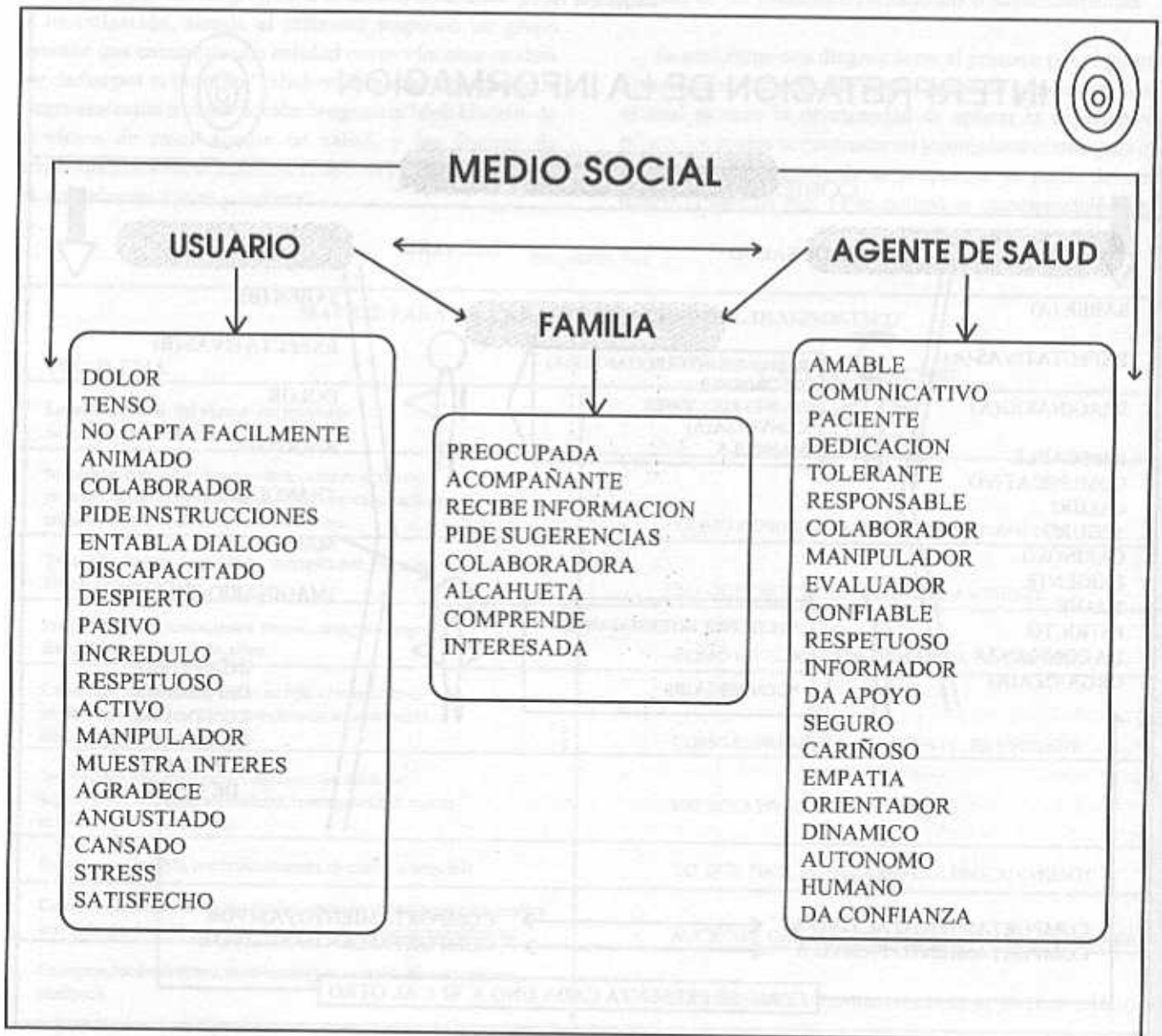
Se optó por un esquema final con el cual se trabajó para formar un perfil del agente de salud a través del cual, se logró el análisis de cada uno de los puntos, permitiendo a cada uno de los estudiantes hacer una reflexión que le facilitara la introversión de cada elemento analizado. La intencionalidad con que fue realizada la observación no es propiamente la de medir, sino la de identificar la capacidad de concebir integralmente al ser humano, teniendo en cuenta que la participación activa del usuario, quién constituye la columna vertebral del manejo de la enfermedad, es imprescindible para poder llegar a planteamientos mucho más reales y acertados. (Esquema No. 3).

