

ISSN 0718-2406 Versión impresa
ISSN 07-18-2414 Versión electrónica

RECS

REVISTA DE EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

(Rev Educ Cienc Salud)

Vol 8 - N° 1 - 2011

Publicación oficial de ASOFAMECH y SOEDUCSA

CONCEPCIÓN - CHILE

Publicación oficial de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, ASOFAMECH y de la Sociedad Chilena de Educación en Ciencias de la Salud, elaborada por el Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Facultad de Medicina de Concepción a partir de 2004.

Se publican dos números por año. Las versiones electrónicas se publican durante los meses de Mayo y Noviembre y las versiones impresas durante los meses de Junio y Diciembre.

La Revista de Educación en Ciencias de la Salud está destinada a difundir temas de educación aplicada al área de las Ciencias de la Salud. Los trabajos originales deben ser inéditos y ajustarse a las normas incluidas en las «Instrucciones a los Autores» que aparecen tanto en la versión electrónica como en la edición impresa. Los trabajos deben ser enviados por correo electrónico a nombre de Revista de Educación en Ciencias de la Salud, efasce@udec.cl sin que existan fechas límites para ello.

Aquellos trabajos que cumplan con las normas indicadas serán sometidos al análisis de evaluadores externos, enviándose un informe a los autores dentro de un plazo de 30 días. Los editores se reservan el derecho de realizar modificaciones formales al artículo original.

Las ediciones son de distribución gratuita para los miembros de ASOFAMECH y SOEDUCSA. Para otros profesionales el valor unitario es de \$2.000.

Dirección: Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina,
Universidad de Concepción, Janequeo esquina Chacabuco, Concepción.

Teléfonos: 56 41 2204932 - Fax: 56 41 2215478

E-mail: efasce@udec.cl

Publicación indizada en: LATINDEX e IMBIOMED

DIRECTORIO SOEDUCSA**PRESIDENTE**

Dra. Elsa Rugiero P.
Universidad de Santiago de Chile

VICEPRESIDENTE

Dr. Justo Bogado S.
Universidad de Chile

SECRETARIA

Prof. Ilse López B.
Universidad de Chile

TESORERO

Dr. Miguel Puxant V.
Universidad de Chile

DIRECTORES

Prof. Nancy Navarro
Universidad de La Frontera

Dra. Christel Hanne A.
Universidad de Chile

PAST PRESIDENT

Prof. Ana Cecilia Wright N.
Pontificia Universidad Católica de Chile

DIRECTORIO ASOFAMECH**PRESIDENTE**

Dra. Cecilia Sepúlveda Carvajal
*Decano Facultad de Medicina
Universidad de Chile*

SECRETARIA

Dra. Patricia Muñoz Casas del Valle
*Decano Facultad de Medicina
Universidad Diego Portales*

PAST PRESIDENT

Dr. Luis Maldonado Cortés
Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso

VICEPRESIDENTE

Dr. Eduardo Hebel Weiss
*Decano Facultad de Medicina
Universidad de La Frontera*

TESORERO

Dr. Rogelio Altuzarra Hernández
*Decano Facultad de Medicina
Universidad de Los Andes*

DECANOS INTEGRANTES

Dra. Cecilia Sepúlveda Carvajal
*Facultad de Medicina
Universidad de Chile*

Dr. Eduardo Hebel Weiss
*Facultad de Medicina
Universidad de La Frontera*

Dr. Claudio Flores Würth
*Facultad de Medicina
Universidad Austral de Chile*

Dr. Raúl González Ramos
*Facultad de Medicina
Universidad de Concepción*

Dr. Antonio Orellana Tobar
*Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso*

Dr. Luis Ibáñez Anrique
*Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile*

Dr. José Luis Cárdenas Núñez
*Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Santiago de Chile*

Dr. Rogelio Altuzarra Hernández
*Facultad de Medicina
Universidad de Los Andes*

Dr. Marcelo Lagos Subiabre
*Facultad de Medicina
Universidad Católica de la Santísima Concepción*

Dr. Juan Giaconi Gandolfo
*Facultad de Medicina
Universidad Mayor*

Dr. Alex Arroyo Meneses
*Facultad de Medicina y Odontología
Universidad de Antofagasta*

Dr. Mario Fernández Gutiérrez
*Facultad de Medicina y Enfermería
Universidad San Sebastián*

Dra. Patricia Muñoz Casas del Valle
*Facultad de Medicina
Universidad Diego Portales*

Dr. Nicolás Velasco Morandé
*Facultad de Medicina
Universidad Católica del Norte*

Dra. Colomba Norero Vodnizza
*Facultad de Medicina
Universidad Andrés Bello*

Dr. Pablo Vial Claro
*Facultad de Medicina
Universidad del Desarrollo*

Dr. Alberto Dougnac Labatut
*Facultad de Medicina
Universidad Finis Terrae*

Dr. Raúl Silva Prado
*Facultad de Medicina
Universidad Católica del Maule*

REPRESENTANTES UNIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA DE ASOFAMECH

Universidad Austral de Chile:
Dr. Ricardo Castillo D.

Universidad de Chile:
Dr. Manuel Castillo N.
Prof. Viviana Sobrero R.

Universidad de La Frontera:
Prof. José Zamora S.
Prof. Patricia Cifuentes del V.

Pontificia Universidad Católica de Chile:
Dr. Rodrigo Moreno B.
Prof. Ana Cecilia Wright N.

Universidad de Concepción:
Dr. Eduardo Fasce H.
Prof. Paula Parra P.

Universidad de Los Andes:
Dra. Flavia Garbin A.

Universidad de Santiago de Chile:
Dra. Elsa Rugiero P.

Universidad Católica del Norte:
Dra. Claudia Behrens P.
Dr. Daniel Moraga M.

Universidad San Sebastián:
Dra. Heidi Wagemann B.

Universidad del Desarrollo:
Dr. Ricardo Lillo G.
Dra. Katherine Marín D.

Universidad Andrés Bello:
Dra. Marcela Assef C.
Dra. Verónica Morales

Universidad Católica de la Santísima Concepción:
Dr. Hernán Jeria de F.

Universidad Mayor:
Dra. Amelia Hurtado M.
Prof. María Elisa Giaconi S.

EDITOR

Eduardo Fasce H., MD,
Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile

EDITOR ADJUNTO

Ana Cecilia Wright N.,
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

EDITOR VERSIÓN ELECTRÓNICA

Prof. Olga Matus,
Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile

COMITÉ EDITORIAL

Eduardo Rosselot, MD,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile

Beltrán Mena, MD,
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Ana Cecilia Wright,
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Nancy Navarro, MSc,
Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Chile

Teresa Miranda, MSc,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile

Peter McColl, MD,
Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Chile

Pilar Ibáñez, MSc,
Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile

Olga Matus,
Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile

Flavia Garbin, MD,
Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Chile

Liliana Ortiz, MSc,
Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile

Janet Bloomfield, MD,
Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Chile

Elsa Rugiero, MD,
Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Chile

COMITÉ CONSULTOR INTERNACIONAL

Mary Cantrell	Arkansas, USA
David Apps	Edimburgo, UK
Alberto Galofré	St. Louis, USA
Philip Evans	Edimburgo, UK
Bruce Wright	Calgary, Canadá
Michel Girard	Montreal, Canadá
Jaj Jadavji	Calgary, Canadá
Moné Palacios	Calgary, Canadá
Carlos Brailovsky	Quebec, Canadá
Patricia Reta	Monterrey, México

Edición de Distribución gratuita para profesionales del Área de la Salud pertenecientes a ASOFAMECH y socios de SOEDUCSA
Otros profesionales \$2.000.-

DIRECCIÓN DIRECTOR RESPONSABLE
Chacabuco esq. Janequeo, Concepción
Dirección Internet
www.udec.cl/ofem/recs

TABLA DE CONTENIDOS

EDITORIAL	5
TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS	
Educación médica, una asignatura pendiente. <i>Patricia Reta M.</i>	6
TRABAJOS ORIGINALES	
Percepción de los estudiantes del Instituto Virginio Gómez sobre el clima educacional. Perceptions of the students of the Virginio Gómez Institute on the educational climate. <i>Ivette Chassin-Trubert H., y José Durán R.</i>	9
Análisis de la encuesta de evaluación del desempeño docente de la Universidad de Chile: Una mirada desde la Facultad de Medicina. Analysis of the Survey of teacher performance evaluation at the University of Chile: A view from the Faculty of Medicine. <i>Natasha Kunakov.</i>	15
Competencias del profesional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos: Reflexiones desde la mirada experta. Nurse professional competencies in Pediatric Intensive Care: Reflexions from an expert view. <i>Evelyn Palominos L. e Ilse López B.</i>	19
Implementación y evaluación de una metodología de autoaprendizaje dirigido, para estudiantes de dos carreras de ciencias de la salud. Implementation and evaluation of a methodology of self-directed learning, for students of two programs of health sciences. <i>Rodrigo Herrera R., Hernán Herrera R., Matías Arancibia M., Carlos Massardo D., Danilo González Z., Elsa Rugiero P. y Miguel Reyes-Parada.</i>	25
Taller de manejo de situaciones difíciles, comunicación de malas noticias y auto-cuidado del profesional. Evaluación según la percepción de los participantes. Workshop of managing of difficult situations, communication of bad news and self-care of the professional. Evaluation according to the perception of the participants. <i>M. Luz Bascañan R.</i>	31
Perfil valórico de estudiantes de medicina de 1º a 5º año de la sede Viña del Mar Universidad Andrés Bello. Values of medical students from 1st to 5th year of the Universidad Andrés Bello Viña del Mar. <i>Peter Mc Coll C.</i>	38
Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. Bullying and harassment in the post-graduate medical training. <i>Nancy Bastías V., Eduardo Fasce H., Liliana Ortiz M., Cristhian Pérez V. y Pablo Schaufele M.</i>	45
EVENTOS Y ACTIVIDADES	52
RESÚMENES DE TRABAJOS	
Resúmenes de trabajos presentados en el V Congreso Internacional de Educación en Ciencias de la Salud, Valdivia 2010. Tercera parte.....	53
INSTRUCCIONES A LOS AUTORES	63

RECS en su octavo año: estado actual y perspectivas futuras

Durante el proceso de preparación del presente número de RECS, correspondiente al octavo año ininterrumpido de publicaciones, pudimos asistir a un creciente interés, por parte de los investigadores en el área de educación en ciencias de la salud, en utilizar nuestras páginas como medio escogido para comunicar sus experiencias.

Es así como al momento actual contamos con doce trabajos originales que han logrado la aprobación de los pares revisores externos, siete de ellos incluidos en esta edición.

En paralelo con el aumento del número de comunicaciones recibidas, se han incrementado las exigencias para los autores, esto último, con la finalidad de dar cumplimiento, cada vez con mayor propiedad, a los estándares y requerimientos para las Revistas Biomédicas establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Sin dudas que a través de ello es posible alcanzar mayores niveles de calidad, rigurosidad y transparencia, aportando a la comunidad académica de evidencias que contribuyan a mejorar sus prácticas educativas.

La aplicación de tales normas ha determinado que, para el último período de recepción de trabajos, ha habido doce de ellos que no lograron sortear los criterios de aceptación vigentes, ya sea por tratarse de temáticas ajenas a la línea editorial (4 de ellos) o por presentar reparos metodológicos (los ocho restantes).

Una segunda mirada a la creciente aceptación alcanzada por RECS se obtiene al revisar el número de visitas a sus diferentes artículos en las versiones disponibles en IMBIOMED las que, en promedio, corresponden a 258 visitas para Trabajos Originales y 200 visitas compartidas tanto para Tendencias y Perspectivas como para las Editoriales. En el caso de los doce Trabajos Originales que allí se presentan, el número de visitas oscila entre 139 y 672.

Estos antecedentes permiten una visión positiva de la futura sustentabilidad de RECS, más aún cuando algunas agencias que sostienen la investigación nacional a través de fondos concursables, han determinado excluir de los antecedentes curriculares de los investigadores otros antecedentes de difusión científica como participación en congresos u otras jornadas académicas, aspecto de gran influencia dado el peso que el currículum de los autores tiene en la puntuación final de esos proyectos. Es esperable, entonces, que surja un mayor interés en la generación de publicaciones, revirtiendo la histórica tendencia de circunscribir los resultados de las investigaciones al seno de los foros presenciales.

Finalmente, estando ya a las puertas del VI Congreso Internacional de Educación Médica a realizarse en la ciudad de Concepción en el mes de enero de 2012, esperamos que tal actividad científica, sumadas las Jornadas del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud de la Universidad de Chile y a las actividades programadas para el presente año por la Sociedad de Educación en Ciencias de la Salud, constituyan estímulos para incrementar en términos de calidad y cantidad los productos investigativos que permitan continuar dando vida y prestigio a la única publicación que representa de manera exclusiva en Chile los intereses de esta disciplina.

Dr. Eduardo Fasce H.
Editor

Educación médica, una asignatura pendiente

PATRICIA RETA M.*

“Saber algo ya no es suficiente; es preciso también saber enseñar”
Maurice Tardif

INTRODUCCIÓN

El ser humano es investigador por naturaleza, su avidez por el conocimiento para mejorar su entorno y, en la mayoría de los casos, para ayudar a los demás, lo induce a estudiar de manera permanente en todos los ámbitos. Cuando deseamos estudiar una carrera dentro de las áreas de la salud identificamos plenamente el inicio del sueño, más no así cuando vamos a terminar ese sueño; el área médica implica un compromiso permanente no sólo de educación continua, sino también de educación continuada, es decir, especialización en un área de la salud o de la enfermedad. Sin embargo, los estilos de enseñanza y los estilos de aprendizaje son variantes que nos subrayan que aunque la técnica para enseñar sea excelente, no garantiza que el alumno aprenda.

CORRIENTES EDUCATIVAS

Desde el inicio de los tiempos, el hombre ha intentado explicarse los diferentes fenómenos que ocurren a su alrededor y aprender de ellos. Así como cada ser humano aprende de manera distinta, también se tienen maneras distintas de transmitir el conocimiento a través de una clase. Diversas teorías han intentado explicar cómo aprende el ser humano, los procesos de aprendizaje son actividades que realizan los estudiantes para lograr objetivos educativos¹, que aunque son actividades individuales, se desarrollan en un contexto social y cultural. El aprendizaje se basa en tres factores: Inteligencia (poder aprender), experiencia (saber aprender) y motivación (querer aprender). Albert Bandura² describe las condiciones en que se aprende a imitar modelos y sugiere que el ambiente causa el comportamiento pero también que el comportamiento sugiere el ambiente. Piaget³ define la forma en que el individuo construye el conocimiento tomando en cuenta el desarrollo cognitivo,

Vigotsky⁴ considera que el medio social es crucial para el aprendizaje, que lo produce la integración de los factores social y personal. Estas aportaciones teóricas representan diferentes enfoques del aprendizaje, los cuales debemos tener en cuenta para analizar las características del grupo de estudiantes con el que se trabaja.

Pero, ¿Cómo hacer que esa enseñanza llegue al alumno de manera uniforme en una clase y lo asimile como un aprendizaje significativo? Esta pregunta fue el detonante de la implementación de técnicas didácticas, como lo indica Vigotsky⁴, lo cual fue el resultado de un movimiento a nivel mundial de mejoras en el proceso enseñanza-aprendizaje que se inició en la década de los 60⁵. La palabra técnica deriva de la palabra griega *technikos* y de la latina *technicus* y significa relativo al arte o conjunto de procesos de un arte o de una fabricación, en otras palabras: cómo hacer algo.

A partir de ese momento se desarrollaron una variedad de Técnicas Didácticas (TD) aplicadas en todas las áreas de estudio incluyendo las ciencias exactas. En el área médica predomina el Aprendizaje Colaborativo (AC) y el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). El Aprendizaje Colaborativo en las ciencias de la salud ha sido uno de los pilares de la interacción del grupo multidisciplinario de profesionales a cargo de un paciente, debido a que a partir del trabajo en equipo, el apoyo y colaboración del resto del personal, se establece el plan de acción y tratamiento médico del paciente. En algunas instituciones es considerada, más que una técnica didáctica, una filosofía de vida. El Aprendizaje Basado en Problemas indica que el estudiante es motivado a descubrir los hechos por sí mismo y a construir de manera continua a partir de los conocimientos que ya tiene, aplicándolos a un problema de estudio⁶.

Bajo este contexto la educación médica, que es nuestro punto de análisis, necesita identificar en sus profesores su estilo de enseñanza para que, en conexión con el estilo de aprendizaje del alumno, puedan llegar a un punto

* Licenciada en enfermería con especialidad en pediatría y sub especialidad en Neonatología, Maestría en Educación con Especialidad en Pedagogía. Coordinadora del curso de Educación Médica I y II y Educación Médica Avanzada, Departamento de Posgrado de la Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, en Monterrey, Nuevo León, México.

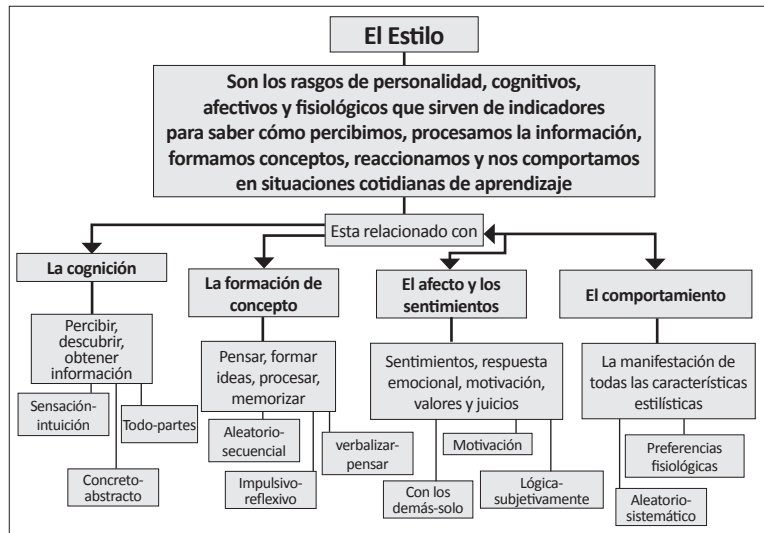


Figura 1. Rasgos que conforman el estilo de aprendizaje (Hervás Avilés, 2003).

medio donde el proceso enseñanza-aprendizaje se dé de una manera natural, que sea disfrutable y no sufrible para ambas partes.

ESTILOS DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE

Las nuevas necesidades educativas surgen del cambio en el paradigma del profesor como modelo, al profesor como guía, donde éste ya no es el protagonista, sino que su función es guiar al alumno en el camino de la enseñanza y el aprendizaje. Desde este punto de vista el conocimiento, y reconocimiento, de los estilos de aprendizaje, identifica la forma de conocer, conceptualizar, sentir y actuar; es decir, el estilo de procesar la información de cada individuo, lo que se aprende y cómo se aprende. Para Guild y Garger⁷ la diferencia más evidente es la que está determinada por la personalidad: cuando se está ante un estímulo se inicia el proceso de aprendizaje a través de la observación, pensar acerca de lo que se observa, reaccionando, y posteriormente actuando; entonces se tiene que:

- El estilo se relaciona con la cognición, cuando se percibe y se adquiere de manera diferente el conocimiento.
- El estilo se relaciona con formación de conceptos, al formar ideas.
- El estilo se relaciona con el afecto y sentimientos, al formarse valores de manera distinta.
- El estilo se relaciona con el comportamiento, porque se actúa de manera diferente ante un estímulo. (Figura 1)⁸.

EDUCACIÓN MÉDICA

La educación médica, vista desde la perspectiva del profesor, ofrece una gran variedad de técnicas didácticas que facilitarían su tarea al abarcar la gran cantidad de contenidos de materias “core” o núcleo, como por ejemplo, anatomía o histología. Si bien no asegura que llegará la información de la misma manera a todos los alumnos,

sí aporta una sensación de tranquilidad al apreciar que todos los alumnos participan en el proceso. La identificación de los estilos de enseñanza y estilos de aprendizaje por parte del grupo de profesores que integra la Academia facilitaría de manera importante la transferencia de conocimientos entre ellos mismos, a los alumnos y, mención aparte, a los pacientes. Ya mencionaba Sir William Osler⁹ las características del profesor ideal, donde hacía especial insistencia en la empatía, es decir, ponerse en los zapatos del paciente o del colega al momento de transmitir un conocimiento y hacerlo de la mejor manera posible verificando, además, que el receptor haya recibido realmente el mensaje que se le quiso hacer llegar, lo cual pudiera ir de una simple indicación como la toma de signos vitales hasta un procedimiento avanzado como una diálisis peritoneal continua ambulatoria. La obra de Sir Osler merece una revisión aparte, que si bien data de inicios de 1900, continúa siendo aplicable en nuestros días.

CONCLUSIONES

Proyectar el enlace entre las variables de enseñanza y aprendizaje implica unir las corrientes educativas y las técnicas didácticas utilizadas en la trasmisión de conocimientos en las áreas de la salud, las cuales deben incluir en su currículo una gran cantidad de contenidos a cubrir por el alumno durante su carrera. Aunado al ideal de profesor, un profesional de la salud con pasión por la enseñanza, pero también en las técnicas disponibles para facilitar el binomio enseñanza-aprendizaje, binomio al cual podemos agregarle la transferencia de conocimientos hacia todas direcciones: sus compañeros, sus pacientes, sus colegas y, por qué no, a su mismo profesor.

La educación médica continuará siendo una asignatura pendiente mientras no se acepte llevar a cabo la integración de habilidades, actitudes y valores en la enseñanza, utilizando las técnicas didácticas con conocimiento de causa y del efecto que esto pudiera implicar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marqués de M. Communication Research: new challenge of the Latin American School. In LEVY and GUREVICH, Eds. Defining Media Studies, New York, Oxford University Press, 1994.
2. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall, 1986.
3. Piaget J. De la Pedagogía. Buenos Aires; México: Ed. Paidós, 1999.
4. Vygotsky L S. Pensamiento y Lenguaje. Buenos Aires, Pléyade, 1985.
5. Fullan M G. Liderar en una cultura de cambio. Madrid, España: Octaedro, 2002.
6. Bruner J S. El proceso de la educación. México: Uthea, 1959.
7. Guild P, Garner S. Marching to different drummers. Alexandria, VA: ASCD, 1988.
8. Hervás A. Estilos de enseñanza y de aprendizaje en escenarios educativos. Granada: Grupo editorial universitario, 2003.
9. Osler W. Medical and Surgical Journal, 1905; 144: 60-61.

Correspondencia:
Patricia Reta Medrano.
Ave Adolfo López Mateos No. 111
Col. Azteca, San Nicolás de los Garza
Nuevo León,
México Cp 66480.
preta@itesm.mx

Percepción de los estudiantes del Instituto Virginio Gómez sobre el clima educacional

IVETTE CHASSIN-TRUBERT H.¹, JOSÉ DURÁN R.²

RESUMEN

El propósito de este estudio fue medir el clima educacional percibido por los estudiantes de primer y segundo año de todas las carreras del Instituto Virginio Gómez sede Concepción. De acuerdo a la planificación estratégica, en la cual está inserto el cambio curricular de todas las áreas de estudio del Instituto, se consideró necesario obtener una visión real de los estudiantes acerca del clima educacional considerando que éste transmite valores, creencias, normas y hábitos de comunicación; crea condiciones para el desarrollo o inhibición de habilidades; fomenta estilos competitivos y solidarios, promueve expectativas positivas y negativas, y fortalece o debilita la auto confianza. Se utilizó el cuestionario Dundee Ready Education Environment Measure versión en español (DREEM) el cual fue aplicado a un grupo de 1.058 estudiantes de primer y segundo año de todas las carreras en el Instituto Virginio Gómez de Concepción. Los resultados revelaron que el clima educacional es positivo para los estudiantes y que las fortalezas se concentran en la percepción del proceso de enseñanza aprendizaje y en la percepción que tienen de sus docentes. Las debilidades se observan en la auto percepción académica, la cual es mayor para los hombres, aunque las mujeres desarrollan más la auto confianza.

Palabras clave: Clima educacional, cuestionario DREEM, estudiantes de carreras técnico profesional.

SUMMARY

Perceptions of the students of the Virginio Gómez Institute on the educational climate

The purpose of this study was to measure the educational climate perceived by first and second year students from all areas of study at Instituto Virginio Gómez of Concepción. According to strategic planning, in which is embedded the curricular change of all areas of study by the Institute, it was considered necessary to obtain a real vision of the students about the educational climate that transmit values, beliefs, norms and communication habits; create conditions for the development or inhibition of skills; foster competitive and solidarity styles, promote positive and negative expectations and strengthens or weakens the self confidence. The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM) questionnaire was applied to 1058 first and second year students of all programs at Instituto Virginio Gómez of Concepción. The results confirmed that the educational climate is positive for the students and the strengths are concentrated in the perception of the teaching and learning process and in the perception that the students have of their teachers. The weaknesses are seen in the academic self perception, which is larger in men, though women develop more the self confidence.

Key words: Educational climate, DREEM questionnaire, students of technical programs.

INTRODUCCIÓN

Clima educacional es la percepción que los individuos tienen de los distintos aspectos del ambiente en que se desarrollan sus actividades habituales, se relaciona con

la retención de las instituciones educacionales, la satisfacción en la vida estudiantil, la calidad de la educación y la responsabilidad de sus miembros.

El clima educacional puede ser visto desde la perspectiva de clima académico, donde el entorno del aprendizaje

Recibido: el 20/07/10, Aceptado: el 12/12/10.

¹ Enfermera, Jefe de la Carrera Técnico en Enfermería. Instituto Virginio Gómez, Concepción, Chile.

² Director Programa de Educación a Distancia Educ, Profesor Facultad de Ingeniería, Departamento Ingeniería informática y Ciencias de la Computación, miembro Comisión Nacional de Acreditación Formación Virtual. Universidad de Concepción, Chile.

estimula el esfuerzo, y desde el punto de vista de clima social refiriéndose éste a la calidad de las interacciones entre profesores y estudiantes. Un clima social adecuado presenta efectos positivos sobre el ajuste psicológico disminuyendo las conductas desadaptativas¹.

Milicic y Aron², establecen la importancia de las habilidades sociales en el ajuste social de los individuos y señalan que existe una relación entre problemas de desarrollo de habilidades sociales con problemas académicos hasta alteraciones mentales severas. El desarrollo de estas habilidades viene desde la infancia, los niños que se desarrollan en ambientes positivos son capaces de establecer relaciones interpersonales positivas y desarrollar plenamente habilidades académicas, de lo contrario serán más tarde adultos tímidos, inhibidos, aislados, agresivos, impulsivos o asociales.

El clima social en el contexto educacional, se refiere a la percepción que los individuos tienen de los distintos aspectos del ambiente en que se desarrollan sus actividades habituales^{3,4}.

El concepto clima educacional evoca las condiciones ambientales que rodean a quienes pasan parte importante de sus vidas en instituciones de educación. Es la sensación que una persona tiene a partir de sus experiencias en el sistema educacional y está compuesto por la percepción que tienen los individuos que forman parte del sistema sobre las normas y creencias que caracterizan el clima educacional.

El clima educacional afecta a todos, estudiantes, profesores y directivos y los efectos benéficos o adversos se hacen sentir en todos los miembros del sistema.

Orígenes y pertinencia del concepto clima educacional

Los supuestos que fundamentan el estudio del clima o ambiente social en las organizaciones e instituciones humanas proceden de teorías psicosociales que asocian las necesidades y motivaciones de los sujetos con variables estructurales de tipo social.

Muchos estudios sobre clima se basan en el modelo interaccionista desarrollado por Kurt Lewin y posteriormente por Murray en la década de 1930 en Estados Unidos⁵.

