

La evaluación en el perfil docente del supervisor clínico de Mutual de Seguridad.

CAROLA VEGA E.*^a

RESUMEN

Introducción: El rol de supervisor clínico exige competencias y saberes que requieren formación específica. Este estudio se centra en el quehacer docente de los supervisores clínicos de Mutual de Seguridad.

Objetivos: Describir el perfil docente de los supervisores clínicos de Mutual de Seguridad en relación al desempeño de la evaluación.

Material y Método: El estudio tiene un diseño cuantitativo con alcance descriptivo. Se aplicó un cuestionario a 140 profesionales de carreras de la salud como Medicina, Enfermería, Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Química y Farmacia, Trabajo Social y Tecnología Médica.

Resultados: Se observó mayor interés por evaluar el conocimiento teórico, por sobre la evaluación de las competencias. Asimismo, se observaron limitaciones en el uso de los instrumentos evaluativos como pautas y rúbricas. Se encontraron diferencias entre profesionales, según su disciplina, y también según tengan o no formación en docencia.

Conclusiones: Se demuestra un predominio del paradigma academicista, que influye en la percepción del rol del docente clínico. La institución carece de un perfil docente definido, lo que impacta en el proceso de evaluación del estudiante, llevado a cabo por el supervisor clínico.

Palabras clave: Formación docente, Evaluación, Competencias clínicas.

SUMMARY

Assessment in the teaching profile of the clinical supervisor at Mutual de Seguridad.

Introduction: The clinical supervisor role requires competencies and knowledge that require specific training. This study focuses on the teaching work carried out by clinical supervisors at Mutual de Seguridad.

Objectives: To describe the teaching profile of Mutual de Seguridad's clinical supervisors in relation to the assessment performance.

Material and Method: Quantitative study, descriptive scope. A questionnaire was applied to 140 health programs professionals such as Medicine, Nursing, Kinesiology, Speech Therapy, Occupational Therapy, Chemistry and Pharmacy, Social Work and Medical Technology.

Results: The results showed greater interest in assess theoretical knowledge, above the assessment of competences. Also, limitations in the use of evaluative instruments such as guidelines and rubrics were observed. Differences were found between professionals, according to their discipline, and also according to whether or not they have a teaching background.

Conclusions: A predominance of the academic paradigm was observed, which influences the perception of the role of clinical teacher. The institution lacks a defined teaching profile, which impacts on the student assessment process, carried out by the clinical supervisor.

Key words: Teacher training, Assessment, Clinical competences.

Recibido: el 21-11-16, Aceptado: el 03-02-17.

* Instituto de Rehabilitación y Neurología, Mutual de Seguridad, Santiago, Chile.

a. Terapeuta Ocupacional, Magíster en Educación en Ciencias de la Salud.

INTRODUCCIÓN

La creciente expansión de la Educación Superior y de las distintas carreras de la salud en Chile, han hecho de la docencia un rol cada vez más generalizado entre los profesionales¹. Lo mismo ha ocurrido, específicamente, en el área de la docencia clínica. El supervisor clínico debe cumplir con un rol de monitor de las actividades clínicas del estudiante² y un rol de modelo en su actuar y su actitud³, características que lo diferencian del perfil de un docente de aula⁴.

Aunque no existe una regulación que determine una exigencia en cuanto a los requerimientos para desempeñarse en la docencia, es reconocido que el rol de supervisor clínico exige competencias y saberes que requieren formación específica⁵.

Actualmente, existen múltiples centros asistenciales que funcionan como campos docentes-clínicos y la demanda por insertar a estudiantes es cada vez mayor⁶. Se debe considerar que esta docencia corresponde a estudiantes que cursan una etapa crítica de su formación profesional. Por otra parte, el docente clínico o supervisor clínico cumple un rol de modelo⁷, ya que demuestra y enseña técnicas, habilidades, comportamientos y competencias frente a un paciente en un contexto real. Por último, la docencia realizada en este contexto es constante durante la jornada laboral y permanente por el periodo de tiempo que se extiende la práctica profesional del estudiante. Sumando todo lo anterior, se puede concluir que el nivel de responsabilidad y de exigencia que adquiere este rol es de gran relevancia y posee características específicas.