Diseño de la Propuesta

Se diseñó un componente curricular que brinde a los futuros profesionales de salud, elementos determinantes para su actuar social, manejando la comprensión simbólica y su interrelación con el paciente.

Dicho componente se concibe como un aporte para la formación integral de los estudiantes. Se diseñó un componente curricular el cual se denominó: "INCORPORACIÓN EN LA ÉTICA DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE", donde se tuvieron en cuenta tres niveles consecutivos: LA INSTITUCIÓN Y SU FUNCIONAMIENTO, LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA Y LA PERSONA, considerándose que a partir de cada uno de estos niveles, el estudiante de salud, lograría recoger a partir de su propia

Esquema No. 3



experiencia la información y vivencia necesaria para que en un futuro cercano pueda lograr abordar un "Usuario de los Servicios de Salud". A partir de esta experiencia logra integrar sus conocimientos, actitudes y comportamientos necesarios para el manejo de personas involucradas en el proceso salud-enfermedad.

Los tres niveles propuestos están iluminados por criterios éticos pero recogidos de una vivencia por parte de cada uno de los estudiantes para facilitar su introversión para su actuar social.

En el esquema No. 4, se graficaron los tres niveles en general, permitiendo ver la relación de cada uno de ellos para la atención del "Usuario de los Servicios de Salud".

Desarrollo de la propuesta

Los tres niveles se proponen escalonadamente dentro de la estructura curricular, iniciando desde los primeros semestres de formación hasta el ciclo profesional.

NIVEL I: "LA INSTITUCION Y SU FUNCIONAMIENTO"

Objetivo General:

Caracterizar el funcionamiento y recursos de la "Institución de Salud" y en especial las actitudes del "personal" que labora en ella en el momento de la atención de los "usuarios".

Objetivos Específicos:

El estudiante realizará y registrará datos etnográficos de lo que pasa al interior de una Institución de salud, cuando se solicita atención por parte de un usuario.

Esquema No. 4

DISEÑO DE LA PROPUESTA CONTEMPLANDO LOS TRES NIVELES DE OBSERVACION PARTICIPANTE, POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES



El estudiante realizará un diagnóstico del funcionamiento de una institución de salud que preste servicio a la comunidad.

El estudiante identificará y caracterizará las actitudes del personal, necesarias para la atención adecuada a los usuarios de los servicios de salud, de acuerdo a sus posibilidades.

El estudiante elaborará un ensayo con relación a las características que debe poseer una institución que necesita la comunidad en busca de "su salud" de acuerdo con sus posibilidades.

Lecturas sugeridas

Hammersley, M. Atkinson, P. Etnografía. Paidós. 1994 Capítulos 1 y 7.

Martínez, M. La investigación cualitativa etnográfica en Educación. 1994 capítulo 4.

Bersch, D. El fenómeno de la Salud. Bogotá: ICFES, ASCOFAME. 1983 páginas 30-37.

Latorre, J. M. Psicología de la Salud. Buenos Aires 1992. Capítulos 2 y 3.

Bauer, D. Rehabilitación Enfoque Integral. Barcelona 1992. Capítulos 6, 7 y 12.

Para cada una de las sesiones donde se socializaban las lecturas, cada estudiante debía producir un ensayo.

NIVEL II: "LA PRACTICA TERAPEUTICA"

Objetivo general:

Caracterizar la organización de valores, creencias, ideas, actitudes e imaginario que se desprenden de la relación entre los agentes de salud y la práctica terapéutica.