Este modelo busca examinar las complejas asociaciones entre personas, situaciones y resultados individuales⁶. Lewin introduce el concepto de atmósfera psicológica, definiéndolo como un todo que determinará, en importante medida, la actitud y conducta de las personas⁷. Una definición lo suficientemente general compatible con la variada gama de enfoques existentes respecto del tema, establece que el clima social escolar es «el conjunto de características psicosociales de un centro educativo, determinadas por aquellos factores o elementos estructurales, personales y funcionales de la institución que, integrados en un proceso dinámico específico, confieren un peculiar estilo a dicho centro, condicionante, a la vez de los distintos procesos educativos»⁸.

Dada la importancia del tema, el presente estudio estuvo dirigido a identificar la opinión de los estudiantes del Instituto Profesional Virginio Gómez de la ciudad de Concepción sobre el clima educacional en que se desenvuelven.

MATERIAL Y MÉTODO

Investigación de corte transversal cuya población de estudio la constituyó el total de alumnos de primer y segundo año de todas las carreras y áreas del Instituto Virginio Gómez sede Concepción.

La muestra de 1.058 estudiantes (42,5%) fue calculada de manera aleatoria, estratificada del universo comprendido por 2.480 alumnos de primer y segundo año de todas las carreras del Instituto Virginio Gómez.

Se estimó un tamaño mínimo de muestra de 1.058 estudiantes, considerando un error de muestreo máximo de un 3% para una seguridad del 95% y teniendo como antecedente de base el porcentaje de 44,38% de percepción de clima educacional del estudio “Assessment of Educational Environment at the College of Medicine of King Saud University” realizado en el año 2008⁹.

Se aplicó el cuestionario Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM), desarrollado por Roff et al¹⁰ para la recolección de datos, instrumento con alto grado de validez y confiabilidad traducido por un académico del Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y validado con un grupo de 40 estudiantes y 15 académicos del Instituto Virginio Gómez de Concepción. El cuestionario DREEM es válido y confiable en la medición del ambiente educacional de pregrado, en particular en las fases iniciales de los programas. El cuestionario DREEM tiene 50 ítems en escala Likert de 0 a 4 puntos. Totalmente de acuerdo 4 (SA), de acuerdo 3 (A), Incierto 2 (U), desacuerdo 1 (D) Totalmente en desacuerdo 0 (SD). Los ítems conforman 5 dominios o factores:

	Ítems	Puntaje
Percepción acerca del aprendizaje	12	48
Percepción acerca de los docentes	11	44
Autopercepción académica	8	32
Percepción del clima educacional	12	48
Autopercepción social	7	28
Puntaje máximo		200

Para determinar la consistencia interna de los ítems se aplicó el test Alfa de Cronbach, obteniéndose una correlación general de 0,89.

La información recopilada en los cuestionarios para la muestra de 1.058 estudiantes fue traspasada a una base de datos y llevada a tablas a través del programa estadístico SPSS a través del desarrollo de técnicas estadísticas descriptivas, se evaluó el grado de significación estadística de las posibles relaciones causales, el procesamiento de los datos fue realizado en instalaciones de la facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

Los puntajes obtenidos se interpretaron de acuerdo a la guía propuesta por McAleer y Roff¹¹.

RESULTADOS

El cuestionario fue aplicado a 1.058 estudiantes del instituto Virginio Gómez de Concepción obteniéndose un porcentaje de respuesta de 100%.

Respondieron 535 estudiantes de primer año, 533 de segundo año, 527 mujeres, 527 hombres, 494 estudiantes entre 17 a 20 años, 402 entre 21 y 24 años y 150 entre 25 y más años.

El puntaje general promedio fue de 134,08 puntos (Tabla 1) lo que refleja un 69,9% de percepción del clima educacional más positivo que negativo y un 23% excelente (Tabla 2).

Al analizar los factores o dominios de manera general, se observa que el factor enseñanza aprendizaje revela un 71,2% de percepción positiva; el factor percepción docente indica que un 57,8% estima que los docentes estaban en la dirección correcta y un 33,4% percibió que eran docentes modelos. En relación al factor auto percepción académica, un 48,8% se percibía positivamente y un 41,7% opinó que había desarrollado la confianza en sí mismo. El factor clima educacional se percibió positivo en un 63,6% y la auto percepción social en un 63,5%, lo cual es considerado aceptable.

Tabla 1. Promedios de Puntaje DREEM según factores medidos (muestra total)

Tipo de percepción	Promedio
Puntaje general	134,08
Proceso E-A	30,62
Percepción docente	30,81
Autopercepción académica	23,07
Percepción clima educacional	32,01
Autopercepción social	17,51

Tabla 2. Distribución de respuestas en la escala Likert

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Muy Pobre	1	0,1
Muchos problemas	74	7,0
Más positivos que negativos	740	69,9
Excelente	243	23,0
Total	1.058	100,0

Tabla 3. Porcentaje de respuesta según factor Enseñanza-Aprendizaje y Grupo Étareo.

Opción respuesta	Grupo étareo		
	17-20	21-24	25 y más
Muy pobre	0,0%	0,2%	0,0%
Docencia se percibe negativa	9,3%	16,9%	20,7%
Enfoque más positivo	76,7%	66,9%	66,0%
Docencia extraordinaria	14,0%	15,9%	13,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Al analizar los factores relacionándolos con las variables edad, género, área y grupo étareo se observa que éstas no influyen en el puntaje general obtenido. Se aplicó el test estadístico Chi cuadrado para determinar las asociaciones estadísticamente significativas.

Factor Enseñanza aprendizaje: hay asociación estadísticamente significativa ($p = 0,002$) con la variable grupo étareo y con la variable área ($p = 0,0001$). La Tabla 3 muestra el porcentaje de respuesta por factor enseñanza-aprendizaje y grupo étareo y el Gráfico 1 el porcentaje de respuesta por factor enseñanza aprendizaje y área.

Factor percepción docente: hay asociación estadísticamente significativa con la variable género ($p = 0,035$). La Tabla 4 muestra Porcentaje de respuesta por factor Percepción Docentes y Género.

Factor de autopercepción académica: es el único dominio donde existe asociación estadísticamente significativa con todas las variables:

- Autopercepción académica y grupo étareo, $p = 0,013$
- Autopercepción académica y género, $p = 0,001$
- Autopercepción académica y área, $p = 0,0001$
- Autopercepción académica y año cursado, $p = 0,588$

En Tabla 5 se muestra el porcentaje de respuesta según factor Auto percepción Académica y Grupo Étareo.

Factor percepción del clima educacional: hay asociación estadísticamente significativa con la variable área ($p = 0,0001$) en la cual todas las carreras percibieron un clima positivo en un alto porcentaje.

En Tabla 6 se muestra Porcentaje de respuesta según factor Percepción Clima Educacional y Área de estudio.

Factor auto percepción social: hay asociación esta-

Tabla 4. Porcentaje de respuesta según factor Percepción Docentes y Género

Opción respuesta	Masculino	Femenino
Terrible	0,0%	0,9%
Necesitan entrenamiento	7,0%	9,7%
Van en dirección correcta	57,5%	58,1%
Docentes modelos	35,5%	31,3%
Total	100,0%	100,0%

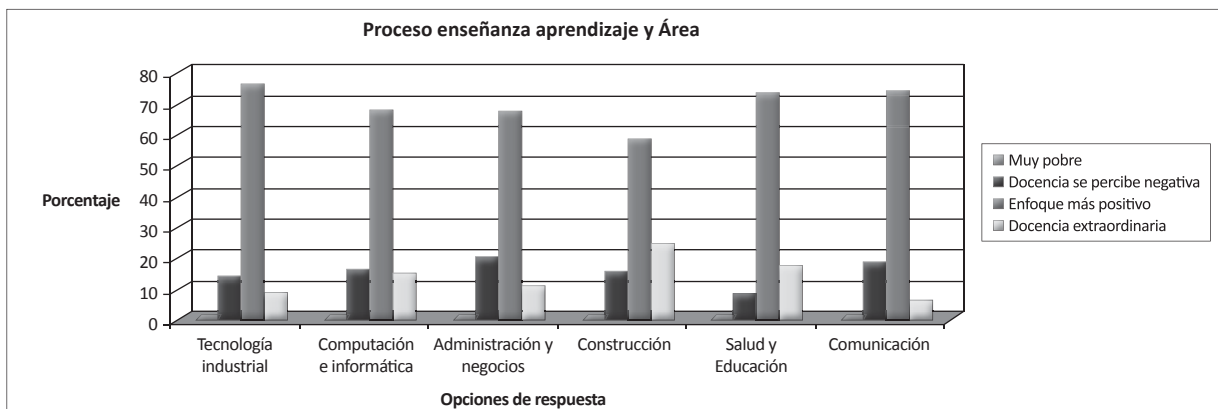


Gráfico 1. Porcentaje de respuesta por factor enseñanza aprendizaje y área.

dísticamente significativa con las variables género ($p = 0,0012$) y área ($p = 0,001$).

En Tabla 7 y el Gráfico 2 se muestran porcentajes de respuesta por factor Auto percepción Social y Área de estudio.

DISCUSIÓN

De acuerdo al propósito planteado y analizando los resultados obtenidos, se observa que el clima educacional general percibido por los estudiantes del Instituto Virginio Gómez es positivo, lo cual se puede apreciar en que en la muestra el promedio general obtenido, 134 de un máximo de 200, se sitúa en el rango de 101/150 en la

Guía de análisis del Cuestionario DREEM. Esto indica la apreciación de un clima más positivo que negativo, el cual coincide con estudios realizados por la Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 2005¹² y en la Universidad Católica de la Santísima Concepción año 2008¹³.

Es importante destacar que en general el resultado aportado por la información recolectada no se ve afectado por las variables edad, año cursado, género y área. Sin embargo, al analizar los factores por separado, éstos muestran algunas diferencias. También se puede apreciar que a mayor edad, la opinión de los estudiantes varía, sugiriendo una eventual influencia de las experiencias personales.

Al analizar el factor de percepción enseñanza apren-

Tabla 5. Porcentaje de respuesta según factor Auto percepción Académica y Grupo Etéreo

Opción respuesta	Grupo Etéreo		
	17-20	21-24	25 y más
Se siente fracasado	1,0%	0,7%	0,7%
Muchos aspectos negativos	6,2%	10,2%	13,3%
Percepción más positiva	46,0%	49,8%	53,3%
Confianza	46,8%	39,3%	32,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 6. Porcentaje de respuesta según factor Percepción Clima Educacional y Área de Estudio

Opción respuesta	Tecnología industrial	Computación e informática	Administración y negocios	Construcción	Salud y educación	Comunicación
Ambiente terrible	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,5%	0,0%
Hay muchos aspectos que cambiar	10,7%	7,8%	16,1%	17,1%	9,3%	21,3%
Un clima más positivo	73,0%	62,1%	61,8%	61,0%	59,3%	72,3%
Percepción generalizada muy buena	16,3%	30,2%	21,1%	21,9%	30,9%	6,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 7. Porcentaje de respuesta por factor Auto percepción Social y Área de estudio

Opción respuesta	Tecnología industrial	Computación e informática	Administración y negocios	Construcción	Salud y educación	Comunicación
Miserable	0,0%	1,7%	1,5%	0,0%	2,1%	0,0%
No es un lugar agradable	21,9%	27,6%	22,6%	21,0%	14,9%	17,0%
Aceptable	67,4%	58,6%	65,8%	60,0%	61,2%	74,5%
Muy bien socialmente	10,7%	12,1%	10,1%	19,0%	21,8%	8,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

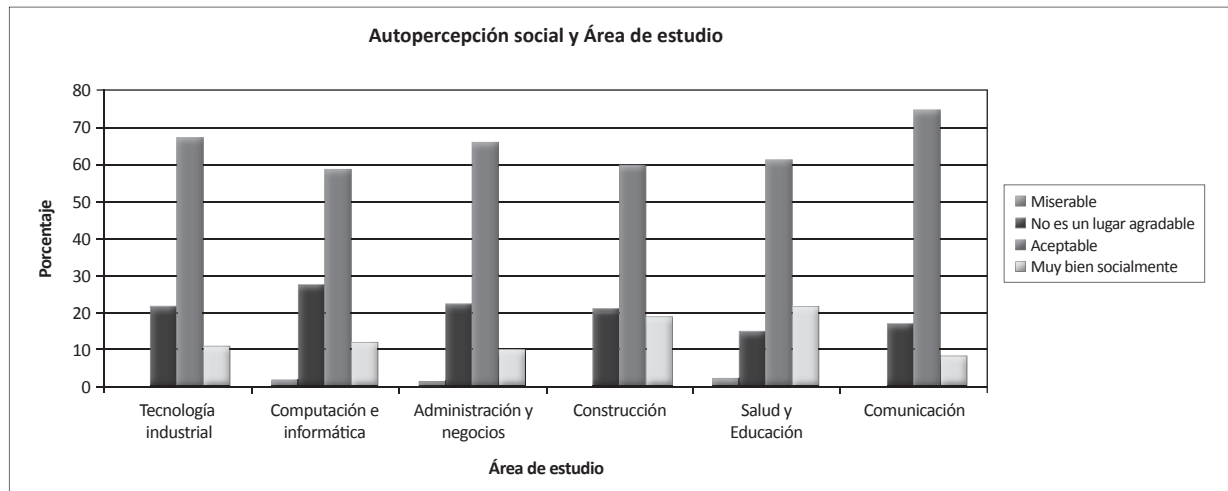


Gráfico 2. Porcentaje de respuesta por factor Auto percepción Social y Área de estudio.

dizaje por áreas, se ve que Tecnología Industrial, Comunicación, Administración y Salud, y Educación perciben positivamente este factor. Es importante tener en cuenta que estas áreas realizan más horas de laboratorios y prácticas que las otras lo que acerca al estudiante a la realidad laboral, hecho apreciado por ellos, relacionándolo directamente con el aprendizaje.

Se observa que el factor percepción docente presenta un porcentaje promedio de opiniones positivas vinculado a la dirección que lleva el docente en la enseñanza, existiendo un alto porcentaje que les considera excelentes. Ello es coincidente con el estudio de la Pontificia Universidad Católica de Chile¹² donde este factor destaca como uno de los mejor evaluados.

Al analizar la auto percepción académica, se percibe una notoria diferencia de opinión de acuerdo al género: las mujeres perciben que ellas desarrollan más la confianza, mientras que los hombres consideran que desarrollan más la percepción académica de sí mismos. Esto se ve reflejado al relacionar este factor con las áreas, donde la más baja auto percepción académica corresponde al área

de salud, en la cual cerca de un 95% de mujeres perciben un alto desarrollo de confianza, mientras que en el área con mejor auto percepción académica, correspondiente a tecnología industrial, existe un mayor porcentaje de hombres inscritos.

El factor con más bajo puntaje, aunque aceptable, fue el de auto percepción social. Al relacionarlo con el área de estudio, el porcentaje más bajo corresponde a informática, lo que se puede explicar por el sistema individualizado de sus asignaturas y por el uso de tecnología de la información como medio de comunicación.

Si comparamos los resultados con estudios realizados por otras instituciones educativas a nivel nacional, como la Universidad Católica de la Santísima Concepción¹³ y la Pontificia Universidad Católica de Chile¹², la percepción de los alumnos del Instituto Virginio Gómez del clima educacional es similar y se ubica sobre el promedio general (100 puntos), observándose más positiva, lo que se respalda por el resultado favorable en los factores percepción docente, percepción del proceso enseñanza aprendizaje y percepción general del clima educacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuperminc GP, Ledbeater BJ y Blatt SJ. Un cuestionario para evaluar el clima social del centro escolar. *Psicothema* 2006; 18(2): 272-277.
2. Milicic N, Aron AM. Clima Social Escolar y Desarrollo Personal: un programa de mejoramiento. Santiago: Andrés Bello, 1999.
3. Milicic N, Aron AM. Desarrollo Personal y Clima Social: ¿Qué aporta el contexto escolar? *Rev de terapias y familia, Instituto Chileno de Terapia Familiar*, 1995.
4. Milicic N, Aron A. Desarrollo social y Desarrollo cognitivo: Un programa de mejoramiento del clima social escolar. En Beas Josefina (Ed.): *Enfoques cognitivos actuales en educación*, 1996.
5. Nielsen HD, Kirk DH. Classroom climate and motivated behavior in secondary schools. *Learning Environments Research* 2004; 7(3): 211-225.
6. Magnusson D, Endler NS. *Personality at the crossroads. Interactional Psychology*, 1977.
7. Cornejo R, Redondo JM. El clima escolar percibido por los alumnos de enseñanza media. Una investigación en algunos liceos de la Región Metropolitana. *CIDPA* 2001; 15: 11-52.
8. CERE. *Evaluar el contexto educativo. Documento de Estudio*. Vitoria: Ministerio de Educación y Cultura, Gobierno Vasco, 1993.
9. Al-Ayed I, Sheik SA. Assessment of the Educational Environment at the College of Medicine of King Saud University, East Mediterr. *Health Journal* 2008; 14 (4): 953-959.
10. Roff S, McAleer S, Harden RM, Al-Qahtani M, Ahmed AU, et al. Development and validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). *Medical Teacher* 1997; 19(4): 295-299.
11. Roff S, McAleer SA. Practical guide to using the Dundee Ready Education Environment Measure. *Medical Teacher* 2005; 27(4): 322-325.
12. Riquelme P. Ambiente educacional y calidad de la docencia en la escuela de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. *ARS Médica*, 2007; 15(15).
13. Valdebenito M, Rivera A, Kirsten L. Percepción de los estudiantes de medicina sobre el clima educacional en las áreas preclínica y clínica, *Rev Educ Cienc Salud* 2008; 4(2): 147.

Correspondencia:
Instituto Virgino Gómez,
Sede Concepción,
Arturo Prat 196
Concepción, Chile.
ivette@virginiogomez.cl

Análisis de la encuesta de evaluación del desempeño docente de la Universidad de Chile: Una mirada desde la Facultad de Medicina

NATASHA KUNAKOV P.*

RESUMEN

La Universidad de Chile aplica a sus alumnos una encuesta de evaluación al desempeño docente. En la Facultad de Medicina han surgido varias observaciones a este instrumento, en base a ello este estudio se realiza para aportar antecedentes que permitan reflexionar acerca de su aplicabilidad a las prácticas docentes actuales en la Facultad y verificar el fundamento de las críticas que se realizan. Los resultados muestran que efectivamente la encuesta no estaría respondiendo plenamente a las prácticas actuales, sin embargo presenta fortalezas que es importante mantener.

Palabras clave: Educación Médica, Estudiantes de pregrado, Encuestas de opinión.

SUMMARY

Analysis of the Survey of teacher performance evaluation at the University of Chile: A view from the Faculty of Medicine.

The Universidad de Chile administers to students a survey of teacher performance evaluation. In the Faculty of Medicine many questions have arisen about the survey. This study was carried out to provide background for reflections about its applicability to current teaching practices in the Faculty and verify the basis of the criticisms that are made. The results show that the survey would not be effective to respond fully to current practices, but it has strengths that are important to maintain.

Key words: Education, Undergraduate students, Opinion surveys.

INTRODUCCIÓN

Ciertos cambios en la educación superior han ido ocurriendo en el país, en la Universidad de Chile y en la Facultad de Medicina, y se refieren a una transición hacia un currículum orientado por competencias, aplicando estrategias de aprendizaje centradas en el estudiante y, por otra parte, considerando las demandas generadas por la instauración de procesos de acreditación¹.

En este contexto, hace dos años la vicerrectoría de asuntos académicos elaboró una encuesta de evaluación del desempeño docente que es transversal a toda la universidad, y que pasamos a describir:

- Aparece en "Aula Digital", el sistema en línea de comunicación entre los alumnos y los docentes. Cada asignatura tiene su encuesta la que está abierta cuatro

semanas antes del término de cada semestre. El alumno debe responderla para tener acceso a los apoyos en línea que ofrece la asignatura.

- A pesar de que aparece en el sitio de la asignatura, la encuesta está personalizada con el nombre del profesor encargado del curso (PEC), por lo tanto, se está refiriendo al desempeño de éste.
- La encuesta consiste en 20 afirmaciones que evalúan cuatro dimensiones del desempeño docente: pedagógica, disciplinaria, relaciones interpersonales y responsabilidades administrativas. Sobre cada una de las afirmaciones el alumno puede estar: Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo y Muy en Desacuerdo. A continuación se agregan tres preguntas de caracterización del estudiante.
- En la Facultad de Medicina se sugirieron algunos com-

Recibido: el 28/10/10, Aceptado: el 26/01/11.

* Médico geriatra. Magíster en Educación en Ciencias de la Salud. Departamento de Educación en Ciencias de la Salud (DECSA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

plementos a la encuesta: un espacio para mencionar dos docentes que “satisficieron sus expectativas” y dos que no lo hicieron y, finalmente, un espacio abierto denominado “Comentarios”.

Durante los periodos en que se ha aplicado han existido múltiples opiniones respecto a la encuesta, los que podrían resumirse en dos áreas: “No es útil para las escuelas” y “Los alumnos no la contestan”. Sin embargo, estas opiniones no aparecían tan claramente fundamentadas, por ello el Departamento de Educación en Ciencias de la Salud (DECSA) decidió realizar una indagación acerca de cuáles eran los significados de la encuesta para las autoridades de cada Escuela de la Facultad.

Para ello se planteó la siguiente pregunta: La actual “Encuesta de desempeño docente” ¿Está respondiendo a nuestras prácticas?, en el sentido de estimar si es coherente con las actuales visiones imperantes en nuestras escuelas respecto de la educación universitaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una entrevista semi estructurada a la persona encargada de la encuesta en cada Escuela de la Facultad de Medicina (siendo 8 escuelas, fueron 8 entrevistados). La definición de quién era la persona a cargo se solicitó a través de una carta de la Dirección del DECSA a los directores de cada Escuela².

Cada entrevista fue grabada y transcrita.

El análisis se realizó a través de la búsqueda de categorías en común.

Los criterios de rigor que se cautelaron fueron³:

- La credibilidad, a través del muestreo intencional y la revisión por los participantes;
- La auditabilidad a través de registros completos de las entrevistas;
- Juicio de expertos en la definición de las categorías.

Entrevista:

La entrevista se estructura en torno a las siguientes preguntas:

- ¿Quién recibe los resultados de la encuesta y cómo es analizada?
- ¿Le ha sido útil a la Escuela la información que entrega la encuesta? y ¿Por qué?
- ¿Qué información le gustaría a la Escuela que pudiera entregarles la encuesta y que hoy no lo hace?

Una evaluación del desempeño docente podría implicar tener un perfil sobre el cual contrastar el desempeño de cual o tal docente. En base a esto se preguntó si existía un perfil docente definido en cada Escuela.

RESULTADOS

Se reconocieron las siguientes categorías:

- *Análisis*, que implica la recepción y análisis de los resultados de la encuesta.
- *Validez*, se refiere a aquellos factores que limitaban el uso o la validez de los resultados.

- *Utilidad*, se entiende cuán útil resultan los resultados de la encuesta para tomar decisiones.
- *Mejoras*, son aquellas situaciones o hechos que serían útiles cambiar.

Categoría análisis

- “*todos los resultados llegan a la dirección de la escuela, y ella se la envía a la subdirección que es además la encargada de coordinar todo el pregrado*”
- “*la recibe la Dirección y luego la traspasa a la coordinación de pregrado, todos los PEC tienen acceso, vía aula, a ver sus resultados*”
- “*la recibe la Dirección, la subdirección y los profesores encargados de las asignaturas*”
- “*analizamos los resultados de esa encuesta, nos llama la atención lo que es la cobertura*”
- “*tenemos un insumo que es como el resumen de todas las encuestas pero además nosotros analizamos las encuestas que aparecen on line*”
- “*el coordinador de nivel los va a llamar a una reunión en forma individual para que discutan los alcances de esa asignatura que tiene algunos objetivos que no se están cumpliendo en su totalidad*”
- “*se comenta en el consejo de Escuela y se ve alguna posibilidad de mejorarlo*”
- “*Se conversa con la subdirectora, se conversa con los PEC y se hace, digamos, una retroalimentación de cuáles son los elementos más bajos.*”

Las opiniones muestran que todas las escuelas tenían algún procedimiento para recibir y analizar los resultados.

Categoría Validez

- “*sólo consideramos aquellas asignaturas que fueron respondidas por más del 50% de los estudiantes*”
- “*del porcentaje de respuesta de la asignatura, que podría estar muy roja pero tiene un 20% de respuesta o un 30% y en ese sentido no sirve cuando hay tan bajo % de respuesta*”
- “*(la nuestra es) una escuela que no responden mucho los alumnos, ..., a final de año habría una mejor respuesta*”.

En esta categoría aparece que la utilidad de la encuesta se relacionaba fuertemente con el porcentaje de respuesta de los alumnos. La proporción de alumnos que respondía en algunas asignaturas era bajo, a pesar de restringirse el uso del “Aula Digital” para cada alumno en particular hasta que respondiera la encuesta, y cada Escuela tenía algunas visiones del porqué de esta baja respuesta:

- “*en comentarios, preguntan por qué tienen que evaluar asignaturas que no están realizando*”
- “*que en realidad hace dos años atrás la hicieron, pero que les aparece en el sistema y tienen que hacerla porque si no, no les permite cómo seguir adelante*”
- “*que la encuesta se aplica en un momento que hay muchas cosas*”
- “*que ellos realmente no se acuerdan porque se confunden entre una y otra asignatura*”
- “*Hoy es muy extensa, son 2 ó 3 páginas*”
- “*No tenemos la menor idea por qué (los docentes) son destacados, entonces eso falta precisar*”
- “*Un docente que, por ejemplo hizo 4 clases las 4 semanas*”

de abril y preguntarle por ese docente en diciembre a los estudiantes, no tiene ningún sentido”.

En algunas ocasiones se justificaba a través de problemas en la organización, ya sea de la encuesta misma o de la aparición en “Aula Digital”.

- “(los estudiantes opinan) que les preguntan por docentes que o no se acuerdan o por docentes que nunca les hicieron clases, por lo tanto, no le encuentran ningún sentido”
- “(los estudiantes opinan) lo respondieron respecto de un docente que jamás les hizo clases”
- “en estas asignaturas que son colegiadas que son la mayoría hay mucha gente que toma unidades como grande o más pequeña, esta evaluación no grafica, digamos que pasó en cada una de ellas”
- “evaluar el PEC y cuando el PEC no le ha hecho clases... el PEC no se ha hecho presente en las clases. Ahí también queda un poco en déficit y hace que los alumnos no siempre tengan un interés”.

En otras ocasiones se atribuía a la personalización de la encuesta en el PEC.

Sin embargo, la principal causa de por qué los alumnos no responden la encuesta, era atribuida a que los mismos alumnos percibían que no servía responder la encuesta: “(los estudiantes opinan) que no sirven para nada, porque nunca se producen los cambios que por años se supone han vertido en esas encuestas”.

Categoría Utilidad

- “es una información tremendamente importante pero no la única para la evaluación del comportamiento académico de una asignatura”
- “se hace un plan de acción de cuáles son las situaciones y cómo se pueden mejorar en conjunto con los PEC de la asignatura cuando corresponde, sobre todo si es gente de fuera”
- “la información que da la encuesta no es mala; yo creo que el punto está en cómo se diversifica esa evaluación a las personas que participan”
- “hemos tomado la decisión de no seguir con esa asignatura y si persiste con el problema, de cambiar el equipo docente”
- “inclusive ha significado en algún momento alejamiento de los profesores, pero ya es como una medida más extrema y lo hemos aplicado un par de veces”
- “en general son medidas que nacen de los mismos PEC y por lo tanto tienen buen resultado”.

En esta categoría 6 escuelas consideraban útil la encuesta y se habían tomado determinaciones en base a los resultados.

Categoría Mejoras

Ante la pregunta ¿Qué mejoras o aspectos se podrían cambiar para tener resultados más útiles? Aparecen muchas ideas y se refieren a los aspectos de:

Encuesta muy extensa, contribuiría a un mayor porcentaje de respuestas que la encuesta fuera más corta:

- “una encuesta de evaluación docente que sea más breve ojalá de una página”

- “hayan por lo menos unas 10 preguntas... y haya un espacio donde el alumno pueda colocar aspectos positivos o aspectos que debieran mejorarse”.