En este marco, es que surge la problemática que motiva esta investigación, en la cual se busca determinar qué características poseen los supervisores clínicos de Mutual de Seguridad expresadas en perfiles docentes; qué necesidades surgen que dificulten el desempeño de la docencia; y de qué manera este levantamiento de percepciones se relaciona con su experiencia en formación en docencia. En este rol de tutor clínico, como lo reconoce Herskovic⁸, es de particular importancia la capacidad de evaluar el desempeño de los estudiantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio de tipo cuantitativo, con alcance descriptivo, en el cual se aplicó un cuestionario tipo Likert. Este cuestionario cuenta con 31 preguntas, compen-

didadas en cuatro dimensiones: Información General, Rol de Tutor Clínico, Rol en Proceso de Enseñanza-Aprendizaje, Rol en Evaluación (RE). Los resultados de este último apartado son los que se presentan en el presente artículo. El instrumento fue sometido a un proceso de validación de contenido y, para ello, se construyó una matriz de validación de contenido⁹. De esta forma, se alinearon los ítems que conforman el cuestionario con las dimensiones del estudio, asegurando la representatividad de los objetivos propuestos. Además, con la finalidad de mejorar la calidad y representatividad de los ítems de la escala¹⁰, se desarrolló un proceso de validación de contenido por medio del juicio de expertos¹¹. Se recurrió a la opinión de 7 expertos en el área de la educación en Ciencias de la Salud. Entre los expertos que participaron, hubo un médico profesor titular y un médico profesor asociado dedicado a la educación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, tres Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, dos profesionales del área con cargo de responsabilidad en Mutual de Seguridad.

Posteriormente, se llevó a cabo una validación de fiabilidad, la cual evalúa cómo los potenciales respondientes interpretan los ítems, y si esto coincide con lo que el instrumento pretende evaluar¹². De esta forma, se aplicó el cuestionario a 30 estudiantes de Terapia Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El resultado de este proceso derivó en la aceptación de las preguntas como coincidentes con lo evaluado, exceptuando dos preguntas las cuales hubo que eliminar.

El universo encuestado abarcó la totalidad de supervisores clínicos existentes en la institución, siendo 140 personas. Este grupo está conformado por las siguientes carreras de la salud: Medicina, Enfermería, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Tecnología Médica, Psicología, y Química y Farmacia. De este grupo se incluyó los profesionales que desempeñan labores de docencia clínica en la institución, y se excluyó a los profesionales de Enfermería, por petición de la institución.

Cumpliendo con los rigores éticos, se solicitó a los profesionales su disposición a participar por medio de un consentimiento informado online, y previo al comienzo del cuestionario.

La aplicación del instrumento fue a través de la plataforma SurveyMonkey. El cuestionario fue enviado a 140 personas, de las cuales hubo 75 respuestas en total.

Se analizó cuantitativamente los datos obtenidos, por medio del programa de análisis estadístico SPSS

versión 20.0. De esta forma, se pudo relacionar los resultados con las características de la población en estudio en cuanto a sexo, edad, profesión y formación en docencia recibida.

RESULTADOS

De la totalidad de supervisores clínicos encuestados, un 54% respondió el cuestionario. La distribución de estos participantes, según sexo, fue de un 50,7% femenino y un 48% masculino (Tabla 1).

En cuanto a la distribución etárea, ésta se concentra en las edades comprendidas entre los 30 y 39 años (45,3%), siendo el 64% del total del grupo menor a los 40 años (Tabla 2).

Tabla 1. Distribución de participantes, según sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	38	50,7%
Masculino	36	48,0%
Sin respuesta	1	1,3%
Total	75	100%

Tabla 2. Distribución de participantes, según edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
24 - 29 años	14	18,7%
30 - 39 años	34	45,3%
40 - 49 años	15	20,0%
50 - 59 años	8	10,7%
60 - 64 años	2	2,7%
65 años o más	1	1,3%
Sin respuesta	1	1,3%
Total	75	100%

Considerando la totalidad de la muestra, la profesión con mayor concentración fueron los kinesiólogos (38,7%), seguido por los médicos (14,7%) y los terapeutas ocupacionales (13,3%). Entre los encuestados que marcaron la alternativa Otros, las profesiones especificadas fueron: 3 técnicos paramédicos, 5 químico farmacéuticos y 2 psicólogos (Tabla 3).

En cuanto al tipo de jornada laboral que desempeñan los encuestados, los resultados arrojan que el 53% tiene jornada superior a 44 hrs. En conclusión, el 84% trabaja en la institución en una jornada que supera las 23 horas semanales (Tabla 4).