Objetivos específicos:

El estudiante observará y registrará datos etnográficos de lo que pasa en la práctica terapéutica.

El estudiante realizará un diagnóstico del imaginario de los agentes de salud y usuarios, que se desprende de la realización de la práctica terapéutica.

El estudiante elaborará un ensayo con relación a las características que debe tener la práctica terapéutica para tener un impacto positivo sobre la comunidad.

Lecturas Sugeridas

Hammersley, M. Atkinson, P. Etnografía. Paidós 1994 capítulos 1 y 7.

Martínez, M. La Investigación Cualitativa etnográfica en Educación. 1994 capítulo 4.

Bauer, D. Rehabilitación Enfoque Integral. Barcelona 1992. Capítulo 4, 5 y 8.

Wilches, G. El sentido de la participación. Habinet 1992

Latorre, J.M. Psicología de la Salud. Buenos Aires 1992. Capítulo 13.

Para cada una de las sesiones donde se socializaban las lecturas, cada estudiante debía producir un ensayo.

NIVEL III "LA PERSONA"

Objetivo General:

Caracterizar la organización de valores, creencias, ideas, actitudes, imaginario, que manifiesta la persona en el proceso salud-enfermedad.

Objetivos Específicos:

El estudiante observará y registrará datos etnográficos sobre el comportamiento del paciente con relación al proceso salud-enfermedad.

El estudiante realizará un diagnóstico del imaginario del paciente entorno al proceso salud-enfermedad.

El estudiante elaborará un ensayo con relación al imaginario que tiene el paciente entorno al proceso salud-enfermedad.

Lecturas sugeridas

Hammersley, M. Atkinson, P. Etnografía. Paidós. 1994 Capítulos 1 y 7.

Martínez, M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. 1994 capítulo 4.

Bauer, D. Rehabilitación Enfoque integral. Barcelona 1992 capítulos 3, 10 y 11.

Latorre, J.M. Psicología de la Salud. Buenos Aires 1992. Capítulo 10.

Para cada una de las sesiones donde se socializaban las lecturas cada estudiante debía producir un ensayo.

Etapa de Validación

Diseñada la propuesta se procedió a elegir un grupo de estudiantes (30) del sexto semestre del Programa Académico de Fisioterapia para validar la propuesta durante el primer período académico del año en curso (1996).

El total de estudiantes se dividió en tres grupos de 10 estudiantes cada uno:

El primer grupo trabajó sobre el nivel I: La Institución y su funcionamiento.

El segundo grupo trabajó sobre el nivel II: La práctica terapéutica, y

El tercer grupo sobre el nivel III: La persona.

Inicialmente se repartió material sobre: Qué es la etnografía y cómo es la recolección y descripción de la información en el trabajo de campo permitiendo al grupo de estudiantes comprender las lecturas, socializarlas y hacer el trabajo de campo, de esta forma entraron en la cotidianidad del usuario de los servicios de salud.