Encuesta no debiera personalizar, como se trata de equipos o cuerpos docentes es mejor hablar de la asignatura, con lo cual los alumnos no se confundirían:

- “debiera identificarse a las personas que participan en la asignatura por lo menos con una participación importante”
- “opción de diferenciar por el número de docentes que participaron”
- “el estudiante respondiera en forma más global de la asignatura”
- “hay que definir que se va a evaluar la asignatura y que se va a evaluar a los profesores dentro de la asignatura”
- “una encuesta centrada en lo que es desempeño docente es una cosa... Y otra cosa tiene que ver con la estructura de la asignatura, para mí son dos cosas diferentes”.

Y finalmente lo más importante, el análisis de la encuesta, debiera ser explícito y convencer a los estudiantes de que su opinión es considerada:

- “el objetivo más importante es ver si los estudiantes sienten que consiguieron lo que se les prometía del curso”
- “hemos ido tratando de corregir que (los alumnos) participen en los consejos de nivel”
- “como nosotros mostramos el programa al inicio de cada uno de los ciclos, también incorpora como una obligación del PEC ésta fue la evaluación de la asignatura el año pasado y éstos son los aspectos que consideramos más bajos, ... y cuáles son las mejoras que podemos tener y cuál la retroalimentación de los alumnos que debiéramos tener en ese sentido”.

La encuesta no está dirigida a evaluar el desempeño de los docentes clínicos sino de aula, por lo tanto, debiera usarse una encuesta “ad hoc” para esas asignaturas sobre todo en lo que se refiere a las prácticas profesionales: “(las asignaturas clínicas debieran ser evaluadas por) si logró los objetivos, si logró la competencia”.

Con relación al perfil docente, ninguna de las Escuelas tenían un perfil docente definido, se apegaban al “Lex artis”, o en algunos casos a la descripción del cargo para contratación de docentes, pero tampoco lo usaban como referente para comparar los resultados de las encuestas.

CONCLUSIONES

La principal fortaleza de la encuesta reside en su diseño y forma de aplicación.

Primero, el diseño fue realizado considerando distintas áreas que son relevantes para la acción docente, de acuerdo al perfil docente definido por la vicerrectoría de asuntos académicos. Dentro de esto, debe considerarse que es una encuesta “universal” para la Universidad de Chile, permitiendo ser un valioso elemento en la mantención de estándares de calidad.

Segundo, su aplicación en línea permite que llegue eficazmente a todos los alumnos y las restricciones a las cuales está asociada su respuesta se transforman en un

incentivo para ello. La aplicación en línea permite una recolección digital de datos que hace muy rápido su procesamiento, con una entrega pertinente de los datos para su análisis en las Escuelas, los cuales les son útiles en algunas áreas y ha permitido la toma de decisiones orientada al mejoramiento de la calidad de la docencia. Esto es en relación a la asignatura en particular, porque siendo la mayoría de los cursos entregado por cuerpos docentes, la nominación del PEC es un dato que desconcierta a los alumnos.

Uno de los principales problemas de la encuesta es la validez de sus resultados, que está ligado a un bajo porcentaje de respuesta de los alumnos, lo cual se asocia, probablemente, a que está personalizada en el PEC y a la percepción de los alumnos de que responderla no produce cambios.

La actual encuesta no logra evaluar adecuadamente el desempeño docente según los patrones de aprendizaje que define el currículum orientado por competencias que se está implementando. En este caso se refiere a que las afirmaciones están centradas en la acción docente dejando al estudiante como un observador, y al hecho que no considera a los cuerpos docentes.

Finalmente, la clínica no puede ser evaluada a través de esta encuesta porque es considerada una práctica profesional y no se entiende guiada por docentes sino por tutores y serían funciones diferentes. Siendo eso lo principal, también está lo operacional de la aplicación de la encuesta, dado que los periodos de práctica profesional no coinciden con los tiempos académicos.

DISCUSIÓN

En base a lo analizado, debiéramos responder nuestra pregunta en forma parcialmente negativa, es decir, la actual "Encuesta de desempeño docente" no está respondiendo totalmente a nuestras prácticas, en el sentido de no ser plenamente coherente con las actuales visiones

imperantes en nuestras escuelas respecto de la educación universitaria.

Sin embargo, presenta fortalezas que debieran mantenerse.

RECOMENDACIONES

Es claro que se necesita una revisión de la encuesta. Para ello nos parece conveniente mantener las cuatro dimensiones del desempeño docente (pedagógica, disciplinaria, relaciones interpersonales, responsabilidades administrativas), ya que fueron desarrolladas a partir del perfil que tiene la Universidad, y tiene un sentido universal.

La forma de aplicación de la encuesta también nos parece debiera mantenerse, pues permite un acceso universal de los alumnos y un análisis rápido de los resultados.

Sería conveniente definir un procedimiento de análisis y manejo al interior de cada Escuela, y que fuera similar entre las escuelas para hacerlo comparable. Este procedimiento debiera considerar el dar a conocer a los alumnos los resultados y el análisis de la encuesta, explicando las decisiones que se han tomado en base a ella.

Respecto de la encuesta misma: sería conveniente revisar las preguntas y establecer si puede hacerse más breve. Recomendamos que no debiera ir personalizada con el nombre del PEC, dado que la tendencia en un currículum por competencias es al trabajo de cuerpos docentes, en este sentido podría nombrarse a la asignatura. Las afirmaciones deberían estar realizadas centrándolas en el alumno.

Mantener el sector de "Comentarios" donde los alumnos pueden personalizar el docente que más les aportó. Las Prácticas Profesionales debieran tener una encuesta diferente, que responde a evaluar su funcionamiento desde aspectos que no son similares a los de este instrumento. También deben flexibilizarse los tiempos de aplicación desde las necesidades de cada Escuela.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Corporación Editora Médica del Valle, 2003. Vol. 34.
2. Rosselot E. La globalización en la educación superior europea. Pródromos para nuestra educación médica. Rev Med Chile 2005; 133(7): 833-840.
3. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga, España. Ediciones Aljibe, 1999.

Correspondencia

Departamento de Educación en Ciencias de la Salud,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Profesor Alberto Zañartu # 1060
Santiago, Chile.
E-mail: nkunakov@med.uchile.cl

Competencias del profesional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos: Reflexiones desde la mirada experta

EVELYN PALOMINOS L.¹ e ILSE LÓPEZ B.²

RESUMEN

El arte de cuidar a un paciente pediátrico grave requiere, por parte de los profesionales de enfermería, desarrollar una serie de competencias que les permitan responder a la alta y creciente exigencia ética, conceptual y técnica que demandan estos cuidados. En el siguiente trabajo, enmarcado en el paradigma cualitativo de investigación, se pretende identificar dichas competencias, a partir de la reflexión de las experiencias de cuidado de sus propias actoras, según los cuatro dominios de formación de la carrera de enfermería: asistencial, gestión, educación e investigación. Para lo cual, se entrevistaron 10 enfermeras expertas en intensivo pediátrico: docentes clínicas, encargadas de postítulos en enfermería intensiva pediátrica, enfermeras coordinadoras y enfermeras clínicas, pertenecientes a instituciones de salud públicas y privadas de la zona central de Chile. Dentro de las competencias identificadas en este estudio, podemos mencionar liderazgo, trabajo en equipo, toma de decisiones y resolución de problemas, priorización de la atención de enfermería, facilitar el duelo, guiar a la familia durante la hospitalización, entre otras.

Palabras clave: Enfermería, Competencias, Cuidados Intensivos Pediátricos.

SUMMARY

Nurse professional competencies in Pediatric Intensive Care: Reflexions from an expert view

The art of caring a pediatric intensive patient, has required by the nursing staff, develop a set of skills that help them meet the growing demand ethical, conceptual and technical that demand this care. In this paper, framed in the qualitative research paradigm, is intended to identify those skills, beginning with the reflection of the care's experiences of their own actors, and the four domains of career training in nursing: assistance, management, education and research. For this purpose, we made 10 interviews to experienced nurses in intensive pediatric: clinical teachers responsible for postgraduate pediatric intensive nursing, clinical coordinators nurse and clinical nurses belonging to public and private health institutions of Chile's central zone. Among the competencies identified in this study, we mention leadership, teamwork, decision making and problem solving, prioritization of nursing care, provide bereavement, and guide the family during hospitalization, among others.

Key words: Nursing, Competencies, Pediatric Intensive Care.

INTRODUCCIÓN

Los acelerados cambios que enfrenta nuestra sociedad, ante los avances científicos, tecnológicos, sociales y culturales, se han convertido en un gran desafío para la educación del tercer milenio. En este sentido, ha surgido la necesidad de formar profesionales con las competencias necesarias que les permitan desenvolverse en una sociedad cada vez más compleja, denominada por algunos autores como la "sociedad del conocimiento"^{1,2}.

En la "Sociedad del conocimiento", se requiere educar a personas conscientes de su entorno, con sentido de pertenencia y objetivos claros, capaces de actualizar, profundizar y enriquecer los conocimientos adquiridos y responder a los cambios de contextos y situaciones³.

Para enfrentar este nuevo desafío, Delors enfatiza la necesidad de "*implantar la educación durante toda la vida en el seno de la sociedad*", cuya estrategia para realizarlo es que "todos aprendamos a aprender en forma permanente"⁴.

Recibido: el 26/01/11, Aceptado: el 08/04/11.

¹ Enfermera. Magíster en Educación en Ciencias de la Salud. Corporación Nacional del Cáncer. Santiago. Chile.

² Profesor asociado. Departamento de Educación en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

La educación *“a lo largo de la vida”*, se basa en cuatro pilares de aprendizaje: **aprender a conocer**, aprovechando las oportunidades que brinda el aprendizaje permanente; **aprender a hacer**, adquiriendo competencias que posibiliten afrontar un sinnúmero de situaciones y trabajar en equipo; **aprender a vivir juntos**, comprendiendo al otro, realizando proyectos en conjunto y aprendiendo a solucionar conflictos; **aprender a ser**, valorando todas las virtudes personales, como la memoria, el raciocinio, la imaginación, las aptitudes físicas, el sentido de la estética, la facilidad de comunicar, entre otras⁴.

Desde el punto de vista de enfermería, estos cuatro pilares de aprendizaje, guardan directa relación con lo planteado por Bermejo⁵, en relación al *“cuidado de enfermería”*, como pilar intrínseco de la profesión.

Para este autor, el “cuidado de enfermería”, demanda un manejo en conocimientos: **“saber”**; la capacidad de aplicarlos en forma adecuada y eficaz en la persona enferma: **“saber hacer”** y un conjunto de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con el que sufre: **“saber ser”**.

Asiain M.C, destaca la importancia de contar con profesionales competentes para atender a las necesidades, tanto de los pacientes críticos como de sus familiares, ya que estos pacientes requieren una vigilancia permanente y cuidados muy complejos y sofisticados que solamente pueden ser proporcionados por un equipo de salud altamente calificado. Sostiene que producto de los avances de la medicina y la aparición de nuevas formas de enfermar, han surgido nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento, y con esto, la creación de herramientas tecnológicas más avanzadas, que mejorarán significativamente la sobrevivencia, convirtiéndose en un desafío cada vez mayor para estos profesionales, ya que no sólo deben poseer habilidades técnicas sino que también deben ser capaces de responder a la alta y creciente exigencia ética, conceptual y valórica que demandan estos cuidados⁶.

En concordancia con esta autora, Lastra menciona que la atención en cuidados críticos se ha convertido en un recurso imprescindible para responder a la alta frecuencia de pacientes con riesgo vital, cuya evolución ha estado enmarcada por importantes avances tecnológicos y una gran mejora de la efectividad, con la consecución de grandes retos⁷. Por otra parte, la Asociación Nacional de Enfermeras Pediátricas de Estados Unidos, también da a conocer la importancia de contar con profesionales preparados para entregar una asistencia adecuada a los pacientes más graves; es así como en el año 2003, esta asociación definió al profesional de enfermería de cuidados intensivos pediátricos como un profesional capacitado para la práctica avanzada en estos cuidados, cuyo papel principal es *“satisfacer en forma especializada las necesidades fisiológicas y psicológicas de los niños con complejas condiciones de salud, tanto agudas, como crónicas”*⁸.

Las primeras investigadoras que abordaron este tema fueron Benner y cols, quienes continuaron la investigación *From Novice to Expert y Expertise in Nursing Practice*, al estudiar por seis años a 130 enfermeras de cuidados intensivos, de 8 diferentes hospitales⁹. Para ello, utilizaron la técnica observacional no participante; luego seleccionaron a 48 enfermeras de este grupo a quienes

entrevistaron, donde finalmente identificaron nueve dominios de la práctica de enfermería en el cuidado de pacientes críticamente enfermos:

- Diagnosticar y controlar las funciones fisiológicas de soporte vital en pacientes inestables.
- Controlar una crisis mediante la habilidad práctica.
- Proporcionar medidas de confort a los pacientes en estado crítico.
- Cuidar a la familia del paciente.
- Prevenir los peligros por causas tecnológicas.
- Afrontar la muerte: cuidados y toma de decisiones en pacientes terminales.
- Comunicar las diferentes perspectivas y discutir las.
- Asegurar la calidad y solventar la crisis.
- Poseer el conocimiento práctico hábil del liderazgo clínico y la formación y el consejo de los demás.

Por su parte, Dunn y cols, lograron identificar las normas de competencia de las enfermeras de cuidados críticos en Australia y las diferenció entre normas de competencia, tanto al inicio y en etapas más avanzadas de su práctica profesional.

Para ello, utilizaron la técnica de observación no participante por más de 800 horas. Dentro de los resultados encontrados, se destaca la elaboración de 20 competencias agrupadas en los siguientes seis dominios de competencia: práctica profesional, práctica reflexiva, habilitación, resolución de problemas, trabajo en equipo, liderazgo¹⁰.

Urbina y cols, identificaron tanto competencias genéricas como específicas de los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de neonatología de los hospitales materno-infantiles de la ciudad de la Habana, Cuba. Para ello se les entregó una encuesta a 15 expertos seleccionados y 83 licenciados en enfermería, para la identificación de las competencias que debían desarrollar estos profesionales. La muestra abarcó el 74,1% del universo¹¹.

Algunas de las competencias identificadas por Urbina y su grupo fueron las siguientes:

Competencias generales

- Desarrollar el trabajo en equipo.
- Mantener los principios éticos, morales, políticos e ideológicos.
- Solucionar problemas inherentes a la profesión.
- Desarrollar una adecuada información y comunicación con familiares y demás miembros del equipo de salud.
- Dominar las bases científicas de la profesión para realizar atención integral de enfermería en la solución de problemas y toma de decisiones, con flexibilidad y creatividad mental.
- Realizar atención integral aplicando el Proceso de Atención de Enfermería como método científico de la profesión.
- Realizar acciones de Enfermería encaminadas a la solución de problemas de urgencia y ambulatorios.

Competencias específicas

- Mantener cumplimiento de las normas higiénico-epidemiológicas en el servicio.
- Preparar recepción del recién nacido de acuerdo con

- las necesidades afectadas.
- Desarrollar adecuada relación padre-hijo durante la hospitalización.
 - Realizar técnicas y procedimientos específicos dirigidas a la atención del Recién nacido.
 - Identificar precozmente signos y síntomas en el paciente ventilado.
 - Valorar conducta de enfermería relacionada con el peso y las mensuraciones.
 - Dominar procedimientos y precauciones en la administración de medicamentos por diferentes vías.
 - Realizar atención de enfermería al recién nacido con manipulación gentil.
 - Realizar cateterismo epicutáneo con la técnica adecuada.
 - Medir signos vitales al neonato con la técnica adecuada.
 - Dominar procedimientos y precauciones en la alimentación al recién nacido.
 - Dominar procedimientos y precauciones en las diferentes tomas de muestras.
 - Desarrollar habilidades específicas en el traslado intra y extrahospitalario del recién nacido.

El desarrollo de estas investigaciones, como las anteriormente mencionadas, hacen posible evaluar el desempeño laboral de los profesionales, guiar y por sobre todo evaluar el desarrollo curricular de los cursos de postítulos en cuidados críticos pediátricos¹⁰⁻¹¹.

En las publicaciones científicas chilenas no se encontraron trabajos relacionados con este tema y la Rama de Enfermería Intensiva Pediátrica aún no las ha definido. Frente a lo cual, **se plantea la siguiente interrogante:** ¿Cuáles son las **competencias** que requieren los profesionales de enfermería para desempeñarse en cuidados intensivos pediátricos en Chile?

La respuesta a esta interrogante surgirá del proceso de reflexión que realicen las enfermeras docentes, coordinadoras y clínicas, expertas en el cuidado del niño críticamente enfermo sobre sus propias experiencias de cuidado, en el contexto natural en que se desarrollan, por lo tanto, este estudio se enmarca en el enfoque cualitativo (interpretativo) de investigación.

Objetivo de la Investigación

Identificar las **competencias** que requieren los profesionales de enfermería para desempeñarse en unidades de

cuidados intensivos pediátricos del país, sean públicas o privadas, aplicadas en sus cuatro dominios de formación.

MATERIAL Y MÉTODO

Marco metodológico

Como se mencionó anteriormente, este estudio se enmarca en el **paradigma cualitativo de investigación**, debido a que se intenta construir el conocimiento e interpretar el fenómeno, a través de las experiencias aportadas por las profesionales de enfermería expertas en el cuidado del niño críticamente enfermo, cuyos procesos vivenciales no pueden ser segmentados, divididos, ni generalizados¹². El objeto de estudio corresponde a las "**competencias del profesional de enfermería de cuidados críticos pediátricos**":

Selección de los informantes clave

Como estrategia de selección de la muestra, se aplicó el principio de *variedad máxima*, es decir, se procuró incluir a un grupo heterogéneo de profesionales de enfermería, que permitiera enriquecer los hallazgos de este estudio.

En el proceso de selección de las entrevistadas, se utilizó la *técnica de bola de nieve*, donde una informante recomienda a otra. De esta manera se conformó la muestra, mediante los nexos sociales que se establecieron¹³.

Criterios de selección de la muestra

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para seleccionar a las informantes clave:

- **Enfermeras docentes clínicas** encargadas de postítulos de enfermería en cuidados intensivos pediátricos, con más de cinco años de experiencia en cuidados intensivos pediátricos.
- **Enfermeras coordinadoras** de unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) con más de cinco años de experiencia clínica en intensivo pediátrico.
- **Enfermeras clínicas** de cuidados intensivos pediátricos, con más de cinco años de experiencia clínica en UCIP.

Todas las enfermeras entrevistadas, debían ser **diplomadas o especialistas en cuidados intensivos pediátricos**.

En la Tabla 1 se detalla la procedencia de las **informantes clave**, según la entidad pública o privada en que se desempeñan.

Tabla 1. Procedencia de las informantes clave, según la entidad pública o privada en que se desempeñan

Informantes Clave	Institución	Número
Docentes clínicas encargadas de postítulo en cuidados intensivos pediátricos	Universidad pública	1
	Universidad privada	1
Enfermeras coordinadoras	Hospitales públicos	2
	Clínicas privadas	2
Enfermeras Clínicas	Hospitales públicos	2
	Clínicas privadas	2
	Total	10

Del total de profesionales de enfermería entrevistadas (n: 10), ocho son diplomadas y dos especialistas en cuidados intensivos pediátricos.

Por otra parte, durante el diseño metodológico, se estudió la posibilidad de incluir informantes clave que trabajaran en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) de las distintas regiones del país, sin embargo, esto no fue posible ya que la gran mayoría no cumplía con los requisitos de selección establecidos para este estudio. Por lo tanto, la selección se centró en la zona central del país (Quinta Región y Región Metropolitana).

Entrevista

Para encontrar los hallazgos que permitieran dar respuesta a la pregunta de este estudio se utilizó como instrumento de investigación la entrevista semiestructurada. Este tipo de entrevista, se caracteriza por tener una guía de preguntas donde el entrevistador tiene la posibilidad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre algún tema en particular¹⁴.

La construcción del guión de la entrevista se realizó en base a los objetivos y el marco teórico de este estudio. Se elaboraron dos guiones de entrevista, una para enfermeras clínicas y otra para enfermeras coordinadoras de unidades de cuidados intensivos pediátricos y docentes clínicas encargadas de los programas de postítulos en cuidados críticos pediátricos de dos universidades de la Región Metropolitana.

Consideraciones éticas

Antes de comenzar el trabajo de campo, se invitó personalmente a las informantes clave a participar en este estudio, donde se les explicó, en líneas generales, en qué consistía la investigación, los objetivos y el tiempo estimado de duración de la entrevista.

Previo al inicio de la entrevista, se entregó a cada una de las participantes un consentimiento informado, el cual debía ser firmado, si aceptaban realizar la entrevista. En este documento se detalla el título de la investigación, los objetivos, el compromiso de confidencialidad y las condiciones de registro.

Trabajo de campo

Se realizó finalmente un total de 10 entrevistas, conforme a lo planificado, entre los meses de abril a septiembre de 2009. El tiempo promedio de duración, fue aproximadamente de una hora. Posteriormente, se transcribieron para ser analizadas.

Es importante mencionar que durante la aplicación de las entrevistas se modificó el orden de las preguntas y se agregaron otras, lo que permitió adecuarse a los tiempos y procesos de reflexión de las entrevistadas, actividad que se enmarca dentro del formato de una entrevista semiestructurada¹⁴.

Una de las limitantes que se encontró para realizar las entrevistas, fue la falta de tiempo que disponían principalmente las enfermeras clínicas, ya que se intentó en una primera instancia entrevistarlas en sus lugares de trabajo, donde finalmente fue posible realizar solamente una entrevista. Es por ello, que se optó por entrevistar a las tres enfermeras restantes, en sus respectivos domicilios.

Análisis de la información

Para el análisis de los datos, se utilizó el programa para análisis cualitativo AQUAD 5.0 (Analysis of Qualitative Data).

Los pasos que se realizaron en esta etapa de la investigación fueron los siguientes:

1. **Reducción de los datos:** en esta etapa se utilizó el *criterio temático*, en el cual las categorías emergen en función a los temas abordados¹². Para ello, se tuvieron como referencia temática los dominios de formación de la carrera de enfermería: Asistencial, Gestión, Educación e Investigación. Para validar la categorización y codificación de los datos, se solicitó la colaboración de dos docentes, con formación en Educación en Ciencias de la Salud.
2. **Disposición y transformación de los datos:** para la presentación de los datos se utilizó una matriz de datos y el método narrativo. Se optó por presentar los hallazgos en estas dos formas, ya que permitían representar de una mejor manera las referencias de las entrevistadas.
3. **Obtención de resultados y conclusiones:** las conclusiones se presentarán a raíz del análisis de los hallazgos encontrados y de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Validez de los hallazgos encontrados

Para la validación de los hallazgos, éstos fueron presentados a tres enfermeras que habían sido anteriormente entrevistadas (una docente clínica encargada de postítulo en cuidados intensivos pediátricos, una enfermera coordinadora y una enfermera clínica de UPC), las cuales refirieron sentirse completamente identificadas con los hallazgos encontrados y contribuyeron en la profundización de los mismos. Dicho proceso fue acreditado con la firma de un documento.

RESULTADOS

Las competencias identificadas en este estudio, fueron las siguientes:

Competencias transversales:

- Aplicación de los conocimientos en la práctica clínica.
- Habilidades interpersonales.
- Actualización permanente.
- Adaptación a las situaciones que se le presentan.
- Liderazgo.
- Trabajo en equipo.
- Toma de decisiones y resolución de problemas.

Competencias Específicas:

- Priorizar el cuidado, de acuerdo a la complejidad y gravedad del paciente en estado crítico.
- Programar el proceso de atención de enfermería en el niño críticamente enfermo en forma integral.
- Guiar a la familia durante la hospitalización.
- Facilitar el duelo.

DISCUSIÓN

Entre las competencias identificadas en este estudio, existe un grupo de ellas que se mencionan o se repiten en los distintos estudios consultados sobre el tema, siendo una de ellas la **“actualización permanente y adaptación a las situaciones que se presentan”**. Esta corresponde a una de las veinte competencias que identificaron Dunn y cols.¹⁰.

La **capacidad de trabajar en equipo** del profesional de enfermería de UCIP, es fundamental para la recuperación del niño gravemente enfermo, que requiere de la atención de un equipo multidisciplinario que busca cumplir con el objetivo de salvar la vida del paciente. Lo señalan Benner y cols.: el profesional de enfermería tiene que tener la capacidad de trabajar con los otros, elaborando tareas según el estado del paciente⁹. A semejante conclusión llegaron Urbina y Dunn, quienes destacan que el profesional debe ser capaz de colaborar con el personal de salud y crear un ambiente de apoyo, tanto para sus colegas como para otros miembros del equipo^{10,11}.

En este trabajo, la capacidad de **liderazgo** del profesional de enfermería de UCIP, se encontró que tiene relación con la coordinación del proceso de atención y el manejo del personal a cargo, lo que coincide con lo presentado por Benner, señalando que el liderazgo del profesional de enfermería debe estar enfocado en la capacidad de comunicar sus puntos de vista y coordinar las prácticas del cuidado, creando un ambiente adecuado que permita facilitar dichas prácticas⁹. Por su parte, Dunn destaca que el profesional debe demostrar su capacidad de liderazgo en las relaciones que establece¹⁰.

En este estudio se plantea que el profesional de enfermería de intensivo, toma decisiones y resuelve problemas en todas las actividades de organización y coordinación de la atención de enfermería, lo que coincide con la identificación que hacen Ubina¹¹ y Dunn¹⁰.

La capacidad de la enfermera de intensivo de **priorizar el cuidado**, tiene relación con la complejidad y gravedad de cada paciente, por lo cual, programará sus actividades de acuerdo a las necesidades más urgentes y vitales. Benner menciona que el profesional de enfermería debe ser capaz de ordenar las respuestas o acciones según lo que le exige la situación⁹, y Dunn señala que el profesional debe determinar las prioridades para la atención, basándose en el paciente¹⁰.

La capacidad del profesional de enfermería de UCIP de **programar el proceso atención de enfermería en forma integral**, conlleva, por parte del profesional, involucrar todos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la atención, tanto en el niño críticamente enfermo, como en su familia. Ubina y cols. también lo señalan, mencionando que el profesional tiene que ser capaz de realizar una atención integral aplicando el proceso de atención de enfermería como método científico de la profesión¹¹ y Benner y cols, mencionan que el profesional de enfermería va más allá de la situación clínica inmediata, siendo capaz de reconocer todas las posibilidades existentes para el paciente y la familia⁹.

La capacidad del profesional de enfermería de **Guiar a la familia durante la hospitalización**, tiene que ver con la orientación a los padres sobre la evolución y

pronóstico del niño, integrarlos en el cuidado de su hijo y disminuir su angustia y estrés. Benner y cols. señalan que el profesional de enfermería tiene la capacidad de adelantarse a los posibles eventos que le pueden suceder al paciente y se los transmite a la familia, para que ésta se encuentre preparada y pueda enfrentar la situación lo más tranquilamente posible⁹. Ante el fallecimiento de un paciente, el profesional de enfermería tiene que ser capaz de **Facilitar el duelo** de los padres, acompañándolos en este proceso y atenderlos en las necesidades que requieran en ese momento. Benner y cols. mencionan que el profesional, en este tipo de situaciones, debe ser capaz de crear un “espacio de cuidado” donde la familia pueda estar reunida y domesticar de alguna forma el ambiente desfavorable que se está viviendo y permitir que la familia esté completamente con el paciente para que puedan expresar lo que necesitan expresar y se puedan despedir con tranquilidad.