En cuanto a la formación en docencia realizada (Tabla 5), se destaca el hecho de que la mayoría de los encuestados (71%) no ha realizado ningún programa de formación en docencia. Entre aquellos que sí han participado (29%), el mayor porcentaje es en relación a

cursos y diplomados. Ningún participante ha desarrollado un doctorado en el área.

Tabla 3. Distribución de participantes, según profesión.

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Sin Respuesta	3	4,0%
Fonoaudiólogo (a)	2	2,7%
Kinesiólogo (a)	29	38,7%
Médico	11	14,7%
Otro	10	13,3%
Tecnólogo Médico	8	10,7%
Terapeuta Ocupacional	10	13,3%
Trabajador Social	2	2,7%
Total	75	100%

Tabla 4. Distribución de participantes, según tipo de jornada laboral.

Jornada Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Sin Respuesta	3	4%
44 horas o más	40	53%
Entre 23 y 43 horas	23	31%
Menor o igual a 22 horas	9	12%
Total	75	100%

Tabla 5. Distribución de participantes, según formación docente.

Nivel de Formación	Frecuencia	Porcentaje
Curso	12	16%
Diplomado	7	9%
Magíster	3	4%
Doctorado	0	0%
Ninguno	53	71%
Total	75	100%

Según la distribución por profesión (Tabla 6), los kinesiólogos concentran el grupo con mayor formación docente recibida, seguido por los terapeutas médicos. Cabe destacar que en todas las profesiones, el mayor porcentaje se concentra entre aquellos que no han participado de algún programa formativo en docencia.

En la Dimensión Rol en Evaluación del cuestionario (Tabla 7), los resultados generales arrojan que para la mayor parte de las afirmaciones existe un bajo nivel de acuerdo, siendo las respuestas más bajas RE1 la cual afirma que la evaluación debiera centrarse en lo que el estudiante es capaz de hacer, en vez de los conocimientos teóricos; y RE5 que dice durante la retroalimentación el estudiante tiene un rol pasivo (Tabla 8). Por otra parte, la respuesta RE4, que hace referencia a la importancia de la retroalimentación en la práctica profesional, supera ampliamente el porcentaje de acuerdo obtenido por las demás afirmaciones

(Tabla 8).

Los resultados obtenidos según profesión (Tabla 9), indicaron que médicos, terapeutas ocupacionales y kinesiólogos consideran que las evaluaciones utilizadas no son suficientes para evaluar las habilidades del

estudiante. Por otra parte, kinesiólogos consideran que la evaluación debiera centrarse en lo que es capaz de hacer el estudiante. Los médicos y kinesiólogos, afirman que evaluar con rigor mejora el desempeño de los estudiantes.

Tabla 6. Distribución de participantes, por formación en docencia según profesión.

Profesión		Nivel de Formación					Total
		Curso	Diplomado	Magister	Doctorado	Ninguno	
Fonoaudiólogo	N	0	1	1	0	0	2
	%	0%	50%	50%	0%	0%	100%
Kinesiólogo	N	8	3	0	0	18	29
	%	28%	10%	0%	0%	62%	100%
Médico	N	1	0	0	0	10	11
	%	9%	0%	0%	0%	91%	100%
Otro	N	2	0	0	0	8	10
	%	20%	0%	0%	0%	80%	100%
Tecnólogo Médico	N	0	0	1	0	7	8
	%	0%	0%	12,5%	0%	87,5%	100%
Terapeuta Ocupacional	N	2	2	1	0	5	10
	%	20%	20%	10%	0%	50%	100%
Trabajador Social	N	0	0	0	0	2	2
	%	0%	0%	0%	0%	100%	100%

Tabla 7. Sección Dimensión Rol Evaluador del cuestionario.

Código	Ítem
RE1	La evaluación debiera centrarse en lo que el estudiante es capaz de hacer, en vez de los conocimientos teóricos.
RE2	Cuando se evalúa con rigor a los estudiantes mejoran su desempeño.
RE3	Las evaluaciones tienen más relación con las exigencias de la institución de origen del estudiante que con la práctica educativa.
RE4	El uso de la retroalimentación al estudiante es fundamental para la formación profesional en la práctica clínica
RE5	Durante la retroalimentación el estudiante tiene un rol pasivo.
RE6	El instrumento de evaluación que utiliza la universidad de donde proviene el estudiante es de fácil comprensión.
RE7	Los instrumentos de evaluación utilizados en su práctica clínica aseguran una medición válida del hacer del estudiante.
RE8	Las herramientas evaluativas utilizadas no son suficientes para evaluar eficazmente las habilidades del estudiante.