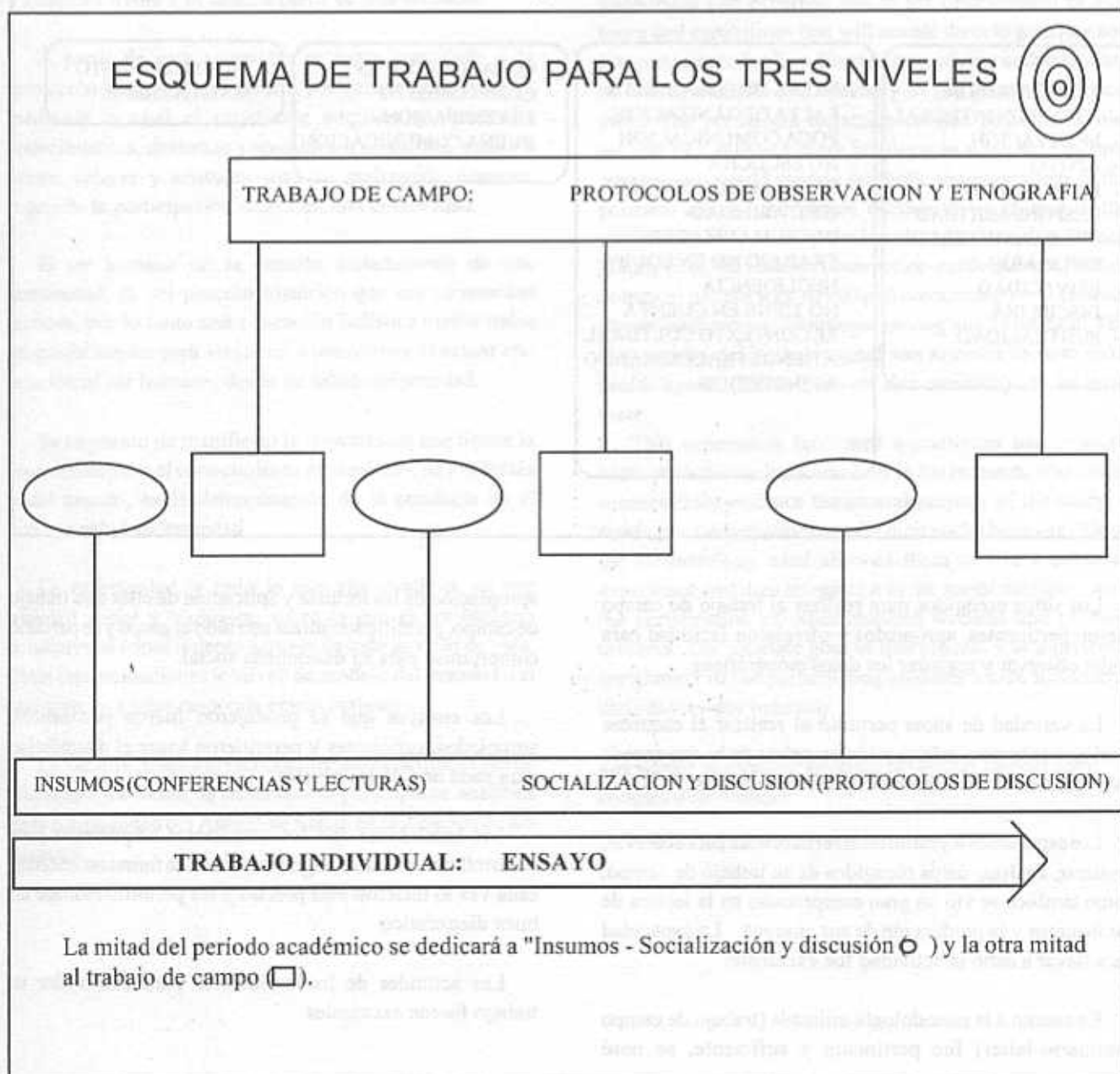
Ejecución de la propuesta

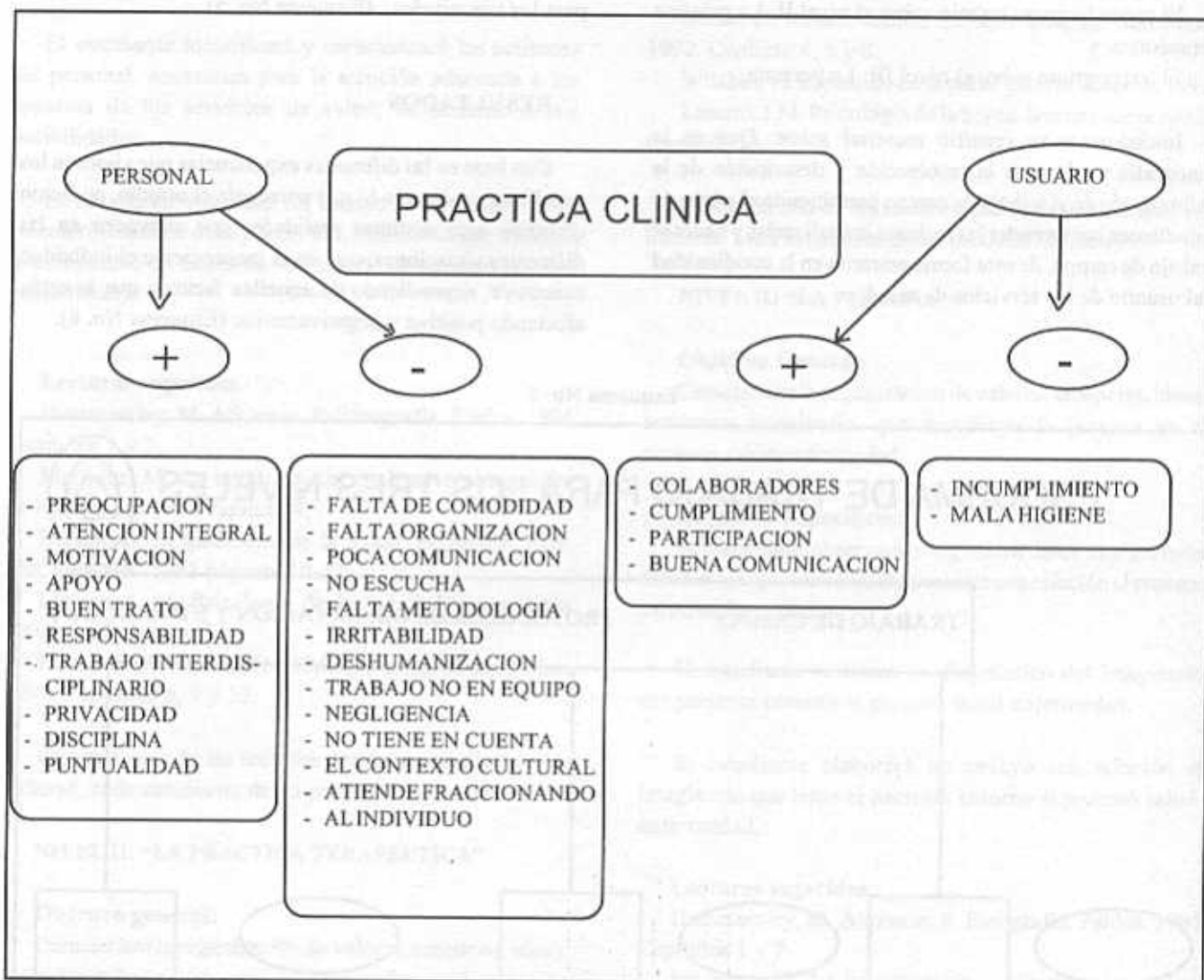
Se trabajó con base en el esquema de trabajo propuesto para los tres niveles. (Esquema No. 5).

RESULTADOS

Con base en las diferentes experiencias que vivieron los estudiantes y que era lo que perseguía el estudio, pudieron construir esas distintas realidades que subyacen en las diferentes situaciones, que en el inconsciente el individuo construye, dependiendo de aquellos factores que lo están afectando positiva y negativamente. (Esquema No. 6).

Esquema No. 5





Los sitios escogidos para realizar el trabajo de campo fueron pertinentes, apropiados y ofrecieron facilidad para poder observar y registrar los datos etnográficos.

La variedad de sitios permitió al realizar el esquema final que se tuviera información completa de lo que sucede en instituciones de diferentes niveles y recursos.

Los estudiantes lograron un nivel excelente para observar, registrar, analizar datos recogidos de su trabajo de campo, como también se vió un gran compromiso en la lectura de los insumos y la producción de sus ensayos. La capacidad para llevar a cabo la actividad fue excelente.

En cuanto a la metodología utilizada (trabajo de campo seminario-taller) fue pertinente y suficiente, se notó

apropiación de las lecturas y aplicación de ellas a su trabajo de campo, permitió socializar con todo el grupo y se percibió compromiso para su desempeño social.

Los ensayos que se produjeron fueron pertinentes, apropiados, suficientes y permitieron hacer el diagnóstico para cada uno de los niveles.