Es importante destacar que a pesar de que la identificación de competencias del profesional de enfermería de cuidados intensivos se ha realizado en contextos y lugares diferentes, se repiten claramente las competencias de **liderazgo, trabajo en equipo, toma de decisiones y resolución de problemas, facilitar el duelo y guiar a la familia durante la hospitalización**. Esto podría indicar que son las más representativas de estas profesionales. Para confirmar esta aseveración se requiere desarrollar nuevas investigaciones.

Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones que se encontraron en esta investigación se pueden mencionar:

- Uno de los criterios de inclusión, que se estableció para los profesionales considerados informantes clave, es que tuvieran un mínimo de cinco años de experiencia en UCIP. La búsqueda de ellos resultó dificultosa, ya que se produce una gran movilidad de profesionales de enfermería de UCIP.
- Una vez contactado el profesional que cumplía con los cinco años mínimos de experiencia, se presentó una segunda dificultad, derivada de la falta de tiempo que disponían las enfermeras clínicas en sus lugares de trabajo, para ser entrevistadas. Esto debido principalmente a la sobrecarga laboral y la gravedad de los pacientes.
- Desde el contenido de la entrevista hubo que justificar, a cada profesional entrevistado, el sentido que tenía en este estudio el separar la práctica de enfermería en “dominios de formación”, ya que la enfermera de cuidados intensivos actúa en todos los dominios de una manera compleja e interrelacionada^{9,10}.

CONCLUSIONES

En relación a la **identificación de competencias** que requieren los profesionales de enfermería para desempeñarse en el intensivo pediátrico, de acuerdo a los cuatro dominios de formación, se concluye que:

- La mayoría de las competencias identificadas se desprenden del **dominio asistencial y de gestión**. Esto se debe a que la labor principal del profesional

de enfermería de cuidados intensivos, se centra en el ámbito clínico.

- El profesional de enfermería de intensivo pediátrico tiene incorporado el **dominio de educación**, como parte de su quehacer asistencial. La competencia que más utiliza para educar son las habilidades interpersonales, destacándose su habilidad empática y asertiva. Sin embargo, reconocen que en muchas oportunidades la educación no es prioritaria, principalmente porque se ven enfrentados a la atención de pacientes críticos y además en muchas ocasiones se ven superados por la sobre carga asistencial.
- El **dominio investigación** es el menos desarrollado, sin embargo, se manifiesta la necesidad de que se refuerce el desarrollo de este dominio, como una vía para el mejoramiento del cuidado de enfermería. Se enfatiza, además, que no es suficiente entregar las

herramientas necesarias para investigar, sino que también se den las instancias para llevarla a cabo, permitiendo que se forme una “cultura para investigar” en enfermería.

Finalmente, se puede concluir que las competencias identificadas en este estudio, fueron las siguientes:

Competencias transversales: aplicación de los conocimientos en la práctica clínica; Habilidades interpersonales; Actualización permanente; Adaptación a las situaciones que se le presentan; Liderazgo; Trabajo en equipo; Toma de decisiones y Resolución de problemas.

Competencias Específicas: el cuidado, de acuerdo a la complejidad y gravedad del paciente en estado crítico; Programar el proceso de atención de enfermería en el niño críticamente enfermo en forma integral; Guiar a la familia durante la hospitalización; Facilitar el duelo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunner J. Globalización y el futuro de la globalización: tendencias, desafíos, estrategias. Seminario sobre prospectivas de la educación en América Latina y el Caribe. Chile; 2000.
2. Brunner J. Educación Superior en una sociedad global de la información. Conferencia dictada en la Universidad Piloto. Bogotá (Colombia); 1999.
3. Slater D. Los rasgos espaciales de la globalización en tiempos globales. Nueva Sociedad 1998; 156: 44-53.
4. Delors J, Al Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, *et al.* La educación encierra un tesoro. UNESCO. Santillana; 1996. Disponible en: http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF. [Consultado el 10 de diciembre 2010].
5. Bermejo JC. Apuntes de relación de ayuda. España. Sal Terrae. (Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud); 1998.
6. Asiain MC. La competencia profesional y la acreditación de enfermeras en el cuidado del paciente crítico. Enfermería Intensiva 2005; 16(1): 1-2.
7. Lastra P. La especialidad en cuidados intensivos, una especialidad necesaria. Enferm Intensiva 2006; 17(1): 1-2.
8. The National Association of Pediatric Nurse Practitioners. The acute care pediatric nurse practitioners. J Pediatr Health Care 2005; 19: 38A-39A.
9. Benner P, Lee P, Stannard D. Clinical wisdom in critical care: a thinking-in-action approach. Saunders; 1999.
10. Dunn SV, Lawson D, Robertson S, Underwood M, Clark R, Valentine T, *et al.* The development of competency standards for specialist critical care nurses. Journal of Advanced Nursing 2000; 31(2): 339-346.
11. Urbina O, Soler S, Otero M. Identificación de competencias en el profesional de enfermería del servicio de neonatología. 2005. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19_2_05/ems05205.pdf. [Consultado el 10 de diciembre de 2010].
12. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Granada, (España): Aljibe; 1996.
13. Martín-Crespo MC, Salamanca A. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación 2007; 27. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf. [Consultado el 10 de diciembre de 2010].
14. Sampieri R, Collado C, Lucio P. Metodología de la Investigación. McGraw Hill; 2003.

Correspondencia

Departamento de Educación en Ciencias de la Salud,
Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Profesor Alberto Zañartu N° 1060.
Santiago, Chile.
ilopez@med.uchile.cl

Implementación y evaluación de una metodología de autoaprendizaje dirigido, para estudiantes de dos carreras de ciencias de la salud

RODRIGO HERRERA R.¹, HERNÁN HERRERA R.¹, MATÍAS ARANCIBIA M.¹, CARLOS MASSARDO D.², DANILO GONZÁLEZ Z.³, ELSA RUGIERO P.³ y MIGUEL REYES-PARADA⁴.

RESUMEN

La creciente complejidad conceptual, tecnológica y social del medio laboral de los profesionales de la salud y el crecimiento exponencial del conocimiento científico, constituyen un desafío permanente para las instituciones de educación superior que deben asegurar la calidad de la formación de estos profesionales. El autoaprendizaje dirigido por docentes (ADD), ha sido evaluado como una buena opción innovadora, que estimula el aprendizaje reflexivo, contextualizado y colaborativo y facilita el desarrollo de la capacidad para la autoformación permanente del estudiante. Durante 2007 y 2008 se implementó el ADD en algunas unidades del curso de farmacología, para estudiantes de segundo año de las carreras de Enfermería y de Obstetricia y Puericultura. Se usaron guías de autoaprendizaje y resolución de casos clínicos en talleres de grupo pequeño. Se describe aquí la implementación y evaluación de esta intervención en tres aspectos: a) percepción de los estudiantes sobre la metodología utilizada; b) evaluación cognitiva sumativa de aprendizajes al término del curso y c) retención de aprendizajes a un año plazo. Estos tres aspectos se comparan con los obtenidos con metodología tradicional. El 64% de los estudiantes cree que aprende más con la nueva metodología y 75% cree que la clase expositiva genera menor aprendizaje. Un 62% cree que con esta metodología obtendrá mejor rendimiento académico y 58% piensa que el peor rendimiento lo producirá la clase expositiva. En la evaluación sumativa, al finalizar el curso, no hubo diferencias significativas en los resultados de ambos grupos ($p = 0,12$) y los estudiantes obtuvieron un alto porcentaje de respuestas correctas en ambos casos. Evaluando un año después de finalizado el curso, se observó un descenso significativo en el porcentaje de respuestas correctas para ambos grupos ($p < 0,01$ en ambos casos), aunque fue leve pero significativamente mejor ($p = 0,042$) para el grupo de donde se había realizado la intervención, con respecto al no intervenido. En conclusión, la metodología fue ampliamente valorada por los estudiantes, para su desempeño clínico-farmacológico y académico. Esta genera resultados académicos similares a la metodología tradicional y constituye una alternativa que podría facilitar la autoformación posterior.

Palabras clave: Autoaprendizaje, Farmacología, Educación en ciencias de la salud.

SUMMARY

Implementation and evaluation of a methodology of self-directed learning, for students of two programs of health sciences

The increasing conceptual, technological and social complexity of the work environment of health care professionals, as well as the exponential growth of scientific knowledge, are a continuous challenge for the institutions responsible for their training. Self-learning directed by teachers (SLDT), has been considered a good innovative educational option, since it stimulates reflexive, contextualized and collaborative learning and facilitates the development of life-long skills. During 2007 and 2008, a SLDT strategy was implemented for some content of the second year pharmacology

Recibido: el 15/10/10, Aceptado: el 27/01/11.

¹ Internos de 7° año de Medicina. Ayudantes-alumnos Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Chile.

² Médicos - Cirujanos, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Santiago de Chile. Chile.

³ Médico - Cirujano. Profesora Titular, Escuela de Medicina Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago de Chile. Chile.

⁴ Químico Farmacéutico. Dr. en Ciencias Biológicas. Profesor Asociado, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Chile.

course for Nursing and Midwifery students. Self-learning documents containing information about antibiotics, and the discussion of clinical cases were used. Here, we describe the implementation and evaluation of this intervention in three aspects: a) students' perception about the methodology used; b) summative evaluation of learning at the end of the course and c) retention of learning one year later. All issues were compared against the results obtained with a traditional teacher-centered methodology. Sixty-four percent of the students believe that they learned more with the novel methodology, whereas 75% indicated that traditional lectures were the way in which they learned the least. Also, 62% said that they achieved better academic results with SLDT, while 58% consider that lectures produce the worst academic results. No significant differences ($p = 0.12$) were observed between both methodologies regarding the summative evaluation at the end of the course. Thus, in both cases, students reached a high rate of correct answers. One year later, a significant decrease ($p < 0.01$) of correct answers was seen in both cases. Nevertheless, the retention of contents was slightly but significantly ($p = 0.042$) better in the case of topics taught using SLDT as compared with the traditional system. In conclusion, the novel methodology was highly valued by the students for both their clinical-pharmacological and their academic performance. Both methodologies generate similar academic results. However, SLDT is an educational alternative that might not only facilitate their life-long self-learning but also improve their retention of subject matter.

Key words: Self-learning, Pharmacology teaching, Health science education.

INTRODUCCIÓN

La siempre creciente complejidad conceptual, tecnológica y social del medio laboral en que los profesionales de la salud deben insertarse a su egreso, así como el crecimiento exponencial del conocimiento que necesitan adquirir para ejercer sus profesiones, constituyen un desafío permanente para las instituciones de educación superior encargadas de asegurar la calidad de su formación.

Tradicionalmente los métodos de enseñanza centrados en el docente, predominaban en la educación en ciencias de la salud. Sin embargo, estas metodologías ya no satisfacen las necesidades de aprendizaje de los estudiantes, ni los requerimientos de perfiles de egreso habilitantes^{1,2}.

Los programas actuales de formación incluyen cada vez más metodologías educativas centradas en el estudiante, tales como el aprendizaje basado en problemas (ABP), el autoaprendizaje dirigido por docentes (ADD) y el aprendizaje autodirigido^{3,4}.

Este cambio de paradigma en las modalidades de enseñanza-aprendizaje, proviene de constatar que los profesionales de la salud deben desarrollar o potenciar, durante sus años de formación universitaria, competencias y habilidades que les permitan mantener con éxito un proceso de autoformación permanente, independiente y autónomo^{5,6}.

En este contexto, el ABP, y particularmente el ADD, han sido evaluados como buenas opciones innovadoras frente a los métodos tradicionales, ya que entre otros aspectos estimulan el aprendizaje reflexivo, contextualizado y colaborativo, incrementan la confianza de los estudiantes en sus propias destrezas y capacidades para aprender y responder frente a situaciones nuevas y, en definitiva, posicionan al estudiante como el actor principal de su aprendizaje facilitando el desarrollo de su capacidad para la autoformación permanente^{4,7-9}.

No obstante, su implementación en los currícula tradicionales no siempre es fácil y puede generar resistencia, particularmente cuando se intenta aplicarlos a todas las instancias de aprendizaje y sin capacitación previa de los

académicos y estudiantes que participarán en el proceso^{1,4,9-11}.

En este sentido, una implementación paulatina, acompañada de la evaluación del impacto de cada intervención, puede minimizar la resistencia al cambio.

La farmacología es una disciplina tradicional de los currícula de carreras de ciencias de la salud, que en general, se imparte en serie con otros cursos "básicos" (e.g., anatomía, bioquímica, fisiología), y en paralelo con otras asignaturas preclínicas como fisiopatología o microbiología. La posición en la "malla curricular" influye en la internalización por parte de los estudiantes de su relevancia terapéutica y su aplicación clínica. Por otra parte, el vertiginoso avance del conocimiento de esta ciencia no hace viable que se incluyan todos los contenidos necesarios en un proceso de enseñanza aprendizaje curricular, haciendo indispensable la educación a lo largo de la vida profesional¹²⁻¹⁴.

En el marco de los cambios que se llevan a cabo en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile para avanzar hacia la implementación de currícula basados en competencias, se puso en práctica una metodología de ADD en algunas unidades del curso de farmacología durante los años 2007 y 2008, en dos carreras de la salud. En el presente trabajo se describe la implementación y evaluación de la misma.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño y características generales del estudio

Se utilizó un diseño descriptivo transversal para determinar las percepciones de los estudiantes y la adquisición de conocimientos con las innovaciones implementadas, comparando dichos aspectos en relación a la metodología tradicional. Se realizó también una evaluación de la retención de aprendizajes un año después de la aplicación del cambio. Este aspecto consideró un diseño de estudio de cohorte.

El curso de farmacología se imparte en segundo año de las carreras de Enfermería y Obstetricia y Puericultura, es semestral e incluye una sección de farmacología general

y otra de fármacos agrupados según uso terapéutico. El método de enseñanza tradicional consiste en clases expositivas, con apoyo audiovisual, y un seminario grupal de búsqueda bibliográfica realizado por los estudiantes (4-5 estudiantes por grupo), cuyos resultados son presentados de manera expositiva al resto de los estudiantes.

El programa del curso considera cuatro sesiones de 90 minutos cada una, dedicadas al capítulo "antibióticos", las dos primeras para fármacos beta-lactámicos y las dos últimas para antibióticos no beta-lactámicos.

La presente intervención se realizó en la unidad de antibióticos no beta-lactámicos e involucró el uso de guías de autoaprendizaje y posterior discusión y resolución de casos clínicos en sesiones de taller en grupos pequeños, aplicado a todos los alumnos del curso. Como se detalla más adelante, los resultados de esta innovación fueron comparados, en el mismo grupo de estudio, con aquellos obtenidos en la unidad de antibióticos beta-lactámicos, la que fue impartida mediante una metodología tradicional de enseñanza.

La evaluación de la intervención se realizó en tres aspectos: a) percepciones de los estudiantes en relación a la metodología utilizada; b) evaluación cognitiva sumativa de aprendizajes al término del curso y c) retención de aprendizajes a un año plazo. Tal como se señaló, se evaluaron los mismos tres aspectos en una unidad paralela de antibióticos beta-lactámicos realizada con metodología tradicional y luego se compararon ambos resultados.

Material generado y descripción de actividades

Se construyeron dos "guías de autoaprendizaje", que contenían información actualizada respecto de antibióticos no beta-lactámicos. La primera contenía información sobre aminoglicósidos, tetraciclinas, macrólidos, lincosamidas y cloranfenicol, y la segunda sobre sulfas, quinolonas, nitrofurantoina y fármacos utilizados en el tratamiento de la tuberculosis. Ambas guías incluían un "background" histórico, la estructura química de las drogas y sus derivados, sus mecanismos y espectros de acción y de resistencia bacteriana, farmacocinética y farmacodinamia, usos clínicos, reacciones adversas, contraindicaciones y presentaciones comerciales en Chile. Las guías fueron enviadas por correo electrónico a los estudiantes 8-10 días antes de la fecha de la sesión correspondiente, con instrucciones para que leyeran y analizaran su contenido.

En la sesión correspondiente a cada guía, los estudiantes se distribuyeron en grupos (4-6 estudiantes por grupo) y analizaron 3-4 casos clínicos que involucraban la aplicación de la información contenida en la guía de autoaprendizaje. Los estudiantes podían utilizar tanto la guía como cualquier otro material disponible y contaron con la supervisión de dos docentes del curso y cinco ayudantes-alumnos, estudiantes e internos de 5° a 7° año de la carrera de Medicina. Al finalizar la sesión, se entregaba un informe escrito con las conclusiones.

Participantes

En este estudio participaron inicialmente todos los estudiantes de segundo año de las carreras de Enfermería y Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Santiago de Chile inscritos en el curso de farmacología

durante los años 2007 y 2008, i.e., 241 estudiantes (141 de enfermería y 100 de obstetricia y puericultura). Sin embargo, al momento de realizar la evaluación de retención de aprendizajes, un año después de la aplicación de la metodología de autoaprendizaje, 6 estudiantes no pudieron ser evaluados por diversas razones, por lo que la muestra final quedó constituida por 235 estudiantes. La edad promedio (\pm DE) de los participantes fue de 19,6 \pm 0,9, siendo el 22% (n = 52) de ellos de sexo masculino.

Métodos de evaluación y mecanismos de comparación

Para la evaluación de la percepción de los estudiantes con respecto a la metodología empleada, al finalizar el curso se administró, previo consentimiento informado oral, un cuestionario abierto y voluntario que contenía tres preguntas. En las dos primeras, "¿con qué metodología educativa crees tú que aprendes más?" y "¿con qué metodología crees tú que obtienes los mejores resultados académicos?", se les pidió que ordenaran según preferencia entre las tres metodologías utilizadas en el curso, i.e., clases expositivas, seminarios bibliográficos o guías de autoaprendizaje más trabajo grupal. En la tercera pregunta en la que se consultó "¿crees tú que sería bueno que otras unidades del curso de farmacología, como por ejemplo antidepresivos o anestésicos locales, se enseñaran por la vía de guías de autoaprendizaje y resolución grupal de casos clínicos?", los estudiantes sólo podían responder SI o NO.

Para la evaluación sumativa cognitiva se aplicó el instrumento de evaluación regular del curso, que consiste en una prueba escrita confeccionada con preguntas de opción múltiple. Cabe señalar que los estudiantes estaban familiarizados con esta forma de evaluación que es muy frecuente en todos los cursos. El instrumento constaba de 45-48 preguntas, de las cuales 15 eran relativas a antibióticos beta-lactámicos, 15 se referían a antibióticos no beta-lactámicos y 15-18 incluían otros tipos de fármacos, por lo que esta variación no afectó la medición de las unidades temáticas que constituyen el foco del trabajo. Una vez realizado el examen, para cada estudiante se calcularon los porcentajes de respuestas correctas sobre antibióticos beta-lactámicos y no beta-lactámicos, y se compararon los promedios de dichos porcentajes según las distintas metodologías empleadas en su enseñanza.

Finalmente, para la evaluación de retención de aprendizajes, un año después de finalizado el curso, se aplicó un instrumento de similares características, que contenía 16 preguntas de opción múltiple (8 para cada sub-familia de antibióticos), con las que se evaluaron los mismos temas específicos del instrumento original.

Cabe señalar que durante el año de separación entre ambas evaluaciones, los estudiantes de ambas carreras inician su formación clínica asistiendo regularmente a hospitales y consultorios, donde deben aplicar en forma habitual los conocimientos relativos a antibióticos adquiridos en su formación previa.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el programa GraphPad Prism 5.0. En todos los casos los resultados se presentan en forma de porcentaje o los promedios \pm DE de los mismos. Las comparaciones entre

grupos se realizaron mediante el test de la t de Student para muestras independientes, mientras que para las comparaciones intra-grupo se utilizó el mismo test pero para muestras pareadas. Se consideraron significativas aquellas diferencias asociadas a un $p < 0,05$.

RESULTADOS

Percepción de los estudiantes

La Figura 1 muestra los resultados en relación a la pregunta “¿con qué metodología educativa crees tú que aprendes más?”. Tal como se observa, una amplia mayoría de los estudiantes indicó como primera preferencia la metodología de “guías de autoaprendizaje y trabajo grupal” (Figura 1A), mientras que la mayor parte de los estudiantes colocó en último lugar la metodología tradicional de clases expositivas (Figura 1B).

Los resultados en relación a la pregunta “¿con qué metodología crees tú que obtienes los mejores resultados académicos?”, se muestran en la Figura 2. Nuevamente la mayor parte de los estudiantes señaló como primera preferencia la metodología activa empleada (Figura 2A), y como última opción las clases expositivas habituales (Figura 2B).

El 83% de los estudiantes señaló que “sería bueno que otras unidades del curso se enseñaran por la vía de guías de autoaprendizaje y resolución grupal de casos clínicos”.

Aprendizajes y Retención de contenidos

La Figura 3 muestra los resultados de la evaluación sumativa. Tal como se observa, no hubo diferencias significativas en los resultados de la evaluación al finalizar el curso ($p = 0,12$; Figura 3, panel izquierdo), y los estudiantes obtuvieron resultados igualmente satisfactorios en relación a la adquisición de conocimientos, entregados por cualquiera de las dos metodologías (tradicional o innovadora), a juzgar por el alto porcentaje promedio de respuestas correctas en cada caso. Por otro lado, cuando se evaluaron dichos conocimientos un año después de finalizado el curso (Figura 3, panel derecho), se observó un descenso significativo en el porcentaje de respuestas correctas para ambos tipos de antibióticos ($p < 0,01$ en ambos casos). No obstante, el porcentaje de respuestas correctas, un año después de finalizado el curso, fue leve pero significativamente mayor ($p = 0,042$) en relación a los antibióticos no beta-lactámicos comparado con las respuestas obtenidas para penicilinas y cefalosporinas.

DISCUSIÓN

Los procesos de profesionalización de la docencia y mejoramiento continuo de la calidad de la educación que se brinda a los estudiantes de pregrado de carreras de ciencias de la salud, implican la búsqueda permanente de metodologías innovadoras de enseñanza que involucren activamente a los estudiantes en el proceso de aprendizaje. Con frecuencia los procesos de enseñanza aprendizaje del nivel terciario son aún pasivos y no siempre se estimula el pensamiento crítico y analítico de la información recibida.

Como alternativa al sistema tradicional, se implementaron algunas innovaciones en la metodología de enseñanza de la farmacología, que involucraron el uso de herramientas de ADD. Con el fin de minimizar posibles resistencias a estas innovaciones metodológicas, se contempló la incorporación paulatina de unidades temáticas innovadas en el currículo vigente con evaluación

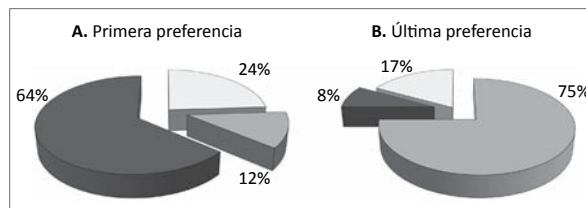


Figura 1. ¿Con qué metodología educativa crees tú que aprendes más? Preferencia de los estudiantes (en porcentaje) para las tres distintas metodologías de enseñanza empleadas en el curso de farmacología: guías de autoaprendizaje más discusión de casos clínicos en grupos pequeños (negro), seminarios bibliográficos (blanco), clases expositivas (gris).

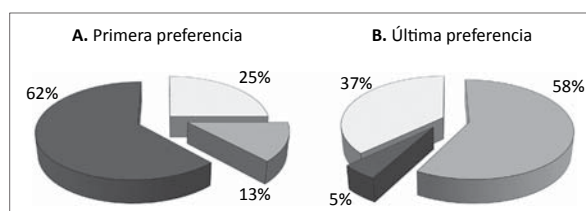


Figura 2. ¿Con qué metodología educativa crees tú que obtienes los mejores resultados académicos? Preferencia de los estudiantes (en porcentaje) para las tres distintas metodologías de enseñanza empleadas en el curso de farmacología: guías de autoaprendizaje más discusión de casos clínicos en grupos pequeños (negro), seminarios bibliográficos (blanco), clases expositivas (gris).

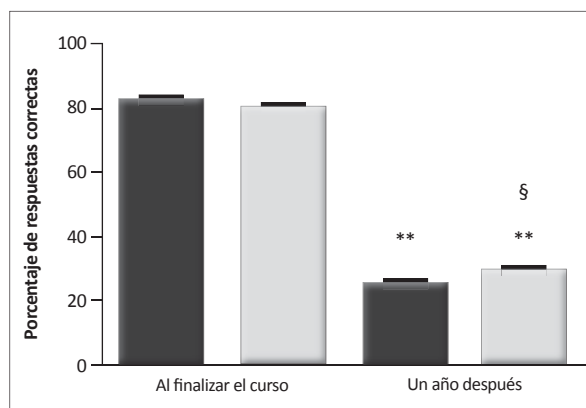


Figura 3. Evaluación sumativa para adquisición y retención de conocimientos. Porcentaje de respuestas correctas para antibióticos beta-lactámicos (barras negras) y no beta-lactámicos (barras blancas). ** denota diferencia significativa ($p < 0,01$, test de la t de Student para muestras pareadas) en las respuestas para el mismo grupo de antibióticos evaluadas al finalizar el curso vs un año después. § denota diferencia significativa ($p < 0,05$, test de la t de Student para muestras independientes) en las respuestas para distintos grupos de antibióticos.

permanente de su impacto, manteniendo otras unidades con sus metodologías tradicionales.

El presente reporte entrega un primer conjunto de resultados, que permitirá retroalimentar y mejorar futuras innovaciones.

La mayoría de los estudiantes indicó que creía que la metodología de “guías de autoaprendizaje y resolución de casos clínicos en grupos pequeños”, era mejor que el sistema tradicional en relación a cuánto se aprendía y a los resultados académicos que esperaban obtener.

Estos resultados indican que la metodología de aprendizaje activo empleada es ampliamente valorada por los estudiantes, tanto para su desempeño clínico-farmacológico como en la perspectiva que visualizan de su desempeño académico.

Una serie de otros estudios que involucran metodologías con alta participación del estudiante han arrojado resultados similares en cuanto a que los estudiantes se sienten más partícipes, más comprometidos y más satisfechos con su proceso de aprendizaje^{15,16}.

Independientemente de estas percepciones, los resultados académicos obtenidos, evaluados a través de un instrumento clásico, mostraron que ambas metodologías generan resultados igualmente satisfactorios.

Estos hallazgos concuerdan también con muchos otros estudios en relación a que estas innovaciones pedagógicas no generan resultados académicos mejores, al menos en la medida en que se evalúan con instrumentos clásicos, pero podrían variar al aplicar un instrumento de evaluación acorde con la metodología innovada, como el Examen Clínico Estructurado y Objetivo (ECO) o las Pruebas de Concordancia Scripts¹⁷⁻¹⁹.

Más allá de estos argumentos, considerando las ventajas asociadas a metodologías como ADD y ABP y la alta valoración por parte de los estudiantes respecto de las innovaciones docentes introducidas, es razonable concluir que es posible dar un mayor énfasis a la inclusión en los currícula de ciencias de la salud de mecanismos de aprendizaje activo y que los mismos deberían facilitar la adquisición de competencias y habilidades necesarias para continuar la formación de los futuros profesionales más allá de su educación formal.

Cabe señalar, no obstante, que la evaluación del logro de tales competencias no fue llevada a cabo en este trabajo, y que se requieren nuevos estudios para corroborar dichas predicciones.

Por otro lado, no es posible establecer a partir de nuestros resultados, qué porcentaje de la positiva valoración

de las nuevas metodologías se debe efectivamente a las bondades de la misma y cuánto se debe a la “novedad” que perciben los estudiantes con respecto al sistema tradicional. Estudios actualmente en curso en nuestro grupo, están orientados a evaluar esta dimensión del trabajo.

Nuestros resultados indican, además, que hay una disminución significativa del aprendizaje cognitivo logrado a un año plazo. Este efecto del tiempo en la retención de aprendizajes es similar al encontrado en otros estudios y constituye un llamado de atención respecto de las metodologías de enseñanza de cursos básicos o preclínicos, ya que sugieren que buena parte de los conocimientos adquiridos se olvida o no es empleado en la formación clínica posterior^{20,21}.