Tabla 8. Resultados generales de Dimensión Rol Evaluador.

Código	De Acuerdo	N	Desacuerdo	N	S/R	N	Total	N
RE1	35%	26	49%	36	16%	12	100%	74
RE2	46%	34	38%	28	16%	12	100%	74
RE3	43%	32	41%	30	16%	12	100%	74
RE4	84%	62	0%	0	16%	12	100%	74
RE5	6%	4	78%	58	16%	12	100%	74
RE6	58%	43	26%	19	16%	12	100%	74
RE7	53%	39	31%	23	16%	12	100%	74
RE8	53%	39	31%	23	16%	12	100%	74

Tabla 9. Resultados de Dimensión Rol Evaluador, según profesión.

Profesión		RE1	RE2	RE3	RE4	RE5	RE6	RE7	RE8	TOTAL
Fonoaudiólogo	N	0	0	0	1	0	1	1	1	2
	%	0%	0%	0%	50%	0%	50%	50%	50%	100%
Kinesiólogo	N	14	15	15	28	3	17	19	14	29
	%	48%	52%	52%	97%	10%	59%	66%	48%	100%
Médico	N	1	7	5	11	0	7	6	8	11
	%	9%	64%	46%	100%	0%	64%	55%	73%	100%
Otro	N	3	2	3	6	1	5	5	2	10
	%	30%	20%	30%	60%	10%	50%	50%	20%	100%
Tecnólogo Médico	N	1	2	2	4	0	3	1	3	8
	%	13%	25%	25%	50%	0%	38%	13%	38%	100%
Terapeuta Ocupacional	N	5	6	5	10	0	8	5	9	10
	%	50%	60%	50%	100%	0%	80%	50%	90%	100%
Trabajador Social	N	2	2	2	2	0	2	2	2	2
	%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%

Los resultados según profesionales con o sin formación en docencia (Figura 1), presentan diferencias en relación a las afirmaciones RE1, RE6, RE7 y RE8. La primera afirmación, se refiere a que la evaluación debería centrarse en lo que el estudiante es capaz de hacer y no en los conocimientos teóricos; los profesionales con formación en docencia muestran una tendencia a estar a favor en mayor proporción que aquellos sin formación en el área. Las siguientes afirmaciones, RE6, RE7 y RE8, tienen relación con los instrumentos evaluativos, y en sus respuestas coincide un alto grado de aceptación por parte de los profesionales con formación, en comparación con aquellos no formados. Estos resultados muestran una mayor comprensión de los instrumentos evaluativos provenientes de la universidad, por los profesionales con formación. Asimismo, son considerados como herramientas válidas para la evaluación del estudiante, sin embargo, no son suficientes para evaluar las habilidades de éste. Por otra parte, existe un claro acuerdo, en ambos grupos, en que la retroalimentación es fundamental en la formación profesional del estudiante; y desacuerdo en que el estudiante adquiera un rol pasivo en este tipo de instancia formativa.

En los resultados de la Dimensión, según sexo (Figura 2), no hay diferencias importantes en las respuestas de los entrevistados. La mayor distancia se aprecia en RE3, donde el 37% de las mujeres dice estar de acuerdo en que *las evaluaciones tienen más relación con las exigencias de la institución de origen del estudiante que con la práctica educativa*, mientras que los hombres afirman esto en un 50%. En ambos grupos, se demuestra la misma tendencia que en los gráficos anteriores, donde hay una clara tendencia a estar

a favor en la afirmación RE4 y desacuerdo en RE1 y RE5.

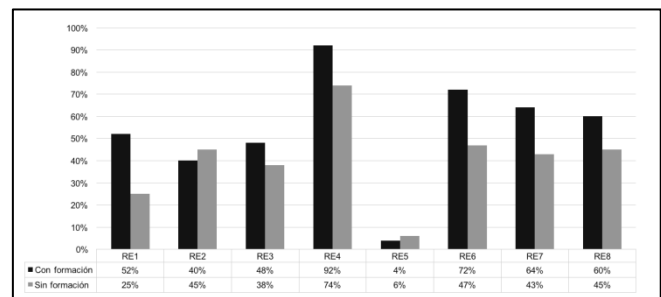


Figura 1. Respuestas de acuerdo de la Dimensión Rol Evaluador, según formación en docencia recibida.