Las habilidades que los estudiantes adquirieron para desarrollar el método etnográfico fueron de forma ascendente, cada vez lo hicieron más preciso y les permitió realizar un buen diagnóstico.

Las actitudes de los estudiantes para desarrollar su trabajo fueron excelentes.

Las docentes fueron evaluadas con un gran compromiso, dominaban el tema de las lecturas y tuvieron mucha habilidad para permitir que se fuera desarrollando la temática en forma precisa para ir articulando el trabajo de campo con el seminario-taller y el quehacer terapéutico.

DISCUSION

Esta investigación propone, una perspectiva de trabajo donde se concibe la educación en salud no sólo como una actividad orientada a la prevención y cura de enfermedades sino para comprender, enfrentar e interpretar los procesos de salud-enfermedad y vida-muerte, trascendiendo lo biológico y permitiendo el proceso de construcción, transmisión y puesta en práctica de conocimientos, hábitos y actitudes frente a la salud a partir de una vivencia.

A partir de esta propuesta se logra contribuir a la formación integral de los futuros profesionales de la salud, mediante la cual el estudiante adquiere y desarrolla conocimientos, destrezas y aptitudes, e identifica, genera y asume valores y actitudes para su realización humana, logrando la participación activa en una comunidad.

El ser humano no se concibe aisladamente de una comunidad, ni del proceso histórico que esa comunidad encarna, por lo tanto una educación holística ofrece todas las posibilidades para vivenciar e interiorizar el actuar con relación al ser humano, desde su salud-enfermedad.

Se ha puesto de manifiesto la importancia que tienen la representación y el conocimiento de sí mismo, de los demás y del mundo, en la determinación de la conducta en el proceso salud-enfermedad.

La enfermedad, y todo lo que ella conlleva, es una realidad social y biológica, sobre la que el ser humano construye su conocimiento a través de todo su ciclo de vida. Estas representaciones le sirven de modelo del mundo en el que vive, y a ellas responde emocionalmente.

La identificación y el reconocimiento de actitudes puede efectuarse mediante, la observación participante analítica de la cotidianidad del Agente de Salud, en la atención de los usuarios.

El grupo de alumnos logró afinar el proceso de observación tratando de aprehender aquello que era significativo en el agente de salud, en el momento de la atención de los pacientes, mediante un trabajo de observación permanente y el registro de aquellas situaciones que se consideraban pertinentes. Esto permitió que los estudiantes aplicaran esta habilidad a otras asignaturas teórico-prácticas, donde el papel del buen observador es importante para poder diseñar planes de tratamiento acordes con la realidad.

ABSTRACT

It is always necessary to make room in the educational program of any health staff to the acquisition of therapeutic knowledge and expertise and to the development of attitudes and capabilities that will enable them to generate and integrate a set of values directed towards the understanding of human diseases and specially of the persons suffering them. The permanent reflection on this problem led the authors to a research work resulting in a curriculum proposal which would contain symbolic representations of the personal self, of the people outside that self, and of the professions exercised by the health staff. Based on Ethnography (i. e., the relation observation-participant), a methodological pattern was developed comprising the following stages: preliminary, diagnosis, desing and validation. The Universidad del Valle Hospital was selected because most health agents (the subjects of this research) use to meet there.

This experience facilitated a continuous participatory work with the students involved in the research, who could successfully embrace the central purpose of the study, a result considered important for their social behavior. Thus, the methodology used allowed them to live a personal experience and then integrate it in the social medium, with the participation of other research students and of their teachers. The ultimate goal of this process was a personal enrichment of the participating students which influenced their day-to-day behavior.

Key words: Humanism, symbolic dimension, Ethnography, Imagery (Psychology).