No obstante, nuestros hallazgos sugieren una leve pero significativa mejoría en la retención de aprendizajes que fueron entregados a través de una metodología activa. Si bien estos resultados son poco concluyentes, en nuestra opinión son alentadores para emprender nuevos estudios orientados a evaluar de manera más exhaustiva dicha variable.

Finalmente, un aspecto importante a mencionar es que la implementación de innovaciones como las utilizadas en este estudio, requiere de recursos humanos e infraestructura, para ser llevadas a cabo, no siempre disponibles.

En este contexto cabe señalar que el trabajo en grupos pequeños en cursos de 50 o más estudiantes, requiere la disponibilidad de dos salas de clases y la presencia de al menos un docente y un ayudante en cada sala. En nuestro caso, la participación de 5 ayudantes-alumnos fue fundamental, ya que permitió trabajar en forma relativamente personalizada con cada grupo de estudiantes y facilitó significativamente la confección y evaluación de los distintos materiales que se preparó para cada sesión. Asimismo, la cercanía etárea entre estudiantes y ayudantes y la sólida formación de estos últimos, facilitó la fluidez en el trabajo grupal y la confianza por parte de los estudiantes en la metodología empleada.

En conclusión, la metodología de guías de autoaprendizaje y posterior discusión grupal es ampliamente valorada por los estudiantes, como herramienta a utilizar para su desempeño clínico-farmacológico y para su desempeño académico. Su implementación paulatina genera resultados académicos similares a la metodología tradicional y por lo tanto constituye una alternativa posible, que además podría facilitar la adquisición de habilidades para la autoformación permanente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nolan J, Nolan M. Self-directed and student-centred learning in nurse education: 1. *Br J Nurs* 1997; 6(1): 51-55.
2. O’Shea E. Self-directed learning in nurse education: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2003; 43(1): 62-70.
3. Sánchez C, Porres J, Aranda P, López-Jurado M, Llopis J. El método de autoaprendizaje, dirigido por un equipo docente, como vía de adquisición de competencias en alumnos internos del departamento de Fisiología. *Ars Pharm* 2010; 2: 331-334.
4. Gwee MC. Problem-based learning: a strategic learning system design for the education of healthcare professionals in the 21st century. *Kaohsiung J Med Sci* 2009; 25(5): 231-239.
5. Candy P. *Self-Direction for Lifelong Learning*. Jossey-Bass, San Francis-

- co, 1991.
6. Tagawa M. Physician self-directed learning and education. *Kaohsiung J Med Sci* 2008; 24(7): 380-385.
7. McMillan M, Dwyer J. Facilitating a match between teaching and learning styles. *Nurse Educ Today* 1990; 10(3): 186-192.
8. Slevin O, Lavery M. Self-directed learning and student supervision. *Nurse Educ Today* 1991; 11(5): 368-377.
9. Levett-Jones TL. Self-directed learning: implications and limitations for undergraduate nursing education. *Nurse Educ Today* 2005; 25(5): 363-368.
10. Turunen H, Taskinen H, Voutilainen U, Tossavainen K, Sinkkonen S. Nursing and social work students' initial orientation towards their studies. *Nurse Educ Today* 1997; 17(1): 67-71.
11. McCarthy G. *Teaching Groups: The Lecture as a Pedagogical Method*. Springer, New York, 1995.
12. Buur JL. Pre-clinical pharmacology training in a student-centered veterinary curriculum. *J Vet Med Educ* 2009; 36(3): 260-270.
13. Kwan CY. Learning of medical pharmacology via innovation: a personal experience at McMaster and in Asia. *Acta Pharmacol Sin* 2004; 25(9): 1186-1194.
14. Kwan CY. Problem-based learning and teaching of medical pharmacology. *Naunyn-Schmiedeberg's Arch Pharmacol* 2002; 366(1): 10-17.
15. Chung EK, Rhee JA, Baik YH, A OS. The effect of team-based learning in medical ethics education. *Med Teach* 2009; 31(11): 1013-1017.
16. Woltering V, Herrler A, Spitzer K, Spreckelsen C. Blended learning positively affects students' satisfaction and the role of the tutor in the problem-based learning process: results of a mixed-method evaluation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009; 14(5): 725-738.
17. Koles P, Nelson S, Stolfi A, Parmelee D, Destephen D. Active learning in a Year 2 pathology curriculum. *Med Educ* 2005; 39(10): 1045-1055.
18. Treadwell I, de Witt TW, Grobler S. The impact of a new educational strategy on acquiring neonatology skills. *Med Educ* 2002; 36(5): 441-448.
19. Hartling L, Spooner C, Tjosvold L, Oswald A. Problem-based learning in pre-clinical medical education: 22 years of outcome research. *Med Teach* 2010; 32(1): 28-35.
20. Chan WP. Assessment of medical students' knowledge retention in a diagnostic radiology course: lecture attendees versus absentees. *Ann Acad Med Singapore* 2009; 38(3): 237-239.
21. Noble VE, Nelson BP, Sutingco AN, Marill KA, Cranmer H. Assessment of knowledge retention and the value of proctored ultrasound exams after the introduction of an emergency ultrasound curriculum. *BMC Med Educ* 2007; 7(1): 40.

Correspondencia:

Miguel Reyes-Parada.
Facultad de Ciencias Médicas,
Escuela de Medicina,
Universidad de Santiago de Chile.
Alameda 3363, Estación Central.
Santiago, Chile.
miguel.reyes@usach.cl

Taller de manejo de situaciones difíciles, comunicación de malas noticias y auto-cuidado del profesional. Evaluación según la percepción de los participantes

M. LUZ BASCUÑÁN R.¹

RESUMEN

El presente trabajo se propone sintetizar algunos aspectos centrales de la investigación y educación en el área de la comunicación médica como contexto para describir los fundamentos de un curso con una modalidad de taller cuyos ejes temáticos son: el manejo de situaciones difíciles; la comunicación de malas noticias y el auto cuidado del profesional. Se presentan los resultados de la evaluación de los asistentes a este curso que fue ofrecido opcionalmente a estudiantes de 5° ó 6° año de la carrera de Medicina de la Universidad de Chile por cinco años consecutivos (2006-2010). Los asistentes al curso lo evaluaron al finalizar la última sesión, por medio de un instrumento que consiste en una escala Likert de 5 niveles de satisfacción en relación a diferentes aspectos del curso y comentarios libres para cada puntuación. Los resultados confirman la percepción de necesidad y utilidad de este tipo de instancias formativas para los estudiantes de medicina. La mayor parte de los comentarios de los estudiantes fueron positivos independientemente de la puntuación asociada a cada ítem. Esto permitió citar prácticamente la totalidad de las opiniones correspondientes a las más bajas puntuaciones y observar que éstas se asocian a expectativas, necesidades y frustraciones más que a un cuestionamiento, insatisfacción o descontento con el curso. Se valora especialmente la atención dada a sus vivencias y cuidado personal; la posibilidad de compartir experiencias; y el trabajo práctico, en especial los ejercicios de juego de roles con actores que está centrado en la identificación y manejo de y defensas de pacientes y estudiantes. Por último se describen las limitaciones del estudio y del curso en función de futuras intervenciones.

Palabras clave: Comunicación, Malas noticias, Auto-cuidado.

SUMMARY

Workshop of managing of difficult situations, communication of bad news and self-care of the professional. Evaluation according to the perception of the participants

The present work proposes to synthesize some central aspects of the investigation and education in the area of the medical communication as context to describe the foundations of a course with a modality of workshop which thematic axes are: managing of difficult situations; communication of bad news and self care of the professional. They present the results of the evaluation of the attendants to this course that was offered optionally to students of 5° or 6° year of the Program of Medicine of the University of Chile for five consecutive years (2006-2010). The attendants to the course evaluated it after finishing the last session, by means of an instrument that consists of a Likert scale of 5 levels of satisfaction related to different aspects of the course and open comments for every item. The results confirm the perception of need and usefulness of this type of training experiences for the students of medicine. Most of the students' comments were positive independently of the punctuation associated with every item. This allowed to consider practically the totality of the opinions corresponding to the lowest punctuations and to observe that these associate with expectations, needs and frustrations more than questioning, dissatisfaction or not pleased with the course. It is specially valued the attention paid to their experiences and personal care; the possibility of sharing experiences; and the practical work, specially the exercises of role playing with actors focusing on the identification and managing of defense of patients and students. Finally, limitations of the study and of the course are described in view for future interventions.

Keywords: Communication, Bad news, Self-care.

Recibido: el 19/12/10, Aceptado: el 20/03/11.

¹ Psicóloga. MSc. Profesor Asistente. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Chile.

INTRODUCCIÓN

Actualmente disponemos de una vasta literatura sobre comunicación en las ciencias de la salud existiendo acuerdo respecto a una serie de temas previamente debatidos. Cinco de estos aspectos nos parecen esenciales: 1) los procesos de comunicación verbales como no verbales determinan en gran medida la calidad de la relación y atención al paciente; 2) la comunicación posee un efecto en los resultados del tratamiento, es decir, un impacto positivo en la salud (psicológica y física) y satisfacción del paciente; 3) distintos grupos de pacientes y situaciones clínicas presentan desafíos comunicacionales particulares para los profesionales; 4) las habilidades de comunicación generan satisfacción y seguridad en los profesionales; y 5) las habilidades de comunicación pueden adquirirse a través del proceso de formación del profesional^{1,2}.

Hoy en día la mayoría de las escuelas de medicina ofrecen cursos de comunicación a sus estudiantes, siendo éste un aspecto indiscutido de la competencia de las profesiones de la salud. Sin embargo, es importante hacer algunas distinciones ya que la comunicación puede ser concebida, enseñada y evaluada de maneras distintas³. La comunicación ha sido entendida desde al menos dos perspectivas: como una habilidad y como una actitud. Si bien resulta evidente que ambas perspectivas están relacionadas y deben estar presentes, en el ámbito de la educación y la investigación frecuentemente se considera sólo una de ellas.

Desde la perspectiva de las habilidades comunicacionales, el foco es la conducta observable entre médico y paciente⁴. En esta línea se han desarrollado manuales de entrenamiento y metodologías de evaluación de la interacción médico paciente. Sin embargo, esta perspectiva ha sido cuestionada distinguiendo entre una interacción o intercambio de comportamientos eficaz y el establecimiento de una relación. Desde una perspectiva actitudinal, la comunicación se basaría en un nivel más intangible y complejo de actitudes, sentimientos, autoconocimiento y reflexión⁵. De aquí que la enseñanza de la comunicación se asocie a la formación integral de la persona del médico incluyendo sus valores y concepciones sobre la medicina, su propio rol y el del paciente. En esta línea se sugiere que un estudiante puede aprender una serie de conductas, pero ello no significa que se conecte genuinamente con el paciente ni comprenda y comprometa con el sentido ético de su comportamiento. Por lo mismo, la enseñanza de la comunicación debe hacerse en grupos pequeños con una metodología que promueva el compromiso personal del estudiante a lo largo de su formación⁶.

Se han demostrado las limitaciones que tiene restringir esta área de enseñanza a cursos aislados y principalmente durante los primeros años de la carrera⁷. Se ha observado que los estudiantes no logran fácilmente transferir sus conocimientos y habilidades en el tiempo ni a las situaciones concretas que viven posteriormente en la práctica clínica⁶. Se fundamenta entonces la necesidad de ofrecer modelos docentes en la formación clínica, prosiguiendo con cursos de comunicación avanzados de manejo de situaciones difíciles, particularmente de comunicación de malas noticias⁸.

En este contexto, el presente trabajo se propone describir la evaluación de un curso con una modalidad de taller ofrecido opcionalmente a estudiantes de 5° ó 6° año de la carrera de medicina de la Universidad de Chile por cinco años consecutivos (2006-2010) según la percepción de los mismos participantes. Este curso se basa en tres ejes temáticos intrínsecamente asociados: el manejo de situaciones difíciles (o de reto clínico), la comunicación de malas noticias a paciente y familiares, y el auto-cuidado del profesional. A continuación se describen estos ejes fundamentando el sentido, perspectiva y contenido abordado en el curso-taller.

Situaciones difíciles, comunicación de malas noticias y auto-cuidado

En términos generales, las situaciones difíciles se caracterizan por generar sentimientos de angustia, ineficacia, rechazo, frustración en los profesionales. Identificamos cinco pasos en el abordaje de los "encuentros difíciles": reconocimiento de la dificultad; identificación de la propia reacción (emocional y conductual); comprensión de los sentimientos; conducta y perspectiva del paciente; redefinición de la relación y plan de acción conjunto; y auto-cuidado del profesional.

Hablamos de situación difícil (y no de paciente difícil) porque éste constituye un fenómeno relacional donde las características, perspectivas y expectativas del paciente y del médico se ponen en juego⁹. La comunicación de malas noticias a pacientes y familiares constituye una situación especialmente difícil que provoca intensas emociones en todos los participantes incluyendo a los profesionales^{10,11}.

Si bien permanentemente los médicos comunican malas noticias, la literatura muestra deficiencias y resistencia en la realización de esta tarea¹². La formación médica ha tendido a enfatizar el proceso de sanar y curar más que el de enfrentar las propias limitaciones y las de la medicina. Los equipos de salud rara vez han reflexionado sobre estos temas, delegando los mismos al sentido común y al criterio del profesional. Esto a su vez ha conducido a que cada cual desarrolle sus propias estrategias a partir de la observación de los demás y su experiencia¹³.

La bioética ha contribuido a dar mayor precisión a estas situaciones. Desde la pregunta sobre cuán conveniente es comunicar una verdad desestabilizadora a una persona, se ha dado un vuelco hacia la interrogante sobre cómo comunicarla promoviendo el bienestar de los afectados¹⁴. En esta línea se han elaborado diversas guías para la comunicación de malas noticias en medicina. Por ejemplo, el acrónimo EPICEE elaborado por Baile y Buckman¹⁵, incluye los siguientes pasos: Entorno (preparación personal del profesional y lugar físico); percepción del paciente sobre su condición (qué sabe), Invitación a recibir información (qué desea saber), conocimiento (entrega de información), exploración de emociones y empatía, y estrategia y planificación (el paciente no se quedará solo y tendrá algún grado de control)¹⁵.

Existe acuerdo en que el *manejo de emociones y la actitud empática y contenedora del médico*, es el elemento que en última instancia determina el logro de este proceso¹⁶.

Frecuentemente las propias emociones del profesional obstaculizan su capacidad de contención y empatía. Identificar estas reacciones y manejarlas es, por lo tanto, parte de la tarea. De allí que la identificación y manejo de emociones y defensas sea un aspecto central en el curso realizado, ya sea abordando la comunicación de una mala noticia o cualquier situación clínica que genere dificultad en los estudiantes.

Trabajar con la enfermedad y el sufrimiento es altamente desgastante¹⁷. Los indicadores de salud así como de estrés, burnout y fatiga de compasión en los profesionales de la salud han conducido a la enunciación del hecho paradójico de que quienes se dedican al cuidado de otros tienden a descuidar de su persona¹⁸. De aquí el necesario reconocimiento de la importancia del auto-cuidado de quienes cuidan a otros y de la incorporación permanente de este aspecto en el curso.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción del taller

En el contexto de la reforma curricular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, en el año 1999 se creó el curso de comunicación médica para el 2º nivel de la carrera. Con el objeto de proseguir con esta área formativa, desde el año 2003 se han realizado cursos opcionales de comunicación avanzada integrando las líneas formativas de la bioética, la comunicación y las humanidades médicas.

El curso-taller de comunicación avanzada que presentamos, realizado en los últimos cinco años, aborda el manejo de situaciones difíciles, la comunicación de malas noticias y el auto-cuidado del profesional. El curso es estructurado en tres sesiones de tres horas cronológicas cada una, comenzando por el establecimiento de un marco conceptual común (1ª sesión), prosiguiendo con los desafíos que presenta la interacción con pacientes y familiares (2ª sesión), abordando finalmente aspectos y desafíos personales de los participantes (3ª sesión) (Figura 1).

El curso se propone ofrecer a los estudiantes un espacio de reflexión y desarrollo de habilidades comunicacionales para un enfrentamiento técnica y éticamente apropiado ante situaciones difíciles, como lo es la comunicación de malas noticias a pacientes y familiares, procurando no descuidar a la persona del profesional entendida como la principal herramienta de trabajo en la práctica clínica.

Como objetivos se plantean: ofrecer un espacio de reflexión sobre las experiencias personales, dificultades y estrategias para el manejo de situaciones difíciles y comunicación de malas noticias; identificar y analizar los diversos factores psico-sociales asociados a estas situaciones (incluyendo factores de personalidad, estructura familiar y contexto laboral); conocer y adaptar protocolos de comunicación de malas noticias al contexto nacional (específicamente protocolo de Baile y Buckman¹⁵); desarrollar habilidades de introspección y auto-conocimiento que faciliten el auto-cuidado del profesional y la interacción al interior del equipo de salud.

El curso-taller utiliza una metodología participativa

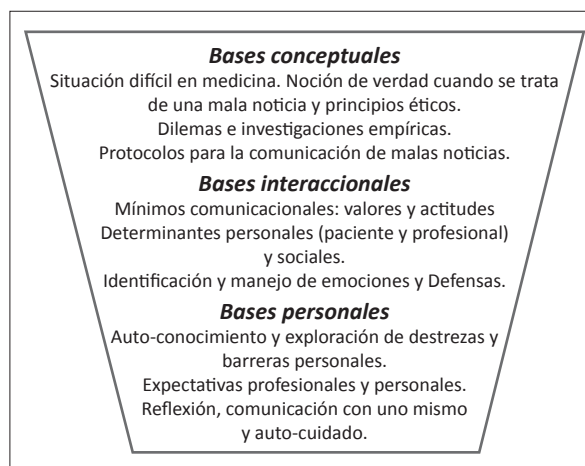


Figura 1. Estructura del curso de comunicación médica.

que estimula permanentemente la involucración activa de los asistentes. Esta metodología se propone favorecer la reflexión personal y grupal mediante diversas actividades y ejercicios incluyendo: discusión de casos, observación de videos y de testimonios de pacientes, juego de roles con pacientes simulados y diversas actividades vivenciales que son complementadas con elementos teóricos y material bibliográfico. La discusión, así como las actividades que se realizan en cada ocasión, son adaptadas a las necesidades, inquietudes y dificultades particulares que emergen en el grupo de asistentes. De este modo, respondiendo a los mismos objetivos descritos, existe variabilidad en las actividades desarrolladas entre los cursos realizados. En todas las ocasiones el curso fue evaluado por los asistentes al finalizar la última sesión.

Muestra e instrumento de evaluación

En la Tabla 1 se describen los 5 cursos-taller considerados en este trabajo, que fueron realizados a lo largo de cuatro años. Cabe destacar que numerosos docentes en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile han contribuido en la realización del curso en diferentes momentos. En esta ocasión se incluyen sólo aquellos cursos que fueron evaluados y donde participó la autora como docente. Se conserva la singularidad de cada curso, aún cuando hayan sido realizados el mismo año para un mismo nivel de la carrera (como en el año 2010). En todas las ocasiones la fundamentación, objetivos y metodología fueron similares, como se describió previamente. En cada ocasión, se distingue el número de los estudiantes que respondieron el instrumento, el nivel de la carrera y la modalidad en que el curso se impartió.

Al finalizar la última sesión del taller se solicitó a los participantes que respondieran en forma anónima un instrumento especialmente diseñado que consiste en una escala Likert de cuatro puntos representando, desde el valor 0 (mínimo) a 4 (máximo), el grado de satisfacción y/o acuerdo respecto a los objetivos, metodología y aprendizaje adquirido (enriquecimiento personal/ profesional) en el taller. Adicionalmente, se incluyó un ítem sobre la utilidad del taller en los años

Tabla 1. Marco muestral

Nº Taller	Año	Nivel de la carrera de medicina	Modalidad	Número de participantes
1	2006	5º año	Optativo	30
2	2007	Internos pediatría Grupo oriente	Parte del internado	21
3	2009	Internos pediatría Grupo oriente	Parte del internado	13
4	2010	5º año	Optativo	32
5	2010	5º año	Optativo	13
Total				109

2007 y 2010 y la calidad de la discusión generada en años 2006-2009. Se solicitó también a los estudiantes que hicieran comentarios respecto a cada uno de los aspectos evaluados en la escala. Si bien este instrumento no fue sometido a un procedimiento de validación formal, mostró ser efectivo en una ocasión previa, por cuanto reflejó la apreciación de los participantes en una dinámica grupal de evaluación independiente.

Se analizaron los resultados descriptivamente, considerando la frecuencia de respuestas para cada nivel de puntuación respecto los ítems evaluados. Luego se analizaron cualitativamente los comentarios para cada uno de los ítems, distinguiendo categorías temáticas a su interior e identificando en cada ocasión la puntuación asociada a cada comentario.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se describe el porcentaje de las respuestas para cada ítem, en cada curso ofrecido. Considerando el total de los 109 estudiantes, observamos que al menos un 76% de los estudiantes en cada curso se considera satisfecho o muy satisfecho (puntuación 3 y 4) con todos los aspectos examinados y que ningún estudiante puntuó insatisfacción en ellos. En relación al número de asistentes a los cursos y el nivel de la carrera de los estudiantes, observamos mínimas diferencias cuantitativas, existiendo sólo una tendencia en el grupo de internos de 6º año a puntuar una menor satisfacción que los alumnos de 5º año en los ítems objetivos y metodología.

Con el objeto de comprender el significado de estas puntuaciones, se describen las categorías temáticas derivadas de todos los comentarios hechos por estudiantes para cada uno de los ítems. Sin embargo, se ilustran con citas sólo los comentarios correspondientes a las más bajas puntuaciones (esto es puntajes 1 y 2, en una escala de 0 a 4).

Objetivos

Se distinguen dos aspectos en los comentarios sobre este ítem: adecuación y grado de cumplimiento de los objetivos. En general se perciben como adecuados los objetivos, valorando especialmente la atención

dada a sus vivencias y la posibilidad de conocer y compartir experiencias con sus compañeros. Los comentarios asociados a los menores puntajes se asocian al cumplimiento de los objetivos. En el caso de estudiantes de 5º año, éstos aluden a aspectos más bien metodológicos. “Se logró llegar mejor a los objetivos con el análisis de los role playing (puntaje 2, 2006)”. “Esperaba que nos entregaran cosas más objetivas, una especie de receta (puntaje 2, 2006)”.

Por su parte, los internos cuestionan la cantidad de objetivos dada la extensión del curso y la falta de este tipo de instancias en la carrera. “Pretenden abarcar muchos aspectos descuidados de nuestra persona a lo largo de la carrera, si existieran más instancias como ésta se podrían acotar” (puntaje 2, 2007). “No me queda claro el objetivo de este taller pues a unos meses de salir de nuestro primer año de internado hay muchas situaciones que ya fueron vividas por la razón o la fuerza” (puntaje 2, 2007). “El programa debe rehacerse, realizarlo en más jornadas completas y no en las tardes” (puntaje 1, 2007).

Metodología

Se distinguen cuatro temáticas que aparecen indistintamente en estudiantes de 5º y 6º año: ejercicios prácticos, diálogo y participación, trabajo personal y condiciones estructurales. Los ejercicios prácticos, especialmente con actores, fue el aspecto mejor evaluado. Al respecto se destaca el trabajo de identificación y manejo de emociones y mecanismos de defensa. Esto también se observa en los puntajes más bajos. “No encontré que se lograra mucho con las conversaciones, en cambio la tercera sesión con role playing fue muy provechosa” (puntaje 1, año 2006). “No tanta teoría, más actividad práctica, role playing” (puntaje 2, año 2007). “Más instancias prácticas donde uno tenga que ejercitar más viendo que le pasa al paciente y a uno” (puntaje 2, 2010^a).

El diálogo y participación activa de los alumnos fue destacado positivamente por la mayoría, sin embargo para algunos fue difícil. “Personalmente me cuesta hablar en público y más aún sentados en círculo” (puntaje 2, año 2006). “A mí no me agrada la metodología de tener que participar, me cuesta mucho” (puntaje 2, 2009). Por otra parte, frecuentemente se solicita un trabajo aún más personalizado. “Faltó algo más individualizado” (puntaje

Tabla 2. Porcentaje de respuestas para cada ítem en cada curso ofrecido

Ítems	Año	0	1	2	3	4	total
Objetivos del curso	06	-	-	13,0	37,0	50,0	
	07	-	4,7	19,0	19,0	57,0	
	09	-	-	-	53,8	46,2	
	10a	-	-	-	25,0	75,0	
	10b	-	-	-	23,0	77,0	
	total			0,9	7,3	30,2	61,5
Metodología empleada	06	-	3,0	3,0	41,0	53,0	
	07	-	-	14,0	38,0	48,0	
	09	-	-	15,3	15,3	69,2	
	10a	-	-	3,1	25,0	71,9	
	10b	-	-	-	38,0	62,0	
	total	-	0,9	6,0	32,0	61,0	100
Aprendizaje adquirido (enriquecimiento personal/ profesional)	06	-	-	10,0	47,0	43,0	
	07	-	4,7	4,7	23,0	67,0	
	09	-	-	7,6	46,2	46,2	
	10a	-	3,1	6,25	43,8	46,9	
	10b	-	-	-	54,0	46,0	
	total	-	1,8	6,0	42,2	50,0	100
Utilidad del taller (años 2007 y 2010)/ Calidad de la discusión generada (años 2006-2009)	06	-	-	10,0	14,0	76,0	
	07	-	-	-	5,0	95,0	
	09	-	-	-	23,0	77,0	
	10a	-	-	3,1	12,5	84,4	
	10b	-	-	-	-	100	
	total			3,7	11,0	85,3	100

2, año 2007). “Mayor trabajo personal, donde uno vea las dificultades propias en cada caso” (puntaje 3 año 2010b). Comentarios respecto a las condiciones estructurales incluyen características de la sala y de duración del curso. “Auditorio inadecuado” (puntaje 2, 2007). “El tiempo es muy reducido”, “debería durar más para profundizar y abarcar más situaciones” (puntaje 2, 2010^a).

Aprendizaje adquirido

Se distinguen comentarios referidos a tres aspectos: elementos considerados especialmente beneficiosos, necesidad de proseguir con esta área formativa y enriquecimiento profesional y personal. Este último incluye la valoración del conocimiento de las experiencias y puntos de vista de los demás; de la comprensión del paciente como una persona integral y de la reflexión y cuidado personal.

Nuevamente entre los aspectos más beneficiosos se menciona el juego de roles, constituyendo también el tema de algunas bajas puntuaciones. “Si bien adquirí más conocimientos, siento que con más role playing hubiera aprendido más” (puntaje 2, 2006). “Pensé que iba a aprender más cosas prácticas, faltó más ejercicios de role playing” (puntaje 2, 2006).

El resto de las puntuaciones bajas se asocian a expectativas no satisfechas y la necesidad de este tipo de instancias. “Uno se hace muchas preguntas sobre uno mismo pero yo no encontré muchas respuestas” (puntaje 1, 2007). “Sirve para reflexionar y ver qué quiero o necesito cambiar” (puntaje 2, 2007). “Buenas herramientas para el trabajo y la vida, pero nos falta mucho por aprender” (puntaje 2, 2009) “Siento que no adquirí las herramientas necesarias, las líneas generales las tengo pero me falta tener un esquema concreto” (puntaje 1, 2010).

Utilidad del taller y Calidad de la discusión generada

Existe acuerdo entre los estudiantes sobre la utilidad y necesidad del curso. Los menores puntajes se refieren nuevamente a la oportunidad y duración del curso, indicando frecuentemente la necesidad de prolongarlo o bien ofrecerlo también en distintos momentos de la carrera. “Encuentro que es muy útil pero podría sacarse más provecho, podría ser más largo” (puntaje 2, 2010^a). “Mal ubicado dentro de la carrera, debería hacerse antes del internado, a esta altura hay poco que hacer” (puntaje 3, 2007).