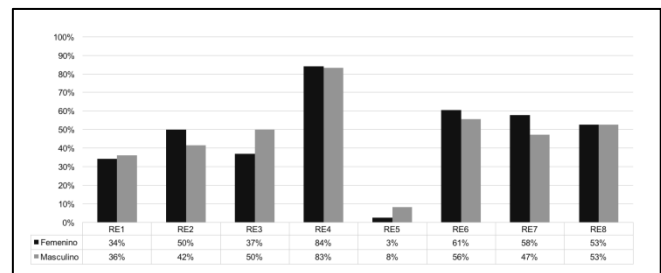


Figura 2. Respuestas de acuerdo de la Dimensión Rol Evaluador según sexo.

DISCUSIÓN

En la Dimensión Rol en Evaluación (RE), de forma general, se le otorga gran importancia a la retroalimentación en la formación del estudiante. En este punto se destacan las profesiones de Medicina, Terapia Ocupacional y Kinesiología. Esto puede ser debido a que la retroalimentación es parte de las habilidades

necesarias dentro del perfil docente clínico¹³ y una herramienta ampliamente utilizada por los docentes de la institución, por lo que es fundamental en el proceso de práctica. Entre las necesidades expresadas, surgió la de realizar retroalimentaciones constructivas. Esto es relevante, ya que significaría que esta herramienta es vista como una habilidad necesaria en la docencia y que requiere de entrenamiento.

Acerca de la percepción sobre el rol evaluador, hay un gran interés por evaluar el conocimiento teórico de los estudiantes, por sobre la evaluación de las competencias o desempeños. En relación a su grupo, los profesionales formados en docencia mantienen un alto nivel de acuerdo con que la evaluación debiera centrarse en las habilidades demostradas por el estudiante. Este planteamiento es parte de los criterios propuestos por las universidades y que se adscriben al modelo por competencias. Falender¹⁴, introduce una mirada de la supervisión clínica basada en el modelo por competencias, considerando que pueden convivir dos tipos de requerimientos: a) los de la Universidad y b) los del centro de práctica. Asimismo, destaca la importancia, tanto del conocimiento del estudiante, como de las habilidades necesarias para desarrollar una competencia clínica. Esta discrepancia entre lo evaluado por los supervisores clínicos y las universidades, trae como consecuencia la dificultad para comprender las pautas de evaluación y su aplicabilidad, habilidad imprescindible para ejercer el rol de docente clínico¹⁵. La institución estudiada carece de un perfil docente, esta falta de definición de los estándares de los supervisores clínicos incide en que los criterios utilizados por los docentes podrían orientar las evaluaciones de los estudiantes hacia el cumplimiento de las propias exigencias del tutor, las que pueden discrepar con el perfil del estudiante propuesto por las universidades.

La evaluación con rigor a los estudiantes, como estrategia para mejorar su desempeño, es mayormente aceptada por los médicos y trabajadores sociales. Por el contrario, esta afirmación mantiene bajo nivel de acuerdo por el grupo en general. La evaluación rigurosa, se centra en el logro de objetivos y en una relación docente–estudiante jerárquica¹⁶. Este resultado se asocia al paradigma de enseñanza academicista, donde se minimiza el proceso de construcción de conocimiento que genera el estudiante en conjunto con el docente. A diferencia del cambio de paradigma que introducen los autores actuales¹⁷, quienes manifiestan este cambio de la enseñanza centrada en el profesor por una centrada en el estudiante, valorando la im-

portancia de la interrelación entre el docente y el alumno; dejando atrás la transmisión del conocimiento por la construcción de éste. De esta forma, se puede presumir que los médicos mantienen una visión de la enseñanza orientada al paradigma tradicional, debido a su estilo de formación y al hecho de que, en este estudio, un solo miembro de ellos ha realizado un curso en docencia. En el caso de los trabajadores sociales, ninguno ha recibido formación.