REFERENCIAS

- ADELMAN, H. S. y TAYLOR, L. *Children's reluctance regarding treatment: Incompetence resistance or an appropriate response?* School. Psychology, Review. 15. 1986.
- ANDERSON, L. A. ZIMMERMAN, M. A. *Patient and physician perception of their relationship and patient satisfaction.* Patien - educ, couns, vol 20.. 1993. p. 27-36.
- ANDREWS, L. V. *Mujer chamán.* Bogotá: Robinbook, 1983.
- ASCH, D. A. HANSEN - FLASCHEN, J. LANKEN, P.N. *Decisions to limitons continue life- sustaining treatment by critical care physicians in the United States: Conflicts setvren physiciens' practices and patients' wishes.* Am. J. Respir Crit, Care Med. vol 151: 288 - 292, 1995.
- BANDLER, R. GRINDER, J. *La estructura de la magia.* p. 27, 1981.
- BAUER, D. *Rehabilitación: Enfoque integral, principios prácticos.* Masson. Salud Medicina. Barcelona. España. 1992.
- BENJAMIN, A. *Instructivo del investigador.* México, Diana, 1981.
- BERGIR, P. y LUCKMAN, T. *La construcción social de la realidad.* Buenos Aires, Amorrorto. 1989.
- BEST, F. *Hacia una didáctica de las actividades motivadoras.* Editorial Kapelusz. Mexicana. Colección actualización pedagógica, 1982.
- BLOMM, S. *Rehabilitation as integral process.* In: "Sussman Mb (ed) Sociology of disability and rehabilitation". American Sociological Association. Washington. 1995.
- BRIDGES, N. *Clinical dilemmas: Therapists treating therapists.* Am. J. Orthopsychiatry, vol. 63: núm. 1, 1993.
- BRUNER, J. *Realidad mental y mundos posibles.* Barcelona. Gedisa, 1988.
- J. *Actos de significado.* Madrid, Alianza. 1991.
- BURSH, D. *El fenómeno de la salud.* Santafé de Bogotá. Icfes, Ascofame, p. 1983.
- CAREY, W. *Humanismo and professionalism in medicine's new world order.* Am. J. Gastroenterology. vol. 89: núm 11, 1994.
- CARSE, J. *Muerte y existencia.* México: F.C.E. 1987.
- CAPRA, F. *Wholeness and helth.* pág. 332 - 355-394, 1985.
- CHARLTON, B.G. *Holistic medicine or the humane doctor?* Br. J. Gen, pract. vol: 43, núm 376, p. 475-7, 1993.
- DE TEZANOS, *Etnografía: descripción, interpretación, construcción teórica.* Universidad Pedagógica Nacional, (CIUP). Bogotá, 1983.
- DI MATEO, M. R. y DI NICOLA. *Achieving patient compliance. The psychology of the medical practitioner's role.* Nueva York,. Pergamon press, 1982.
- DUSON, D. F. *Relationship management and the border line patient.* Can Fam physycian, vol. 39, 1993.
- FERGIGLA, J. M. *El sistema dinámico de la cultura y los diversos estados de la muerte.* Cuaderno de antropología No. 9 de Antropodos, 1989.
- FEYERABENO, P. *Tratado contra el método.* Madrid. Tecnos, 1981.
- FREUD, S. *Psicoanálisis aplicado y técnica psicoanalítica.* 4 edición. 1981.
- *Más allá del principio del placer,* 1987.
- FROMM, E. *El lenguaje olvidado.* Buenos Aires, Hachete, 1986.
- GALDON, M. J. y ANDREW, Y. *El concepto de conducta de enfermedad y sus diferentes campos de aplicación.* En: "E. Ibañez. Psicología de la salud y estilos de vida". Valencia, Promolibro, 1990.
- GOETZ, J. y COMTE. *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa.* Cap. VI.
- GRIAULE, M. *El método de la etnografía.* Buenos Aires, Nova, 1987.
- HALL, J. A. *Physicians liking for their paciente more evidence for the role of affect in medical care.* Heth-psychol. Vol. 12. Núm. 2. p. 140-6, 1993.
- HAMMERSLEY, M. ATKIMSON, P. *Etnografía.* Paidos, 1994.
- MARTINEZ, M. *La investigación cualitativa etnográfica en Educación.* 1994. Capítulo 4.
- KUBLER- ROSS, E. *Sobre la muerte y los moribundos.* Editorial Grijalbo, 4 edición, 1994.
- LADD, J. *The contract model of the doctor-patient relationship.* H.t-sinai. Vol. 60. Núm 1, p. 6 - 10, 1993.
- LATORRE, J. M. y otros. *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud.* Editorial Lumen. Buenos Aires. República Argentina. 1992.
- LEVENTHAL, H. NERENZ, D. *A model for stress research with some implications for the control of stress disorders.* 1983.
- , SHAEFER. *Modelo de autorregulación.* Nueva York, 1988.
- y colaboradores. *Compliance: A self regulation perspective. Han book of behavioral medicine.* Nueva York, 1984.
- LIKE. ZYZANSKY. *Health Psychology.* Vol. 12, 1993.
- LOPEZ, J. I. *La entrevista.* Manuales de Capacitación I. Quito: Aler, 1989. 61p.
- MARQUINEZ, G. *El hombre latinoamericano y sus valores.* Editorial Nueva América. Bogotá, 1986.
- MARTINEZ, M. *La investigación cualitativa etnográfica en educación.* 1994.
- MAY, R. *La necesidad del mito.* Barcelona. Paidos, 1992.
- MEJIA, M. S. J. y TORO, J. *Decálogo de los aprenderes.* Universidad Javeriana, Cali, 1981.
- MECHANIC, D. *Illness behavior, social adaptation and the manegement of illness.* The journal of nervous and mental disease, 1997.
- MERCHAN, E. *Propuesta sobre el diseño de unidades didácticas: técnicas y progreso en el siglo XX.* Investigación en la escuela. Vol. 21, 1993.
- MIRVIS, D. M. *Doctor -patient and doctor-patien, society relationships, after health care reform.* Ann- N-y-acad-sci. Vol. 729. p 56 -61 y 62 - 69, 1994.
- MOSS, C. *Psycicians roles: getting back to basic.* Can- fam-physician. Vol. 39. P. 1725 - 7, 1993.
- MUMFORD, E. SKIPPER, J. K. *Sociology in hospital care.* Nueva York, 1982.
- NATHANSON, S. *The consultant's role in resolving impasses in therapeutic relationships.* Psychoanalysis. Vol. 54. Núm. 1, 1994.