En relación a la discusión generada, se valora el tener la posibilidad de dar opiniones y ser escuchados. Los

menores puntajes indican, por un lado, la frustración de la expectativa de llegar a conclusiones definitivas y por otro, la valoración de la práctica por sobre la discusión teórica. *“Influye demasiado la personalidad de los participantes, no se puede generar una discusión que sea terminante”* (puntaje 2, 2006). *“En las dos primeras sesiones la discusión fue fome, pero con los role playing la discusión mejoró mucho”* (puntaje 2, 2006).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos constatan la necesidad y utilidad de este tipo de instancias formativas. La mayor parte de los comentarios de los estudiantes, para todos los ítems evaluados, fueron positivos, independientemente de la puntuación asociada. Esto permitió citar sólo las opiniones correspondientes a las más bajas puntuaciones, ya que éstas se asocian a expectativas, necesidades y frustraciones más que a un cuestionamiento, insatisfacción o descontento con el curso.

Podemos identificar ciertas temáticas que se repiten en los comentarios para los diferentes ítems. Los participantes de estos cursos valoran la atención dada a sus vivencias, opiniones y cuidado personal; la posibilidad de compartir experiencias con sus compañeros y conocer sus puntos de vista; y el trabajo práctico por sobre el teórico, en especial los ejercicios de juego de roles con actores. El trabajo con pacientes simulados se centra en la identificación y manejo de emociones en dos sentidos: disponer de herramientas para identificar mecanismos defensivos y manejar procesos emocionales del paciente y familiares; e identificar y procesar las propias reacciones emocionales promoviendo el auto-conocimiento y auto-cuidado. Los estudiantes valoran esta actividad, así como el enfoque integral de la persona del paciente y de la persona del estudiante.

Consideramos que el permitir experimentar reacciones emocionales en el “aquí y ahora”, ante un paciente simulado, es un aspecto central del taller. Podemos por ejemplo hablar de empatía o redactar comentarios empáticos, pero esto no implica que experimentemos la empatía con otro. Sólo enfrentando situaciones concretas tenemos la posibilidad de enfrentar las dificultades para empatizar o contener a un paciente por ejemplo enojado, angustiado o negador. Esta experiencia permite a los participantes detenerse a pensar (en vez de actuar o reaccionar) e intentar comprender el significado (mensaje comunicacional) del comportamiento y emociones del paciente así como sus propias reacciones ante el mismo.

Sin embargo, este curso muestra importantes limitaciones. Los participantes expresan que los objetivos del curso son ambiciosos o bien la duración del mismo insuficiente. En efecto, el curso logra abrir ciertos

temas, pero en tres sesiones no los aborda lo profunda y extensamente que se desearía. Los asistentes expresaron su deseo de participar en un trabajo más personalizado y revisar una mayor variedad de situaciones. Considerando que en la actualidad estos cursos no son evaluados, es posible plantearse que en un futuro lo fueran, mediante una instancia de aprendizaje personalizado, donde todos los estudiantes participen en un juego de roles con un paciente simulado.

Algunas expectativas no satisfechas de los asistentes se asocian a la frustración de no adquirir respuestas definitivas, esquemas concretos, pautas prácticas. Efectivamente, aún cuando en el curso se revisan pautas y guías de habilidades de comunicación, éstas se consideran orientaciones generales, que deben ser adaptadas a cada caso, enfatizando la importancia del criterio, prudencia y juicio del estudiante. En este sentido, se integra intencionalmente una perspectiva actitudinal a la enseñanza de habilidades comunicacionales, aún cuando ello resulte más difícil y complejo. Consideramos, como señalan Zoppi y Epstein (2002), que la enseñanza de la comunicación resulta superficial cuando las emociones, pensamientos, valores y experiencias se reducen a habilidades observables o pautas conductuales¹⁹.

Si bien no se observaron diferencias en los comentarios de los estudiantes según el número de asistentes a los cursos, sí existieron de acuerdo al nivel de la carrera. En este respecto, es importante resaltar la opinión de los internos, que tienden a expresar una suerte de queja por la falta de este tipo de instancias con anterioridad en su formación. Considerando que la situación de los estudiantes de 5º año y de los internos es muy diferente, es necesario replantearse los objetivos de los futuros cursos. Los internos reportan encontrarse en un momento especialmente desgastante y frustrante de su carrera y en efecto, desde el punto de vista docente, este curso resulta más catártico que formativo para ellos.

Por último, dos importantes limitaciones del trabajo y del curso provienen de su carácter optativo. Primero, los resultados de este trabajo pueden estar sesgados, en tanto la muestra integra a aquellos estudiantes que se interesaron por participar en el curso. Un curso obligatorio permitiría conocer la percepción y experiencia de aquellos que no participan voluntariamente. Sin embargo, la experiencia internacional muestra dificultades sustanciales a la hora de insertar este tipo de programas en el curriculum de la carrera de medicina. En ocasiones existe falta de apoyo institucional, escasez de recursos humanos, o dificultades de estructura organizacional y financiamiento⁵. En nuestro caso, es gracias a la disposición, interés y apoyo institucional, que se han podido realizar estos cursos pese a la sobrecarga curricular. Sin embargo, el carácter actualmente optativo del curso da a los estudiantes el mensaje “comunicacional” que estos temas aún son considerados por las autoridades como accesorios, secundarios, “optativos”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697-700.
2. Deveugele M, y cols. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Education and Counseling* 2005; 58(3): 265-270.
3. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication skills in medicine*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
4. Lloyd M, Bor R. *Communication skills for medicine*. Londres: Editorial Churchill Livingstone, 2001.
5. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282(9): 833-839.
6. Epstein RM. Comunicación en el Siglo XXI, I Simposium de Comunicación en Salud. Santiago-Chile, Noviembre, 2005.
7. Laidlaw TS, y cols. Implementing a communication skills programme in medical school: needs assessment and programme change. *Medical Education* 2002; 36(2): 115-124.
8. Schofield, y cols. Development of a core communication curriculum. Presentación en International Conference on Communication in Healthcare, Warwick, Inglaterra, 2002.
9. Ungar L, y cols. Braking bad news: structured training for family medicine residents. *Patient Education and Counseling*, 2002; 48(1): 63-68.
10. Buckman R. *Difficult conversations in medicine*. Maryland, U.S.A: John Hopkins University press, 2010.
11. Hooberman RE, Hooberman BM. *Managing the difficult patient*. EEUU, Boston: Psychosocial press, 1998.
12. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *Lancet* 2004; 363(9405): 312-319.
13. Bascuñán ML, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicación de malas noticias. Un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra* 2007; 51(2): 28-31.
14. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Rev Med Chile* 2005; 133(6): 693-698.
15. Baile W, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale E, Kudelka P. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5(4): 302-311.
16. Brewin T. *Relating to the Relatives. Breaking bad news, communication and support*. New York: Radcliffe Medical Press, 1996.
17. Wolfberg E. *Prevención en salud mental*. Ed. Lugar, Buenos Aires, 2002.
18. Gracia D. *Medice cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios*. Discurso sesión inaugural Real Academia Nacional de Medicina de España, 2004.
19. Zoppi K., Epstein RM. Is communication a skill? Communication behaviors, and being in relation. *Fam Med* 2002; 34(5): 319-324.

Correspondencia

Depto. Psiquiatría Oriente,
 Facultad de Medicina,
 Universidad de Chile.
 Avda. Salvador 486, Providencia.
 Santiago, Chile.
 mlbascunan@gmail.com

Perfil valórico de estudiantes de medicina de 1º a 5º año de la sede Viña del Mar Universidad Andrés Bello

PETER MC COLL C.¹

RESUMEN

Los objetivos de la investigación fueron: analizar el perfil valórico en estudiantes de medicina (1º a 5º año) de la Universidad Andrés Bello Sede Viña del Mar, determinar si el perfil valórico presenta diferencias en los estudiantes de medicina en los distintos cursos, determinar si existe alguna diferencia en el perfil valórico según género, comparar los perfiles valóricos de los estudiantes que han tenido estudios universitarios previos con aquellos que han ingresado directamente a la carrera desde la enseñanza media y describir la relación entre el nivel de religiosidad y el perfil valórico de los estudiantes. **Material y Método:** El estudio se efectuó en el total de estudiantes regulares de medicina de primer a quinto año de la Escuela de Medicina (85 hombres (52,8%) y 76 mujeres (47,2%)). Se aplicó Inventario de valores de Schwartz, la religiosidad fue evaluada con cuestionario de J. Samuel Valenzuela, Timothy R. Scully, C.S.C. y Nicolás Somma. **Resultados:** Los valores que presentaron los promedios más altos fueron: Benevolencia, Autodirección, Universalismo y Conformidad; los promedios más bajos fueron: Poder y Tradición. El perfil valórico fue similar en los 5 cursos estudiados. El análisis según género mostró diferencias estadísticamente significativas en: Poder ($p = 0,001$); Estímulo ($p = 0,005$); Tradición ($p = 0,040$); y Logro ($p < 0,001$); todos ellos mayores en género masculino. Comparando quienes reportaron y no reportaron estudios universitarios previos al ingreso de la carrera de medicina, mostró diferencias estadísticamente significativas para los valores: Universalidad ($p = 0,008$), Autodirección ($p = 0,002$) y Conformidad ($p = 0,019$), presentando éstos las medias más altas en el grupo con estudios universitarios previos, mientras que el valor Seguridad ($p = 0,005$) presentó la media más alta en el grupo sin estudios universitarios previos. La comparación entre promedios, según religiosidad, mostró diferencias estadísticamente significativas con: Hedonismo, Estímulo, Benevolencia, Tradición y Conformidad. **Conclusiones:** El perfil valórico en estos estudiantes de medicina corresponde a un perfil concordante con el que se espera de un médico. Los varones se diferencian de las mujeres en los valores relacionados con el éxito personal, obtener prestigio social, ser tradicionalistas y la búsqueda de la novedad y los desafíos en la vida. El análisis del perfil valórico según la madurez (experiencia universitaria previa), muestra un perfil en los estudiantes con mayor madurez con puntajes mayores para los dominios de Autodirección y el Universalismo, ambos valores compatibles. El conocer el perfil valórico de nuestros estudiantes, nos permitirá entender y conocer de mejor forma sus reacciones, sus formas de relacionarse con los pacientes y con sus profesores, constituyéndose en un aspecto muy importante en el desarrollo del sello de la escuela de medicina, especialmente en una escuela nueva acreditada, en vías de reacreditación y de tener su primera promoción de médicos.

Palabras clave: Valores, Educación médica, Estudiantes medicina.

SUMMARY

Values of medical students from 1st to 5th year of the Universidad Andrés Bello Viña del Mar

The objectives of this study were to: analyze the values profile of medical students (1st to 5th year) of the Universidad Andrés Bello of Viña del Mar, determine if the values profile presents differences in medical students of different courses, determine if any differences exist according to gender, compare the values profile of students who previously studied at the university level with those who entered directly into the degree course from high school, and describe the relationship between the level of religiosity and the value profile of the students. **Material and Methods:** The complete study was conducted in regular medical students in their first through fifth year of medical school, 85 men (52.8%) and 76 women (47.2%). Schwartz' inventory of values was applied, and religiosity was assessed with J. Samuel

Recibido: el 02/09/10, Aceptado: el 08/11/10.

¹ Médico cirujano Universidad de Concepción, Magíster en Planificación en Alimentación y Nutrición Universidad de Chile, Master in Science in Epidemiology University of London, Magíster © en Educación Médica para Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina, Carrera de Medicina, Sede Viña del Mar Universidad Andrés Bello.

Valenzuela, Timothy R. Scully, CSC and Nicolás Somma's questionnaire. **Results:** The values that showed the highest averages were: Benevolence, Self-direction, Universality and Conformity, and the lowest averages were: Power and Tradition. The value profile was similar in all 5 courses studied. The analysis according to gender showed statistically significant difference in: Power ($p = 0.001$), Stimulation ($p = 0.005$), Tradition ($p = 0.040$) and Achievement ($p < 0.001$), all of which were higher in males. The comparison of those who did and did not previously study at the university level, before entering into the medical degree course, showed statistically significant difference for the following values: Universality ($p = 0.008$), Self-direction ($p = 0.002$) and Conformity ($p = 0.019$), with the group with previous university study showing higher means, while the Security value ($p = 0.005$) had the highest average in the group without previous university studies. The comparison of averages by religiosity showed statistically significant difference in: Hedonism, Stimulation, Benevolence, Tradition and Conformity. **Conclusion:** The value profile of these medical students corresponds to a profile consistent with that expected of a medical doctor. Men differ from women in the values related to achieving personal success, achieving social prestige, being traditionalist and pursuing novelty and challenges in life. The analysis of the values profile according to maturity (pre-university experience) shows a profile in which more mature students have higher scores in the domains of self-direction and universalism, both compatible values. Knowing the value of our student profile will allow us to better understand and be familiar with their reactions and their ways of interacting with patients and with their teachers, which is becoming a very important aspect in the development of the seal of the medical school, specially in a new school accredited within the process of re-accreditation and about to graduate its first promotion of medical doctors.

Key words: Values, Medical education, Medical students.

INTRODUCCIÓN

La medicina, en cuanto carrera profesional universitaria, con el paso del tiempo ha experimentado una serie de procesos tendientes a una deshumanización¹. Por otra parte, el desarrollo de los valores esenciales de la persona ha de ser cultivado progresivamente desde el seno familiar y también en el propio entorno cultural. Estos valores, en su conjunto, constituyen o dan forma a un plano más elevado de espiritualidad armónica².

Diversos autores han demostrado que los valores humanos son posibles de ser modificados y moldeados, no sólo por la familia, sino que también por los profesores. Por tanto, no basta sólo conocer los perfiles valóricos actuales de nuestros alumnos, sino que también resulta importante definir dominios actitudinales y valóricos a desarrollar en su proceso formativo profesional³.

La adquisición de actitudes y valores es un proceso que se inicia antes que los alumnos ingresen a la escuela, siendo la familia el lugar donde éste comienza, el que luego se complementará en la escuela, con la influencia de los amigos y los medios de comunicación⁴.

Los profesores cuentan con tres instrumentos para influir en las actitudes y valores de los estudiantes: la información, los métodos didácticos y su propio ejemplo⁵.

En este ámbito, las competencias referidas a actitudes están relacionadas con la forma de afrontar las relaciones interpersonales, los objetos y las situaciones relacionadas al trabajo a efectuar, tales como la motivación personal, el compromiso, las formas de tratar a los demás, la capacidad de adaptación, entre otras. Otro grupo lo constituyen las competencias de actitudes existenciales y éticas, tales como la capacidad de ver las consecuencias de las propias acciones profesionales, la capacidad de análisis crítico de su actuar, la existencia de un proyecto personal, la adquisición de valores humanísticos y un compromiso social y ético⁶.

Para Schwartz y Bilsky (1987), "valor" es el concepto que tiene un individuo de un objetivo (terminal – instrumental) transituacional, que expresa intereses

(individuales, colectivos o ambos) concerniente a un dominio motivacional (placer, poder...); plantearon que cada valor expresa un objetivo motivacional, que dependiendo de la naturaleza del objetivo, se puede llegar a establecer en una estructura general⁷.

Los valores son agrupables, a su vez, en 10 dominios motivacionales, que pueden clasificarse en valores *colectivistas* (predominan en una sociedad, están relacionados con la atención a los intereses de la comunidad como conjunto); valores *individualistas* (se valoran aquellos aspectos que están relacionados con el desarrollo y éxitos personales), y *mixtos*⁸.

Valores colectivos:

- **Poder:** Posición y prestigio social, control o dominio sobre personas o recursos.
- **Logro:** Se refiere al éxito personal como resultado de demostrar competencia, de acuerdo a las normas culturales.
- **Hedonismo:** Placer o gratificación sensual.
- **Estimulación:** Excitación, variedad, novedad y desafíos en la vida.
- **Autodirección:** Independencia en la acción y en el pensamiento.

Valores individuales:

- **Benevolencia:** Preocupación por el bienestar de la gente con la que uno está en contacto personal frecuente. Es decir, con gente próxima con la que interactuamos cotidianamente, más que con todas las demás personas.
- **Tradición:** Respeto a compromiso con y aceptación de las costumbres e ideas que la cultura o la religión imponen a la persona.
- **Conformidad:** Limitación de las acciones, inclinaciones e impulsos que pueden trastornar/inquietar o dañar a otros y violar expectativas o normas sociales. Autolimitación en la interacción cotidiana con personas cercanas.

Valores mixtos:

- **Seguridad:** Seguridad, armonía y estabilidad en la sociedad, en las relaciones interpersonales y en la persona.
- **Universalismo:** Comprensión, aprecio, tolerancia y protección del bienestar de toda la gente y de la Naturaleza⁹.

En el presente estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

- Existen diferencias en el perfil valórico de los estudiantes de medicina de la Universidad Andrés Bello Sede Viña del Mar, según el nivel de la carrera que estén cursando.
- Existen diferencias en el perfil valórico, según género en estos estudiantes.
- El perfil valórico de los estudiantes que han tenido estudios universitarios previos, difiere de aquellos que han ingresado directamente a la carrera desde la enseñanza media.
- Existen diferencias en el perfil valórico de los estudiantes asociados a la religiosidad de los sujetos.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se efectuó en el total de estudiantes regulares de medicina de primer a quinto año de la Escuela de Medicina de la Universidad Andrés Bello Sede Viña del Mar. El grupo estudiado estuvo compuesto por 85 hombres (52,8%) y 76 mujeres (47,2%); su edad promedio fue de 21 años con una desviación estándar de 2,5 años. Se efectuó un estudio descriptivo de corte transversal.

Se aplicó al 100% de los estudiantes regulares de medicina el Inventario de valores de Schwartz traducido al español y adaptado en Chile por Saiz y Castullo. Este cuestionario, basado en la concepción de valor de Shalom Schwartz, está compuesto por dos listados de valores: uno de 30 valores terminales y otro de 16 valores instrumentales, los que son evaluados de acuerdo al grado de importancia que representa para la persona, como principio guía de su vida, utilizando una escala de ocho

dígitos (-1, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7), siendo -1 lo opuesto a sus valores y 7 de suprema importancia¹⁰.

Se verificó la confiabilidad interna de esta escala a través del Coeficiente Alpha de Cronbach. Para las escalas en el Inventario de Valores de Schwartz, los valores encontrados fueron 0,71 en la escala de Poder; 0,66 en Hedonismo; 0,56 en Autodirección; 0,61 en Conformidad; 0,73 en Estímulo; 0,47 en Seguridad; 0,60 en Tradición; 0,44 en Logro; 0,56 en Benevolencia, y 0,66 en Universalismo. El instrumento total obtuvo un valor de 0,72.

La religiosidad fue evaluada a través de un cuestionario validado en población general de los centros urbanos de Chile, Argentina, Brasil, Colombia, Perú, México y Guatemala por J. Samuel Valenzuela y cols¹¹. El cuestionario está compuesto por 5 ítems. Los autores definieron los valores menores o iguales al percentil 25, como baja religiosidad, los puntajes mayores o iguales al percentil 75 como alta religiosidad y los puntajes entre ambos percentiles como mediana religiosidad.

La confiabilidad interna de esta escala medida con el Coeficiente Alpha de Cronbach fue de 0,85.

La aplicación de los inventarios se realizó previo consentimiento informado.

Para el análisis de los datos se utilizó el software computacional SPSS 10.0, calculándose estadísticas descriptivas: porcentajes, medidas de tendencia central, medidas de dispersión. Para el análisis estadístico de diferencias de promedio, se utilizó análisis de varianza ANOVA. Para efectuar comparaciones múltiples, se utilizó prueba post-hoc de Tukey. El nivel de significancia estadística se fijó en un 95%.

RESULTADOS

La Tabla 1 presenta las medias aritméticas obtenidas para los diez tipos de valores del inventario de Schwartz; los valores que presentaron los promedios más altos fueron: Benevolencia, Autodirección, Universalismo y Conformidad; los promedios más bajos fueron: Poder y Tradición.

Al comparar el perfil valórico de cada curso entre sí, se

Tabla 1. Puntaje del inventario de Valores de Schwartz.

Valores	Media	Desviación Estándar	P
Poder	2,41	1,28	0,829
Logro	4,09	1,22	0,077
Hedonismo	3,59	1,33	0,763
Estímulo	3,67	1,39	0,646
Autodirección	4,87	0,74	0,823
Universalismo	4,60	0,77	0,903
Benevolencia	5,01	0,71	0,179
Tradición	3,03	1,1	0,351
Conformidad	4,40	0,91	0,444
Seguridad	4,02	0,95	0,962

Tabla 2. Puntajes (media) del inventario de Valores de Schwartz según género.

Valores	Género		Valor de p
	Masculino n = 85 media	Femenino n = 76 media	
Poder	2,71	2,05	0,001
Logro	4,41	3,73	0,001
Hedonismo	3,71	3,46	0,229
Estímulo	3,95	3,34	0,005
Autodirección	4,97	4,75	0,067
Universalismo	4,59	4,61	0,867
Benevolencia	4,91	5,12	0,079
Tradición	3,19	2,84	0,044
Conformidad	4,49	4,28	0,151
Seguridad	4,12	3,90	0,140

Tabla 3. Puntaje del inventario de Valores de Schwartz, según antecedente de estudios universitarios previos.

Valores	Estudios universitarios previos		Valor de p
	Sin estudios universitarios n = 114 (media)	Uno o más años de estudios n = 47 (media)	
Poder	2,32	2,70	0,229
Logro	4,05	4,42	0,201
Hedonismo	3,45	4,00	0,085
Estímulo	3,55	3,41	0,661
Autodirección	4,76	5,28	0,002
Universalismo	4,51	4,97	0,008
Benevolencia	5,01	5,00	0,933
Tradición	2,98	3,38	0,118
Conformidad	4,34	4,82	0,019
Seguridad	4,90	4,52	0,005

encontró que no presentaban diferencias estadísticamente significativas. El perfil valórico fue similar en los 5 cursos estudiados.

La Tabla 2 presenta las medias aritméticas obtenidas para los diez tipos de valores del inventario de Schwartz según género. El análisis estadístico mostró diferencias estadísticamente significativas en: Poder ($p = 0,001$); Estímulo ($p = 0,005$); Tradición ($p = 0,04$); y Logro ($p < 0,001$); todos ellos mayores en género masculino.

La Tabla 3 muestra la distribución de las medias de los valores, comparando quienes reportaron y no reportaron estudios universitarios previos al ingreso de la carrera de medicina. Este análisis mostró diferencias estadísticamente significativas para los valores: Universalidad ($p = 0,008$), Autodirección ($p = 0,002$) y Conformidad ($p = 0,019$), presentando éstos las medias más altas en el grupo con estudios universitarios previos,

mientras que el valor Seguridad ($p = 0,005$) presentó la media más alta en el grupo sin estudios universitarios previos.

La intensidad de la religiosidad fue agrupada en tres categorías, las que fueron definidas según los percentiles 25 y 75. De esta manera, las categorías quedaron definidas como sigue: baja Religiosidad = 0 a 2 puntos; mediana Religiosidad = 3 a 7 puntos y alta Religiosidad = 8 y 13 puntos.

La Tabla 4 muestra las medias aritméticas de los valores según el grado de Religiosidad.

La comparación entre promedios según religiosidad utilizando análisis de varianza (ANOVA), mostró diferencias estadísticamente significativas, con: Hedonismo, Estímulo, Benevolencia, Tradición y Conformidad. Para poder establecer entre qué grupos existían diferencias significativas, se practicó una prueba

Tabla 4. Puntajes del Inventario de Valores de Schwartz según intensidad de Religiosidad

Valores	Religiosidad			Valor de p
	Baja (0 a 2 puntos) n = 48	Mediana (3 a 7 puntos) n = 67	Alta (8 a 13 puntos) n = 46	
Poder	2,4	2,50	2,26	0,635
Logro	4,15	4,10	4,00	0,842
Hedonismo	3,87	3,84	2,94	0,001
Estímulo	3,98	3,70	3,27	0,043
Autodirección	4,90	4,86	4,82	0,868
Universalismo	4,66	4,58	4,57	0,818
Benevolencia	4,77	5,03	5,21	0,013
Tradición	2,64	2,96	3,52	0,001
Conformidad	4,20	4,31	4,71	0,014
Seguridad	3,82	4,02	4,20	0,148

post-hoc de Tukey. Ésta evidenció que los sujetos del grupo con alta religiosidad presentaban niveles de Benevolencia, Tradición y Conformidad significativamente mayores que los del grupo con baja religiosidad. El grupo de alta religiosidad presentó promedios de Tradición y Conformidad significativamente mayores que el grupo de mediana religiosidad. Los sujetos con baja religiosidad presentaban niveles de Hedonismo y Estímulo significativamente mayores que el grupo con alta religiosidad.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se planteó determinar si el perfil valórico varía en los estudiantes de medicina de la Universidad Andrés Bello Sede Viña del Mar, en sus diferentes años de estudio, planteando como hipótesis que sí existirían diferencias en sus perfiles valóricos, hipótesis que ha sido negada a la luz de los resultados obtenidos.

En el estudio realizado en el año 2009 por Navarro G. y cols¹², en estudiantes de 1º año y 7º año de medicina de la Universidad de Concepción, el perfil valórico fue similar al del presente estudio. Los puntajes promedios más altos son iguales en ambos: 1º lugar Benevolencia, 2º lugar Autodirección y 3º lugar Universalismo. También, en ambas investigaciones, el puntaje promedio más bajo lo obtuvo el valor poder. Estos resultados contrastan con uno efectuado en el año 2009 en estudiantes de psicología en Lima Perú, en donde el puntaje más alto lo obtuvo el Poder y en segundo lugar la Tradición¹³. Tales resultados sugieren que los estudiantes de escuelas de medicina en Chile, podrían tener un perfil valórico similar, pero a su vez diferente al de estudiantes de Psicología peruanos. Tal vez esto pueda deberse a la influencia de variables sociales y culturales.

Resulta interesante observar que las tres primeras preferencias de importancia valórica corresponden

a valor individual (Benevolencia), valor colectivo (Autodirección) y valor mixto (Universalismo); por otra parte, el Poder aparece en último lugar, demostrando que el Auto-engrandecimiento, es un dominio que para los estudiantes de medicina de nuestra escuela representa menor importancia en sus vidas. Estos hallazgos plantean un gran desafío a los profesores, puesto que están trabajando con personas que, a la luz de los resultados de este trabajo, tienen un excelente sustrato de intencionalidad valórica. Nos parece que, bien dirigido y estimulado, podrían constituir una excelente base para la formación de médicos con perfiles más humanistas, perfil que hoy es claramente demandado por la sociedad.

Resultó interesante determinar posibles diferencias en el perfil valórico según género en estos estudiantes, demostrando que efectivamente las hubo, específicamente en los valores colectivos Poder, Estímulo y Logro, además del valor individualista Tradición: todos ellos presentaron mayor importancia para el género masculino. Por tanto, en el caso de los hombres, el auto-engrandecimiento es claramente más importante que para las mujeres. Llama la atención que la Tradición (Conservación) sea un valor de mayor importancia para el género masculino, dado que históricamente, este ha sido un valor vinculado más al género femenino.