Con respecto a los instrumentos de evaluación utilizados, los profesionales expresan dificultades en su comprensión y aplicación. Entre las razones, se encuentran la falta de tiempo para realizar la evaluación; dificultad para objetivar las conductas observadas; y falta de eficacia entre lo evaluado por el instrumento y lo desempeñado en la práctica clínica. Según Zabalza¹⁸, para realizar una evaluación hay tres pasos: se debe recoger información, valorar la información y luego tomar una decisión. Expresa que, para valorar la información recogida, es importante aplicar criterios según el marco de referencia establecido. Según los resultados en este trabajo, existe discrepancia entre la evaluación del estudiante bajo el modelo por competencias planteado por las universidades, y la visión de la evaluación de los profesionales centrada en aspectos teóricos; esto podría explicar la falta de comprensión de los instrumentos evaluativos por parte de los tutores. La dificultad para objetivar las conductas del estudiante, se podría explicar por la escasez de destreza en la aplicación de las pautas evaluativas y, por otra parte, en la utilización de pocos instrumentos para evaluar de forma integral las competencias clínicas.

CONCLUSIONES

A modo general, existe una visión dividida de los supervisores clínicos, con respecto al paradigma del aprendizaje. Se demuestra que entre los profesionales con formación docente en el área, hay una visión que considera al estudiante como centro del aprendizaje; mientras que los profesionales sin capacitación, que comprende a la mayoría del grupo, mantienen una influencia academicista enfocada en los conocimientos teóricos y que presenta al docente como un guía al cual el estudiante se debe adaptar en su metodología de enseñanza. Pese a la orientación paradigmática presente entre los supervisores clínicos, se demuestra una tendencia a evolucionar y abrirse paso hacia la transformación, comprendiendo que el quehacer do-

cente no es meramente intuitivo y autodidacta, sino que requiere del desarrollo de herramientas pedagógicas

que aporten en el proceso de enseñanza-aprendizaje y en su rol de docente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brunner J. Visión histórica de la evolución del sistema de educación superior chileno: hitos desde 1967 a la fecha. En: Jiménez M, Durán F. Un recorrido por la historia reciente de la educación superior chilena: 1967-2011. Santiago: Aequalis; 2011. Págs. 21-39.
2. Martin P, Copley J, Tyack Z. Twelve tips for effective clinical supervision based on a narrative literature review and expert opinion. *Medical Teacher*. 2014; 36(3): 201-207.
3. Ruiz R. Educación Médica. Manual práctico para clínicos. Buenos Aires: Madrid: Médica Panamericana; 2009. 285 p.
4. Harden R, Crosby J. AMEE Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer – the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*. 2000; 22(4): 334-347.
5. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Medical Teacher*. 2006; 28(6): 497-526.
6. Medina E, Kaempffer A. Medicina y otras carreras de la salud en Chile. Un análisis preliminar. *Rev Med Chile*. 2007; 135(10): 1346-1354.
7. Yazigi A, Nasr M, Sleilaty G, Nemr E. Clinical teachers as role models: perceptions of interns and residents in a Lebanese medical school. *Med Educ*. 2006; 40(7): 654-661.
8. Herskovic P, Miranda T, Cortés E, Delucchi Á, et al. ¿Creen haber cambiado los docentes un año después de un curso de docencia clínica? *Educ Med*. 2012; 15(3): 179-184.
9. Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40(6): 619-625.
10. Streiner D, Norman G, Cairney J. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Fifth ed. New York: Oxford University Press; 2014. Págs. 5-16.
11. Streiner D. A Checklist for Evaluating the Usefulness of Rating Scales. *Can J Psychiatry*. 1993; 38(2): 140-148.
12. Artino Jr A, La Rochelle J, Dezee K, Gehlbach H. Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87. *Medical Teacher*. 2014; 36(6): 463-474.
13. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher*. 2007; 29(1): 2-19.
14. Falender C, Shafranske E. Clinical Supervision: The State of the Art. *J Clin Psychol*. 2014; 70(11): 1030-1041.
15. Kilminster S, Jolly B. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ*. 2000; 34(10): 827-840.
16. Cabrera J. Discurso docente en el aula. *Estudios Pedagógicos* 2003; 29: 7-26.
17. Ausubel D. Teoría del aprendizaje significativo. Fascículos del CEIF. 1983; 1.
18. Zabalza M. Competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional. Madrid: Narcea Ediciones; 2003.

Dirección del autor:

Carola Vega E.

Instituto de Rehabilitación y Neurología, Mutual de Seguridad,

Av. Lib. Bernardo O`Higgins 4850,

Pisos 12-20, Estación Central,

Santiago, Chile.

E-mail: carolavegae@gmail.com