NIÑO R, V. M. *Los procesos de comunicación y del lenguaje*. Editorial Ecoe, 1985.

ORIOI, A. *Antropología médica*. México. Interamericana, 1982.

REY DE ASTAIZA, N. B. *El aprendizaje basado en problemas, perspectivas metodológicas e interdisciplinarias*. Organización Panamericana de la Salud y Ascofame. Santafé de Bogotá. Marzo, 1992.

----- *El diseño de los cursos con enfoque de solución de problemas*. La innovación curricular. Ascofame, Santafé de Bogotá. Mayo, 1991.

ROCKWELL, E. *Etnografía y teoría en la investigación educativa*. México, 1985.

SACRISTAN, J. G. PEREZ, A. I. *Comprender y transformar la enseñanza*. Morata, Madrid, España, 1992.

SAGAN, C. *Los dragones del edén*. Barcelona. Crítica, 1993.

SIMONTON, D. C. y MATHEWEUS, S. J. *Cancer and stress. Lounseling the cancer patient*. The Medical Journal of Australia, 1981.

THOMAS, L. *antropología de la muerte*. México, F.C.E.

TURK, D. C. HOLZMAN, A. D y KERNS, R. D. *Chronic Pain*. Orlando Academec Press, 1986.

VENTRES, N. NIRMTER, M. *Limitation of medical care an ethnographic analysis*. J-clin ethics. Vol. 4. Núm. 2. P. 134-45, 1993.

WOLF, A. INGELFINGEN, J. SCHMITZ, S. *Emphasizing attitudes. Toward the doctor patient relationship in medical education*. Academic medicine. Vol. 69. Núm 11, 1994.