Al estudiar las diferencias de la variable género, las mujeres presentaron un ordenamiento de importancia valórica igual en los cuatro primeros valores que el estudio efectuado en Concepción¹². En primer lugar se ubicó la Benevolencia, en segundo lugar la Autodirección, en tercer lugar en Universalismo y en cuarto lugar la Conformidad. Por el contrario, en los hombres hubo diferencia en el ordenamiento: En el presente estudio, en primer lugar estuvo el valor Autodirección, segundo lugar Benevolencia, en tercer lugar Universalismo y cuarto la Conformidad; en cambio, en el estudio de Concepción, en primer lugar se ubicó Benevolencia, seguida por Autodirección, en tercer lugar se ubicó Hedonismo y en cuarto lugar el Universalismo. Contrasta

el Hedonismo, que en los varones del presente estudio se ubicó en 8º lugar. En ambos grupos el poder está en décimo (último) lugar. En los dos estudios la Benevolencia, la Autodirección, el Universalismo y la Conformidad aparecen con puntuaciones muy altas y muy similares en ambos géneros, dando a entender que los estudiantes de medicina de ambos estudios otorgan gran importancia al autotrascender y escasa importancia al auto-engrandecimiento. Ambos dominios serían considerados por ellos como deseables en el perfil valórico de un médico.

Al comparar los perfiles valóricos de los estudiantes que han tenido uno o más estudios universitarios previos con aquellos que han ingresado directamente a la carrera desde enseñanza media, se observó que los puntajes en los valores de Autodirección (independencia en la acción y en el pensamiento), Universalismo (comprensión, aprecio, tolerancia y protección del bienestar de toda la gente y de la naturaleza) y Conformidad (énfasis en la estabilidad), aumentaban significativamente en el grupo con uno o más años de estudios universitarios previos. Este hallazgo estaría mostrando que la experiencia académica previa (madurez) sí es un factor que está asociado al perfil valórico. Esta asociación se encuentra documentada en el estudio de cohorte efectuado por Carrasco E. y Osses¹⁴, 2008, el que muestra un cambio en el perfil valórico de estudiantes de obstetricia y puericultura, hecho que estaría mostrando que la madurez sí constituye un factor importante en relación al perfil valórico. La media de edad del grupo sin estudios universitarios previos fue de 20,3 años con una desviación estándar de 1,65 y en el grupo con estudios previos, la media fue de 22,9 años con una desviación estándar de 3,13 años, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$).

Dado que la Religiosidad no constituye un valor universal, resulta interesante describir la asociación entre el nivel de Religiosidad y el perfil valórico de estudiantes, estableciendo como una hipótesis del estudio, que sí existirían diferencias en el perfil valórico de los estudiantes asociadas a la Religiosidad de los sujetos.

Los resultados muestran que la Religiosidad genera diferencias en los perfiles valóricos. La Benevolencia, la Conformidad y la Tradición se asocian a mayores puntajes de religiosidad; por el contrario, el Logro y el Hedonismo, se asocian al grupo con menor puntaje de Religiosidad.

Los estudiantes que presentaron mayores puntajes de Hedonismo (placer y gratificación sensorial) y Estímulo (excitación, variedad, novedad y desafíos en la vida), correspondían a aquellos con menores puntajes de religiosidad, hecho que es concordante. A su vez los estudiantes con mayor puntaje en Conformidad, Tradición y Benevolencia, presentaron también altos puntajes de religiosidad en forma significativa, hecho que también es concordante. Tanto la Conformidad como la Tradición son valores que corresponden al área de conservación, es decir, énfasis en la estabilidad y conservadurismo; la Benevolencia es un valor del área de la autotrascendencia.

La religiosidad presentó diferencias significativas al estratificar los resultados según género en los valores Hedonismo, Estímulo, Conformidad, Tradición y Benevolencia. Para el análisis entre las categorías de

religiosidad y género se efectuó un estudio post-hoc de Tukey, evidenciando en el género masculino las mayores diferencias. Esto permitió demostrar que en el caso de los varones, a mayor Hedonismo, se aprecia menor religiosidad; lo mismo se observó para Conformidad, y Tradición. Para la Benevolencia solamente se observó diferencias en los grupos extremos de religiosidad. En el género femenino, se observó que a mayor religiosidad existe menor Hedonismo, diferencia que sólo es significativa al comparar el grupo de mediana con alta religiosidad. El mismo comportamiento ocurrió en el análisis de Tradición.

En un estudio efectuado por García J., se encontró que la religiosidad está asociada a perfiles valóricos diferentes, observándose que aquellos alumnos que se declaran más religiosos, tienen mayor consideración social de sí mismos, mayor sentido de autorrealización, logros de sabiduría, más serviles; en cambio, los que presentan menor grado de religiosidad, se identifican más con valores tales como el placer hedonista, las relaciones afectivo sexuales significativas, el logro de metas profesionales y la independencia, entre otros¹⁵.

La variable Religiosidad es importante de tener presente, dentro de los antecedentes de los estudiantes, pues puede actuar como una variable confundente, al momento de evaluar actitudes y valores en los estudiantes de medicina.

La religiosidad es una variable que está relacionada con atributos que configuran parte de un perfil médico humanista, de tal manera que estudiantes con un mayor grado de religiosidad tendrían ya incorporados estos atributos, lo que les facilitaría su relación estudiante - paciente, su relación con sus pares y con el equipo de salud.

CONCLUSIONES

El perfil valórico en estos estudiantes de medicina, corresponde a un perfil concordante con el que se espera de un médico, en donde la Benevolencia, la Conformidad y la Universalidad (como valores individuales), junto con la Autodirección (valor colectivo), son los dominios con los más altos puntajes. El grupo estudiado se caracteriza por presentar un equilibrio entre valores que representan apertura al cambio v/s conservación y, claramente, un antagonismo entre valores relacionados con autotrascender v/s autoengrandecimiento. Desde el punto de vista de la compatibilidad entre tipos motivacionales de valores, el grupo presenta compatibilidad entre Autodirección y Universalismo, que en su conjunto expresan la confianza en el propio juicio y adaptación respecto de la diversidad de la existencia; y el Universalismo con la Benevolencia en donde ambos se relacionan con el crecimiento de otros y el trascender los propios intereses.

Los varones se diferencian de las mujeres en los valores relacionados con el éxito personal, obtener prestigio social, ser tradicionalistas y la búsqueda de la novedad y los desafíos en la vida. En relación a la formación valórica del futuro médico, interesa desarrollar los valores de Benevolencia, Universalidad, Autodirección y Seguridad, todos ellos no presentaron diferencias por género, por

tanto, no se requiere definir estrategias de enseñanza aprendizaje diferenciadas. Sería recomendable modular los aspectos formativos que dicen relación al desarrollo del Poder y Logro, que bien guiados pueden rescatar los aspectos positivos de ambos valores, especialmente en el género masculino.

El análisis del perfil valórico según la madurez (experiencia universitaria previa), muestra un perfil en los estudiantes con mayor madurez con puntajes mayores para los dominios de Autodirección y el Universalismo, ambos valores compatibles. La Conformidad también presenta un puntaje elevado, lo que refleja una mayor limitación de las acciones que pueda dañar a otros. En el grupo sin experiencia universitaria previa, se destacó el valor de Seguridad, hecho que es muy concordante, pues este grupo valora en forma especial la armonía y estabilidad de la sociedad, de sus relaciones y de sí mismo.

El valor de la Religiosidad en términos de la formación del médico, tiene una importancia relativa, en el sentido que constituye un valor fuertemente influenciado por

su historia personal y familiar y no constituye un valor humano a ser considerado en el proceso formativo de una Universidad pluralista.

El conocer el perfil valórico de nuestros estudiantes, nos permitirá entender y conocer de mejor forma, sus reacciones, sus formas de relacionarse con los pacientes y con sus profesores, constituyéndose en un aspecto muy importante en el desarrollo del sello de la escuela de medicina, especialmente en una escuela nueva acreditada, en vías de reacreditación y de tener su primera promoción de médicos.

El presente estudio presenta una serie de limitaciones dadas por el diseño descriptivo de corte transversal. No nos permite medir cambios en el tiempo, ni establecer asociaciones de causalidad, no permite establecer perfiles de riesgos; pero sin duda que entrega antecedentes que permiten inferirla y plantea desafíos de generar líneas de investigación con diseños longitudinales, que permitan medir cambios en el tiempo relacionados con la madurez de los estudiantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Castillo C. Qué está pasando con los valores profesionales en la formación de los médicos. *Visión del alumno. Educación Médica* 2006; 9(supl. 1): 9-11.
- Nizama-Valladolid M. Humanismo médico. *Rev. Soc. Peru. Med. Interna* 2002;15(1). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/spmi/v15n1/humanis_medico.htm. [Consultado el 18 de Julio de 2010].
- Catalan R, Egaña M. *Valores, sociedad y educación*. LOM ediciones, 2004.
- Trillo F, Rubal X, Zabalza M. *La educación en actitudes y valores. Dilemas para su enseñanza y evaluación*. Homo sapiens, 2003.
- De Gregorio A, Elzo J, Ferreirós P, Laghi P, Pérez Juste R. *La educación en valores*. Editorial PPC 1998: 72-184.
- Zabalza M. *El trabajo por competencias en la enseñanza universitaria*. Disponible en: <http://www.upd.edu.mx/varios/simpdidac2007/Zabalza.pdf>. [Consultado el 18 de Julio de 2010].
- Brinkmann H, Bizama M. Estructura psicológica de los valores presentación de una teoría. Disponible en: http://www2.udec.cl/~hbrinkma/estructura_psicologica_de_los_valores.pdf. [Consultado el 19 de Julio de 2010].
- Castro A, Nader M. La evaluación de los valores humanos con el Portrait Values Questionnaire de Schwartz. *Interdisciplinaria* 2006; 23(2): 155-174.
- Guzmán J, González G, Lluís de la Rosa J, Aciar S, Ruiz R, Castán J. Una aproximación de la escala de valores Humanos a partir de los Smart User Models. Disponible en: <http://campusv.uaem.mx/cicos/memorias/4tocic2005/Articulos/articulo12.pdf>. [Consultado el 15 de Julio de 2010].
- Carrasco E, Osses S. Estudio del perfil valórico. El caso de los estudiantes de primer nivel de la carrera de obstetricia y puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera, Temuco, Chile. *Estud. Pedagóg.* 2005; 31(1): 7-32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052005000100001&script=sci_arttext. [Consultado el 18 de Julio de 2010].
- Valenzuela E, Schwartzman S, Valenzuela J, Scully T, Somma N, Biehl A. Vínculos, creencias e ilusiones. La cohesión social de los latinoamericanos, capítulo 5. Editorial Uqbar 2008: 1-8.
- Navarro G, Cottin I, Fasce E, Pérez C. Valores y orientación social en estudiantes de primero y séptimo año de la Universidad de Concepción. *Rev. Educ Cienc Salud* 2009; 6: 42-48.
- Grimaldo M, Merino C. Valores en un grupo de estudiantes de psicología de una universidad particular de la ciudad de Lima. *Liberabit* 2009; 15(1): 39-47.
- Carrasco E, Osses S. Transformaciones del perfil valórico en estudiantes de la carrera de obstetricia y puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera durante su trayectoria académica. *Estud. Pedagóg.* 2008; 34(2): 45-63.
- García J. Actitudes religiosas, valores y razonamiento moral. Disponible en: <http://www.tesisnred.net/handle/10803/10211>. [Consultado el 15 de mayo de 2010].

Correspondencia
Calle del Sol N° 55,
Edificio Mirador Horizonte, Dpto. 122,
Costa Montemar,
Concón, Chile.
peter.mccollc@gmail.com

Bullying y acoso en la formación médica de postgrado

NANCY BASTÍAS V.¹, EDUARDO FASCE H.¹, LILIANA ORTIZ M.¹, CRISTHIAN PÉREZ V.¹
y PABLO SCHAUFLE M.¹

RESUMEN

Introducción: La Asociación Británica de Medicina define el Bullying como “el comportamiento persistente hacia un individuo, que consiste en ser intimidante, degradante, ofensivo o malicioso y que socava la confianza y autoestima del receptor”. Las consecuencias psicoafectivas del Bullying son relevantes en los resultados de los procesos formativos. En estudios internacionales, la prevalencia de Bullying en médicos en etapa de especialización (residentes) oscila entre un 10 y 50%. En Chile, no existe información de esta conducta, que puede influir en el desempeño académico de los residentes afectados. **Objetivo:** Identificar la percepción de conductas de acoso, intimidación y/o bullying en residentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. **Metodología:** A todos los residentes, año 2009 (n = 172) se invitó a responder una adaptación del inventario de Bullying. Este consta de 20 ítems de conductas de acoso e intimidación. Se consultó por frecuencia de ocurrencia y agentes acosadores. **Resultados:** Se recibieron 80 cuestionarios (46,5%). 75% (n = 60) corresponden a residentes de especialidades no quirúrgicas. Aun cuando la baja frecuencia de ocurrencia de conductas de acoso/intimidación no concuerda con la definición de Bullying, 71,3% (n = 57) de los encuestados reportó que experimentó alguna de estas conductas durante los últimos doce meses. En 8,8% de los residentes hubo bullying. Las conductas más frecuentes fueron “Intentos de menospreciar y menoscabar su trabajo” y “Críticas injustificadas al supervisar su actividad”. Los agentes acosadores más frecuentes fueron los médicos no docentes. No se encontraron diferencias asociadas a sexo, edad y año de residencia. **Conclusiones:** En los programas de especialización médica de la Universidad de Concepción existe baja presencia de Bullying. Pese a esto, se deben mejorar los ambientes de trabajo para favorecer los logros académicos de los residentes.

Palabras clave: Bullying, Autoestima, Autoeficacia, Desempeño académico, Especialización médica.

SUMMARY

Bullying and harassment in the post-graduate medical training

Introduction: The British Medical Association defines bullying as “persistent behavior against a person that is intimidating, degrading, offensive or malicious and undermines his/her confidence and self-esteem”. Psychoconsequences of Bullying are relevant to the results of training processes. In international studies, the prevalence of Bullying in medical graduate (residents) is between 10 and 50%. In Chile, there are not quantitative data of this behavior, which can damage academic performance of those affected residents. **Aim:** To identify the perceptions of harassment, intimidation behaviors or bullying in residents of the Medicine Faculty of the University of Concepción. **Methodology:** All residents (n = 172) were invited to answer an adaptation of the Inventory of Bullying. This inventory lists 20 harassment and intimidation behaviors, and participants responded according to the frequency of occurrence and harassing agents. **Results:** 80 questionnaires (46.5%) were answered (75% from non-surgical specialties). Although the low frequency of occurrence does not match the definition of bullying, 71.3% (n = 57) of respondents reported they have experienced some of these behaviors during the last twelve months. 8.8% of residents were bullied. Most common behaviors were “attempts to belittle and undermine their work” and “unjustified criticism and monitoring of their work”. Most common harassing agents were doctors that don't belong to the faculty. No relations were identified with gender, age or formative level. **Conclusions:** In medical specialty programs at the University of Concepción there is a low presence of Bullying. Despite this, the work environment should be improved to encourage academic achievement of the residents.

Key words: Bullying, Self-efficacy, Academic performance, Medical specialization.

Recibido: el 14/12/10, Aceptado: el 26/01/11.

¹ Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN

El bullying es una palabra inglesa que significa intimidación y es un concepto que a nivel mundial ha sido ampliamente investigado en el ámbito escolar.

En educación médica, la Asociación Médica Británica (British Medical Association) lo define como “comportamiento persistente hacia un individuo consistente en ser intimidante, degradante, ofensivo o malicioso y que socava la confianza y autoestima del receptor”¹.

Mejía y col, amplían el concepto y lo definen como maltrato psicológico, invisible, o aquel comportamiento que hace que otra persona se sienta herida, ofendida, desvalorizada o incompetente, e incluye gritos, insultos y faltas de respeto. Así mismo, agrega a la definición el maltrato físico, que incluye golpes y todo tipo de trato violento².

Tradicionalmente, la formación médica ha sido considerada como ardua y exigente. En este contexto, tanto estudiantes de medicina como médicos en etapa de especialización, son susceptibles de experimentar y cometer maltrato, acoso y discriminación, pudiendo estas conductas ser sutiles o evidentes².

En la década de los noventa, el impacto del abuso, maltrato, discriminación, acoso y hostigamiento, cobró creciente importancia en la discusión dentro del campo de la educación médica. Silver, concluyó que los cambios en la actitud de los médicos hacia sus pacientes, podrían ser resultado del trato hostil y punitivo recibido en la escuela de medicina³.

Así mismo, Spiege determinó que el estrés al cual son sometidos los médicos en formación, es percibido por los mismos como inversamente proporcional a su rendimiento académico⁴ y Perales y col, postulan que el estrés que soporta un estudiante de medicina durante su adiestramiento es obligatoriamente alto, con riesgo de menoscabo de su salud mental⁵.

A nivel mundial existen estudios que se centran en determinar el maltrato y el abuso en la formación médica, tanto de pregrado^{6,7,8,9,10} como de postgrado^{1,2,11,12,13,14} y han encontrado una prevalencia de maltrato que oscila

entre el 10 y el 50% de los encuestados.

En Chile, sólo se han realizado estudios de conductas de abuso y su efecto en el pregrado de medicina, destacando que, según la opinión de los estudiantes, el abuso tiene efectos en su salud mental, la vida social y la imagen de la profesión médica, produciendo efectos negativos en el comportamiento de ellos. Un porcentaje importante de los sujetos investigados que percibieron maltrato consideró el abandono de la carrera como consecuencia de esta experiencia traumática (32,2%)^{15,16}.

La presente investigación se realizó con el propósito de identificar, según referencia de los residentes de especialidades médicas, la ocurrencia y frecuencia con la cual han sufrido situaciones de violencia, ya sea física y/o psicológica, durante el transcurso de su programa de estudios de postgrado.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Se invitó a participar a todos los residentes de las especialidades que ofrece la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción (n = 172), durante el año 2009.

Aceptaron participar 80 sujetos que corresponden al 46,5% de los residentes, y pertenecen a 8 de las 16 especialidades médicas ofertadas, correspondiendo el grupo mayoritario a la especialidad de medicina interna (n = 22; 27,5%), Tabla 1.

De los 80 sujetos encuestados, 44 (55%) eran hombres y 32 (40%) mujeres, con cuatro casos que no aportaron esta información. Sus edades oscilaban entre los 25 y los 42 años (M = 31,30; D.E. = 3,53).

En cuanto al nivel cursado, 32,5% de los encuestados cursaba el primer año de su especialidad (n = 26); 28,8% cursaba el segundo año (n = 23); 33,8% estaba en el tercer año (n = 27) y cuatro casos que no aportaron esta información.

Instrumento

Se utilizó un cuestionario estructurado que consta de tres partes, en el que se presentó un conjunto de 20 frases correspondientes a conductas de acoso o intimidación que los residentes podrían experimentar en el contexto de sus programas de especialización. En la primera parte, se solicitó que el participante indicara si había sufrido o no cada conducta en los últimos 12 meses y para esto se le dio dos alternativas (Si/No); en la segunda parte, se solicitó indicar - de ser pertinente - la frecuencia con que había experimentado cada situación, con seis alternativas de menor a mayor intensidad, y finalmente, en la tercera parte, se solicitó identificar la fuente del abuso, teniendo para esto siete alternativas no excluyentes (encargada de programa, docente del programa, otros docentes, médicos no docentes, otros profesionales, otros residentes y administrativos). La escala constituye una modificación y adaptación a la realidad chilena del Inventario de Bullying utilizado por Quine (2002)¹¹.

Procedimiento

Se contactó a los representantes de los residentes

Tabla 1. Distribución de la muestra por especialidad médica que cursa

	n	%
Cirugía vascular	1	1,3
Cirugía general	2	2,5
Anestesiología	8	10,0
Traumatología y ortopedia	9	11,3
Pediatría	10	12,5
Psiquiatría adultos	11	13,8
Medicina familiar	17	21,3
Medicina interna	22	27,5
Total	80	100,0

Tabla 2. Presencia de conductas de acoso/intimidación según percepción de los Residentes

	Sí	
	n	%
10. Violencia física	0	0,0%
11. Violencia a la propiedad personal	1	1,3%
9. Burlas persistentes	4	5,0%
5. Socavamiento de su integridad personal	8	10,0%
20. Eliminación de áreas de responsabilidad sin consultarle	9	11,3%
7. Amenazas verbales y no verbales	10	12,5%
16. Imposición de plazos imposibles de lograr	10	12,5%
4. Solicitud intimidatoria de realizar procedimientos de la disciplina	11	13,8%
8. Bromas inapropiadas acerca de Ud.	11	13,8%
19. Intento de desmoralizarle	14	17,5%
12. Retención de información necesaria para Ud.	16	20,0%
13. Le ignoran o le excluyen	17	21,3%
14. Negativa injustificada de permisos: cursos, congresos, etc.	17	21,3%
3. Intentos de humillarse delante de sus pares	21	26,3%
6. Insinuaciones lesivas o sarcásticas	21	26,3%
15. Exigencia exagerada en su quehacer	21	26,3%
17. Modificación de responsabilidades sin consultarle	22	27,5%
18. Subvaloración de su desempeño	26	32,5%
2. Críticas injustificadas al supervisar su actividad	28	35,0%
1. Intentos de menospreciar y menoscabar su trabajo	29	36,3%

(delegados) de cada especialidad y se informó de los propósitos de la investigación, solicitándoles su colaboración para la aplicación de instrumentos. Cada delegado contactó a sus compañeros de residencia y aplicó el instrumento personalmente, previo proceso de consentimiento informado.

Además se realizó proceso de consentimiento informado al Director de Postgrado y Decano de la Facultad de Medicina y se solicitó autorización al Comité de Ética de la misma Facultad.

El análisis de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

Resultados descriptivos

En relación a la ocurrencia de las conductas de acoso/intimidación, 71,3% (n = 57) de los encuestados reportó que experimentó alguna conducta de acoso/intimidación durante los últimos doce meses. Se encontró que las más prevalentes eran los intentos por menospreciar y menoscabar el trabajo realizado (ítem 1: n = 29; 36,3%), las críticas durante las supervisiones que los participantes consideraban injustificadas (ítem 2: n = 28; 35,0%) y la subvaloración del propio desempeño (ítem 18: n = 26; 32,5%). En el polo opuesto, las conductas menos prevalentes eran la violencia física que no había sido

sufrida por ningún residente (ítem 10); la violencia contra la propiedad personal que había ocurrido sólo en un caso (ítem 11: 1,3%) y las burlas persistentes que eran identificadas sólo por cuatro de los participantes (ítem 9: 5,0%), Tabla 2.

No obstante, la mera experimentación de alguna de estas conductas no implica la presencia de bullying. Por este motivo, además de la ocurrencia de estos comportamientos se les solicitó a los residentes que informaran la frecuencia con que experimentaron las conductas de acoso/intimidación, Tabla 3.

Considerando respuestas no excluyentes, 63,8% (n = 51) de los encuestados señaló sufrir esta(s) conducta(s) en frecuencia baja (una vez/pocas veces); 31,3% (n = 25), en frecuencia moderada (muchas veces/mensual); y 8,8% (n = 7), en frecuencia alta (semanal/a diario).

Respecto de la cantidad de conductas de acoso/intimidación por categoría de frecuencia, en promedio los residentes reportaron 2,2 conductas sufridas en frecuencia baja (D.E. = 2,6; Máx. = 14); 1,0 conducta en frecuencia moderada (D.E. = 1,9; Máx. = 9) y 0,2 conductas en frecuencia alta o Bullying (D.E. = 0,7; Máx. = 4), Tabla 4.

En cuanto al género, se observa una mayor tendencia de conductas de acoso/intimidación hacia los hombres (75,0% *versus* un 65,6% a las mujeres). En los casos de Bullying, cuatro de los siete corresponden a éstos, Tabla 5.

Tabla 3. Frecuencia de conductas de acoso/intimidación según percepción de los Residentes

	Baja		Moderada		Alta- Bullying	
	n	%	n	%	n	%
1. Intentos de menospreciar y menoscabar su trabajo	16	20,0%	10	12,5%	3	3,8%
2. Críticas injustificadas al supervisar su actividad	15	18,8%	8	10,0%	5	6,3%
3. Intentos de humillarse delante de sus pares	17	21,3%	4	5,0%	1	1,3%
4. Solicitud intimidatoria de realizar procedimientos de la disciplina	6	7,5%	4	5,0%	1	1,3%
5. Socavamiento de su integridad personal	6	7,5%	2	2,5%	0	0,0%
6. Insinuaciones lesivas o sarcásticas	13	16,3%	6	7,5%	0	0,0%
7. Amenazas verbales y no verbales	6	7,5%	2	2,5%	1	1,3%
8. Bromas inapropiadas acerca de Ud.	7	8,8%	2	2,5%	0	0,0%
9. Burlas persistentes	2	2,5%	1	1,3%	0	0,0%
10. Violencia física	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
11. Violencia a la propiedad personal	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
12. Retención de información necesaria para Ud.	7	8,8%	5	6,3%	1	1,3%
13. Le ignoran o le excluyen	14	17,5%	3	3,8%	0	0,0%
14. Negativa injustificada de permisos: cursos, congresos, etc.	12	15,0%	3	3,8%	0	0,0%
15. Exigencia exagerada en su quehacer	10	12,5%	5	6,3%	3	3,8%
16. Imposición de plazos imposibles de lograr	6	7,5%	2	2,5%	0	0,0%
17. Modificación de responsabilidades sin consultarle	11	13,8%	7	8,8%	0	0,0%
18. Subvaloración de su desempeño	11	13,8%	9	11,3%	1	1,3%
19. Intento de desmoralizarle	9	11,3%	4	5,0%	0	0,0%
20. Eliminación de áreas de responsabilidad sin consultarle	4	5,0%	4	5,0%	0	0,0%

Tabla 4. Cantidad de conductas de acoso/intimidación según frecuencia de ocurrencia y género

Nº Conductas Acoso/intimidación	Frecuencia								
	Baja			Moderada			Alta- Bullying		
	n	Mujer	Hombre	n	Mujer	Hombre	n	Mujer	Hombre
1	14	4	9	5	2	2	3	2	1
2	10	6	3	7	3	4	0	0	0
3	6	0	6	6	1	4	3	0	2
4	8	3	4	1	0	1	1	0	1
5	5	2	3	2	0	2	0	0	0
6	2	1	1	1	1	0	0	0	0
7	3	1	2	1	0	1	0	0	0
8	1	1	0	1	1	0	0	0	0
9	1	0	1	1	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	1	1	0	0	1	0	0	0	0

Tabla 5. Conductas de acoso/intimidación según frecuencia (respuestas no excluyentes) y género

	Frecuencia							
	Ninguna		Baja		Moderada		Alta-Bullying	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mujeres	11	13,8%*	19	23,8%	9	11,3%	2	2,5%
	(34,4%)**		(59,4%)		(28,1%)		(6,3%)	
Hombres	11	13,8%	29	36,3%	14	17,5%	4	5,0%
	(25,0%)		(65,9%)		(31,8%)		(9,1%)	
S/información	1	1,3%	3	3,8%	2	2,5%	1	1,3%
Total	23	100%	51	100%	25	100%	7	100%

* Porcentaje en relación a los 80 sujetos encuestados.
 ** Porcentaje en relación al total de sujetos del género.

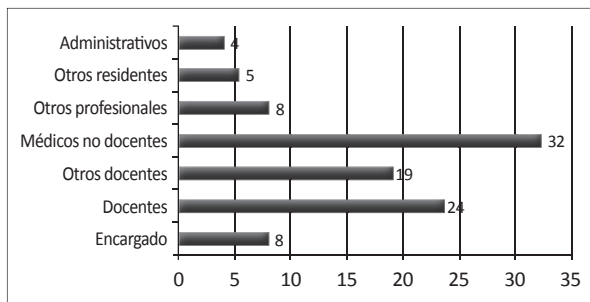


Figura 1. Origen de las situaciones de acoso/intimidación experimentadas.

Respecto del tipo de programa, en las especialidades médicas se encuentran seis casos de Bullying (7,5% del total y 10% de la submuestra) y en las quirúrgicas, sólo un caso (1,3% del total y 5% de la submuestra).

En relación a la fuente de acoso/intimidación, utilizando alternativas no excluyentes, en 32 respuestas se les atribuyó a médicos no docentes y en 24 respuestas

a médicos docentes, Figura 1.

Posteriormente, se calculó el puntaje total de la escala de Frecuencia, calculando la media aritmética de los ítems. Sin embargo, previamente se evaluó su consistencia interna a través del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, obteniéndose un $\alpha = 0,853$.

Luego, al calcular los estadísticos de tendencia central y dispersión, se obtuvo una media de 0,41 (D.E. = 0,50) y una mediana de 0,2 (RI = 0,6), con una distribución asimétrica positiva, Figura 2.

Resultados bivariados

Con el objetivo de identificar factores diferenciadores en la aparición del fenómeno, se evaluó la relación entre la presencia y la frecuencia de acoso/intimidación con el sexo, edad y nivel cursado por los residentes.

En el primer caso, utilizando la prueba Chi cuadrado, no se encontró relación entre la ocurrencia de cada conducta de acoso/intimidación y el género del sujeto ($p > 0,05$ en todos los casos).

Tampoco se encontró diferencias de género en la frecuencia de acoso/intimidación, para lo cual se usó la

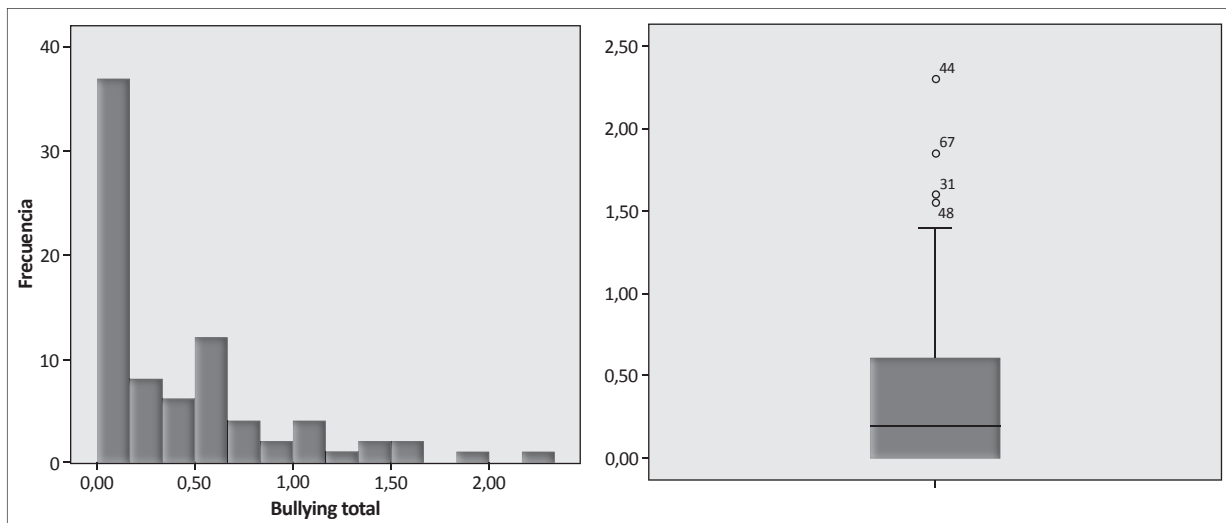


Figura 2. Distribución de la escala de Frecuencia de acoso/intimidación.

prueba U de Mann-Whitney, $Z = -0,618$; $p = 0,537$.

Respecto a la edad de los sujetos, utilizando la prueba no paramétrica rho de Spearman no se encontró una relación estadísticamente significativa con la frecuencia del acoso/intimidación sufrido, $\rho = 0,184$; $p = 0,116$.

Finalmente, mediante la prueba paramétrica k de Kruskal Wallis no se encontró diferencias en la frecuencia de conductas de acoso/intimidación y el nivel cursado por el residente, $\chi^2 (2; n = 80) = 0,399$; $p = 0,819$.

DISCUSIÓN

Aunque la percepción de Bullying de los residentes de los programas de especialización médica de la Universidad de Concepción es menor que la reportada por estudios del Reino Unido y USA, es preocupante la elevada presencia de conductas de acoso/intimidación que éstos experimentan de manera aislada, pero que también pueden dañar la autoestima, autoeficacia y desempeño académico de los afectados¹. Es importante destacar que la definición de Bullying es ambigua y que los casos clasificados en la categoría de frecuencia moderada (muchas veces/mensual) también podrían ser interpretados como Bullying, aumentando de 7 (8,8%) a 25 (31,3%) casos, cifra que coincide con los estudios citados.

Las conductas de acoso/intimidación más frecuentes están asociadas a la devaluación del trabajo y la persona del residente, al igual que en estudios realizados por Mejía y col. en los que se encontraron: humillación en público por sus errores (57%) y falta de respeto al trabajo realizado (51%).

A diferencia de los resultados encontrados por Price y col. en que estudiantes de sexo femenino y los alumnos de minorías étnicas presentaban mayor probabilidad de sufrir intimidación, en la población estudiada no existen diferencias estadísticamente significativas asociadas al género, la edad ni el nivel del estudiante, lo que demuestra que la presencia de conductas de acoso/intimidación es un fenómeno transversal a los procesos de formación en los programas de especialización. Sin embargo, al analizar la frecuencia de ocurrencia (baja, moderada y Bullying) se observa una mayor tendencia de experimentar conductas de acoso/intimidación en los hombres en todas las categorías, situación que difiere a la literatura. Con los datos analizados, no es posible dar una explicación fundamentada para estos resultados. Tampoco existe evidencia que las mujeres reciban mejor trato durante sus programas de especialización, o que sean favorecidas de alguna manera. Por lo tanto, sería conveniente ampliar esta línea de investigación, mediante un análisis de la diferencia de géneros en los procesos

de formación de pre y postgrado de medicina. Además, es necesario señalar que una de las limitaciones de este estudio es que no se identificó la etnia de los participantes, variable que podría ser relevante para la discusión.

Otro aspecto importante, es que la mayoría de los casos de acoso/intimidación y/o Bullying encontrados en esta investigación corresponden a residentes de especialidades médicas no quirúrgicas. Estos resultados posiblemente se pueden atribuir a la baja participación en el estudio de los residentes de especialidades quirúrgicas, lo cual también constituye una limitación del estudio, pues en la mayoría de las investigaciones acerca de Bullying en el postgrado se reporta mayor prevalencia en las especialidades quirúrgicas, hecho que se atribuye a las características de personalidad de los profesionales de esta área de la medicina.

En cuanto al origen de las conductas de acoso/intimidación y Bullying, al igual que en otros estudios, se encontró que el maltrato proviene de médicos no docentes y médicos docentes. Según Silver y col. este fenómeno podría explicarse por la repetición de modelos, vale decir, por la propia historia de maltrato experimentada por estos profesionales durante su formación. Al respecto, el escaso número de docentes "mentores", vale decir, de maestros que exhiben -además de excelencia académica- conductas del profesionalismo médico durante los estudios de pre y postgrado, ha perpetuado la existencia de docentes alejados del altruismo, la vocación de servicio y de las actitudes y valores generales de los médicos, y particulares de cada especialista. Esta debilidad del proceso en los programas de especialización (y también de la formación de pregrado) se debería abordar mediante la definición de un perfil de contratación académica que incorpore las actitudes y valores de los médicos docentes. Así mismo, además de la selección de éstos, es necesario fortalecer las políticas de evaluación y promoción de académicos, dando mayor valor a las competencias actitudinales del cuerpo docente. Todo lo anterior, sobre la base que la sociedad demanda con urgencia, médicos generales y especialistas más humanizados que brinden a sus pacientes "cuidados de la salud" y no solo un mero tratamiento del órgano enfermo.

Frente a estos resultados, es necesario alentar a los centros formadores, para que implementen y velen por el cumplimiento de políticas contra la intimidación y acoso como parte de sus procesos de gestión de calidad, dado que todos los estudiantes de pre y postgrado tienen derecho a ser tratados con dignidad, respeto y consideración. Si durante su formación han sufrido acoso/intimidación y/o Bullying, a menos que estén dotados de una gran capacidad de resiliencia y/o inteligencia emocional, carecerán de las actitudes y valores necesarios para la atención de calidad que todos los pacientes se merecen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paice E, Smith D. Bullying of trainee doctors is a patient safety issue. *The Clinical Teacher* 2009; 6(1): 13-17.
2. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi M, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina (B. Aires)* 2005; 65(4): 295-301.

3. Silver HK, Glicken AD. Medical student abuse: incidence, severity and significance. *JAMA* 1990; 263(4): 527-532.
4. Spiegel DA, Smolen RC, Hopfensperger KA. Medical student stress and clerkship performance. *Journal of Medical Education* 1986; 61(11): 929-931.
5. Perales A, Sogi C, Morales R. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina* 2003; 64(4): 239-246.
6. Lebenthal A, Kaiserman I, Lernau O. Student abuse in medical school: a comparison of students' and faculty's perceptions. *Isr J Med Sci*. 1996; 32(3-4): 229-238.
7. Frank E, Carrera JS, Stratton T, Bickel J, Nora LM. Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey. *BMJ* 2006; 333(7570): 682-687.
8. Wood DF. Bullying and harassment in medical schools. *BMJ* 2006; 333(7570): 664-665.
9. Aref-Adib G. Belittlement and harassment of medical students: is a source of medical education *BMJ* 2006; 333(7572): 809.
10. Mukhtar F, Daud S, Manzoor I, Amjad I, Saeed K, Naeem M, Javed M. Bullying of medical students. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2010; 20(12): 814-818.
11. Quine L. Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ* 2002; 324(7342): 878-879.
12. Syed A, Yousafzai A, Siddiqi M, Rafey F, Khan R, Zuberi S. Bullying of Trainee Psychiatrists in Pakistan: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. *Acad Psychiatry* 2009; 33(4): 335-339.
13. Cheema S, Ahmad K, Giri SK, Kaliaperumal VK, Naqvi SA. Bullying of junior doctors prevails in Irish health system: a bitter reality. *Ir Med J*. 2005; 9: 274-275.
14. Scott J, Blanshard C, Child S. Workplace bullying of junior doctors: cross-sectional questionnaire survey. *N Z Med J*. 2008; 121(1282): 10-14.
15. Maida AM, Vásquez A, Herskovic V, Calderón JL, Jacard M, Pereira A, Widdel L. A report on student abuse during medical training. *Med Teach* 2003; 25(5): 497-501.
16. Maida AM, Herskovic V, Pereira A, Salinas L, Esquivel C. Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Rev Med Chile* 2006; 134(12): 1516-1523.

Correspondencia
Departamento de Educación Médica,
Facultad de Medicina,
Universidad de Concepción,
Concepción, Chile.
nbastias@udec.cl

EVENTOS Y ACTIVIDADES

- **The 17th Annual Meeting SESAM (Society in Europe for Simulation Applied to Medicine)**
2 al 4 de Junio de 2011 - Granada, España
- **Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Conference 2011**
5 al 8 de Junio de 2011 - Nashville, TN, USA
- **AMSE Annual Conference 2011: The Staff of the Medical School - Challenges and Opportunities**
16 al 18 de Junio de 2011 - Ljubljana, Eslovenia
- **15th Annual IAMSE (International Association of Medical Science Educators) Meeting 2011**
18 al 21 de Junio de 2011 - St. Petersburg, Florida, USA
- **XII Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud 2011**
30 de Junio al 1 de Julio de 2011 - Universidad de Chile, Santiago de Chile
- **ASME Annual Scientific Meeting 2011**
13 al 15 de Julio de 2011 - Edinburgh, United Kingdom
- **Annual E-Portfolio Conference 2011**
25 al 28 de Julio de 2011 - Boston, USA
- **AMEE Conference 2011**
27 al 31 de Agosto de 2011 - Vienna, Austria
- **XX Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica**
5 al 7 de Octubre de 2011 – Valladolid, España
- **AAMC 2011 Annual Meeting (Association of American Medical Colleges)**
4 al 9 de Noviembre de 2011 - Denver CO, USA
- **Association for Simulated Practice in Healthcare (ASPiH) Conference 2011**
8 al 10 de Noviembre de 2011 - Cardiff, United Kingdom
- **VI Congreso Internacional de Educación Médica**
11 al 13 de Enero de 2012 - Concepción, Chile
- **9th Asia Pacific Medical Education Conference (APMEC) 2012**
11 al 15 de Enero de 2012 - Singapur
- **Alliance for Continuing Medical Education Conference 2012**
21 al 24 de Enero de 2012 - Orlando, Fl, USA
- **15th Ottawa Conference: Assessment of Competence in Medicine and the Healthcare Professions**
9 al 13 de Marzo de 2012 - Kuala Lumpur, Malaysia
- **Canadian Conference on Medical Education 2012**
14 al 18 de Abril de 2012 - Banff, Alberta, Canadá
- **AMEE Conference 2012**
25 al 29 de Agosto de 2012 - Lyon, Francia
- **7th Congress of the Asian Medical Education Association 2013**
10 al 12 de Junio de 2013 - Ulaanbaatar, Mongolia

**Resúmenes de trabajos presentados en el V Congreso Internacional de
Educación en Ciencias de la Salud, Valdivia 2010**

TERCERA PARTE

Perfil integral de los estudiantes de 1° año de medicina Universidad Andrés Bello Sede Viña del Mar

Peter Mc Coll y Eduardo Bastías

Resulta interesante conocer las características generales de los estudiantes de primer año: que incluye aspectos valóricos generales, estilos de aprendizajes etc. Se aplicó una encuesta con el inventario de Kolb para medir estilos de aprendizajes y además se consultó por otras variables relacionadas con aspectos valóricos. El grupo de estudio estuvo formado por los 48 estudiantes de medicina del primero año 2009, los resultados fueron medidos en porcentaje.

Los **resultados** fueron los siguientes: En relación a los estilos de aprendizajes el 51% resultó tener un estilo de aprendizaje convergente, 36,7% asimilador y un 6,1% divergente y acomodador. Al consultarles sobre el porcentaje de desarrollo que ellos creen tener al inicio de la carrera de las siguientes características relacionadas con el profesionalismo, sus respuestas fueron las siguientes:

	< 10%	25%	50%	75%	100%
Otorgar respuestas a necesidades sociales	0	2,4	22,0	31,7	41,5
Tengo una actitud congruente con la honestidad	0	0	0	39,0	61,0
Tengo una actitud congruente con la empatía	0	2,4	19,5	53,7	24,4
Tengo una actitud congruente con el respeto hacia los demás	0	0	7,3	41,5	51,2
Demuestro responsabilidad	0	0	12,2	41,5	48,3
Demuestro compromiso continuo en busca de la excelencia	0	0	17,1	43,9	39,0
Tengo capacidad de reflexión	0	2,5	22,5	40,0	35,0

Un alto porcentaje de alumnos/as perciben tener desarrollado en forma importante atributos relacionados con el profesionalismo médico. Se les consultó sobre la importancia que atribuyen a diversos valores: su respuesta fue: Primer lugar de importancia: 46,3% la familia; segundo lugar de importancia: 24,4% el amor y tercer lugar de importancia: con un 22% la amistad, la familia, y el amor, cabe destacar que en décimo lugar con un 46,3% figura el éxito financiero.

Conclusión: Resulta muy importante evidenciar el potencial de desarrollo que tienen los estudiantes de primer año de medicina de la Universidad Andrés Bello en términos valóricos, lo que obliga a sus docentes a asumir la responsabilidad de mantener y mejorar su expectativas valóricas y humanas y de tenerlas presente como objetivos actitudinales a desarrollar en las competencias declaradas.

Concepción de estudiantes-docentes del buen profesor universitario. Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera

Cabalín S., Daisy; Navarro H., Nancy; Zamora S., José; San Martín G., Silvia.
Oficina de Educación en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera. Chile.

Introducción: Actualmente la calidad del Profesor Universitario pasa por los nuevos roles que debiera asumir acorde al paradigma educativo de centrar el proceso enseñanza-aprendizaje en el estudiante. Es por ello, que el presente estudio busca explorar la representación que estudiantes y docentes de la facultad de medicina de la Universidad de La Frontera tienen en relación al concepto “*Buen Profesor Universitario*”.

Metodología: El estudio se enmarca en una investigación cualitativa permitiendo acceder al mundo conceptual de los individuos y a las redes de significados, utilizando la técnica de Redes Semánticas Naturales. Se aplicó la encuesta a 104 docentes de diferentes profesiones y 293 estudiantes del último año curricular. Cada uno de ellos expresó con diez palabras la representación del concepto y la jerarquización según la importancia que ellos le asignaron. A los participantes del estudio se les solicitó su consentimiento, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Resultados: Emergieron de los docentes 228 palabras definidoras del concepto y de los estudiantes 248. Los docentes dan mayor peso semántico a la “Responsabilidad” (100%), “Empatía” (97,6%) y “Conocimiento” (60,3%). Y los estudiantes priorizaron “Responsable” (100%), “Respetuoso” (89,4%) y “Empático” (71%) como principales atributos del Buen Profesor Universitario. En segundo nivel los docentes destacan aspectos relacionados con la cognición y los saberes (conocimiento 60,3%, comprometido 49,4%, actualizado 48,4%, estudioso 43,3%) y los estudiantes con los aspectos de inteligente 47%, puntual 42,7%, compromiso 37,9% y motivador 36%.

Conclusiones: Se destaca la importancia que, tanto para docentes como estudiantes, tiene la responsabilidad y la empatía relacionadas con competencias del saber ser y saber convivir. Para los académicos, como segunda área de importancia lo constituyen las competencias del saber, valorando con ello la formación continua, a diferencia que para los estudiantes este aspecto no tiene mayor significación.

Palabras clave: Perfil profesor universitario, redes semánticas, competencias.

Implementación de módulos integrados de ciencias preclínicas utilizando Aprendizaje Basado en Problemas

Robinovich B. Jossiana⁽¹⁾; Standen I. Dolly⁽¹⁾; Molina J. Emma⁽¹⁾; Montecinos B. Pedro⁽¹⁾; Schulz R. Carlos.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Departamento Ciencias Preclínicas, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.
E-mail:jrobino@ufro.cl

Introducción: En el marco de la innovación curricular de la Carrera de Kinesiología de la Universidad de La Frontera, se implementaron los Módulos Integrados Funciones Orgánicas en los niveles III y IV. Diseñados de acuerdo al perfil de egreso definido, los módulos integran ciencias preclínicas: Fisiología, Fisiopatología, Farmacología, nociones de Microbiología y Parasitología y elementos complementarios de Neuroanatomía y Física Aplicada.

Objetivos: Desarrollar en el estudiante la capacidad de aplicar las ciencias preclínicas a situaciones clínicas de acuerdo al perfil profesional. Desarrollar habilidades de aprendizaje continuo, de trabajo en equipo y de comunicación.

Metodología: Implementación de dos módulos integrados correspondientes a los niveles III y IV. Se utiliza un enfoque pedagógico centrado en el estudiante, metodología de aprendizaje basado en problemas y métodos de evaluación acordes al propósito de los módulos.

Resultados: En términos de integración de conocimientos y desarrollo de competencias genéricas se han obtenido resultados satisfactorios, lo que se evidencia a través de evaluaciones meta-cognitivas y de proceso. Se ha aplicado semestralmente una encuesta, la que evalúa mediante una escala de Likert (1-5) la impresión de los estudiantes con respecto a objetivos, contenidos, metodología utilizada, recursos, evaluaciones y organización de los módulos. Se presentarán los resultados correspondientes al período 2005-2009. Se han obtenido resultados satisfactorios, con promedios sobre 4 (escala 1-5) en todos los ámbitos evaluados, excepto recursos bibliográficos, distribución del tiempo y suficiencia de recurso docente.

Conclusiones: La implementación de los módulos ha permitido, al centrar el aprendizaje en el estudiante, una mejor integración del conocimiento y capacidad de aplicación, además de favorecer el desarrollo de competencias genéricas. Sin embargo, esta metodología requiere considerables recursos: humanos (cantidad de horas disponibles), de aprendizaje (bibliográficos y electrónicos), y espacio físico adecuado.

Portafolios para el aprendizaje de la metacognición en la actividad con pacientes

Rojas S. Ana M.; Herrera N., Francisco.

Escuela de Kinesiología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile. E-mail: amrojas@med.uchile.cl

Introducción: Se presenta la metodología de portafolios en la habilitación de los estudiantes para la evaluación de pacientes reales. Ésta es empleada en un curso regular del tercer año de Kinesiología de la Universidad de Chile.

Objetivos: Indagar y develar la efectividad del uso del portafolio en a) el aprendizaje de competencias clínicas de los estudiantes y b) en el autoaprendizaje y desarrollo de la metacognición.

Metodología: En esta asignatura los estudiantes se enfrentan por primera vez a pacientes, con la misión de evaluar su condición física y emitir un juicio o diagnóstico kinésico. A principio de año, los alumnos dejan constancia por escrito de sus expectativas en relación a la actividad con pacientes, la cual es comparada por ellos mismos con su autoevaluación al finalizar el año. La evaluación de cada paciente atendido debe ser registrada en el portafolio en no más de dos páginas y adjuntar un análisis metacognitivo que acompaña a cada caso presentado. Luego suben el caso a un sitio web del curso, se sortean cuatro casos y se designa a cuatro alumnos y dos profesores para evaluar cada caso. Existe una pauta diseñada y rúbricas para tal efecto. Durante un año los estudiantes van aprendiendo a evaluar pacientes, a hacer metacognición de sus prácticas, a hacer heteroevaluación del trabajo de sus compañeros, y construyen su aprendizaje a través de la retroalimentación que reciben de sus profesores en el desarrollo de su portafolio.

Resultados: Se presenta una encuesta de opinión, el resultado de la autoevaluación y heteroevaluación de los estudiantes. La construcción guiada, monitoreada, y autoevaluada durante un año de estos portafolios permite demostrar la efectividad de esta aproximación en términos del mejoramiento de los procesos y logros de aprendizaje de los estudiantes.

Palabras clave: Portafolios, metacognición.

Evaluación docencia clínica carrera de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera

Rojas V., Rossana; Navarro H., Nancy

Introducción: Siendo la evaluación una estrategia que permite mejorar la calidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje, el presente trabajo tiene como objetivo conocer la percepción del estudiantado acerca de la docencia clínica durante su formación en el año 2008.

Metodología: Al total de los estudiantes (78) se les aplicó un instrumento validado de evaluación de docencia clínica a 2º (25), 3º (28) y 4º (25) año, con un total de 67 ítems que consideró los siguientes aspectos: organización de los programas (12), práctica docente (19), rol del estudiante (14), ambiente de aprendizaje (8), experiencia clínica (8) y apreciaciones generales (6). Se utilizó para las respuestas una escala tipo Likert de cinco aspectos: desde 1 totalmente en desacuerdo a 5 totalmente de acuerdo. Se utilizó el SPSS para el análisis estadístico descriptivo y de frecuencia.

Resultados: Los ítems con promedios bajos son: “recurso humano suficiente tiempo” (3,5), “entrega evaluaciones oportunas” (3,7), “aprendizaje previo adecuado” (3,8) y “tiempo planificado suficiente”, “esfuerzo de los docentes a estudiantes con mayor dificultad”, “análisis conjunta de evaluaciones” con (3,9). Los ítems con mayores promedios se encuentran en el aspecto rol del estudiante: “cumple normas” (4,9), y “reconoce falta de conocimiento”, “responde necesidades de las usuarias” y “acepta críticas de los docentes” con un (4,8). Los promedios bajos por curso corresponden: 2º año “recurso humano suficiente” (3,6) y “aprendizaje previo adecuado” (3,7); 3º año “entrega oportuna de evaluaciones” (3,7), “aprendizaje previo adecuado” (3,7) y 4º año “recurso humano suficiente” (3,2), “entrega oportuna evaluaciones” (3,2) y “análisis conjunto de evaluaciones” (3,4).

Conclusiones: Es relevante evaluar la docencia clínica en forma continua y sistemática, dadas las características de la formación profesional. Los resultados dan cuenta que los procesos evaluativos son un aspecto débil, que las/os formadores deben abordar. Probablemente, la autoevaluación del estudiantado requiere mayor reflexión para llevarla a cabo con objetividad.

Palabras clave: Evaluación, docencia clínica.

Evaluación de innovaciones educacionales de la carrera de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina Universidad de la Frontera implementadas 2003

Sylvia San Martín González, Ruth Candia, José Zamora S.

Introducción: El año 2003 la carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad de La Frontera, inició un cambio curricular que abarcó aspectos estructurales y metodológicos, entre ellos destacan: aumento de años de formación, disminución de horas cronológicas totales semanales intra aula (20 máximo), disminución de pre-requisitos a un máximo de dos posteriores; y entre los cambios metodológicos destacan: educación centrada en el estudiante, aprendizaje multiprofesional, aprendizaje basado en problemas, integración curricular, y trabajo en grupo pequeño. La primera promoción con este cambio curricular egresa el 2007, llevando 3 promociones, se estima necesario evaluar parcialmente el proceso analizando antecedentes cuantitativos que nos permitan un acercamiento a los resultados a la fecha.

Metodología: Desde la base de datos institucionales de avance académico de los alumnos, entre los años 1999 y 2008, se comparan en los regímenes tradicional e innovado, las tasas de aprobación, las de retención estudiantil en primer año, y tiempo promedio de titulación.

Resultados: El período 1999-2002 la tasa de aprobación en primer año no pasa el 40% siendo en promedio de un 26%. Con la implementación del nuevo currículo se observa una rápida mejora en este índice que se ha estabilizado en torno al 60%, habiendo llegado en los años 2004 y 2005 a un 80%. Las Tasas de Retención, aunque se ha tenido un histórico alto, se observa una mejoría al considerar los períodos comparados. En el Tiempo Promedio de Titulación, si bien existe una demora de 1 semestre más en titularse, se observa una disminución comparativa entre el curriculum tradicional y el innovado.

Conclusiones: Los cambios curriculares implementados en la carrera de Nutrición y Dietética, han mejorado los principales indicadores de eficiencia institucional, mostrando mejorías en los tres parámetros estudiados, destacando fuertemente el grado de aprobación del primer año.

Evaluación del aprendizaje y desarrollo del pensamiento crítico mediante Cuestionario TACTT

Claudio Lermada S.

Introducción: La Educación Médica propende a los aprendizajes profundos vinculados al desarrollo del pensamiento crítico necesario para la resolución de problemas clínicos, particularmente en el contexto de enseñanza mediante metodología de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Las diversas técnicas de evaluación del ABP están orientadas a medir el desarrollo del razonamiento clínico individual como capacidad de resolución de problemas, sin embargo existen pocos instrumentos confiables para evaluar la efectividad de un programa académico en dicho ámbito. Este trabajo presenta los resultados de la utilización del instrumento denominado "The Anderson Critical Thinking Test", para evaluación de una asignatura de integración básico-clínica realizada en el séptimo y octavo semestres de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Objetivos: Medir el aprendizaje profundo y pensamiento crítico que caracterizan el razonamiento clínico mediante un instrumento específico, "The Anderson Critical Thinking Test" (TACTT).

Metodología: La metodología pretest-postest consistió en realizar un TACTT de entrada y de salida para determinar el nivel de desarrollo del pensamiento crítico y si hubo diferencias significativas en el curso realizado en su modalidad habitual de ABP. El universo fueron todos los estudiantes del nivel señalado de la carrera (n = 54).

Resultados: Los resultados mostraron que hubo un aumento estadísticamente significativo del desarrollo de pensamiento crítico, medido por TACTT, aunque no es evidente que esté correlacionado únicamente con el curso señalado.

Conclusiones: La metodología ABP puede mejorar la objetividad y estimular el razonamiento clínico, aunque no necesariamente se correlaciona con aprendizajes profundos. Es necesario diseñar mejores instrumentos para medir estos parámetros y replicar la experiencia en poblaciones amplias y contextos variados, que incluyan factores externos a la asignatura.

Palabras clave: Aprendizaje profundo, pensamiento crítico, evaluación de programas.

Estilos de aprendizaje y relación con puntaje ingreso, alumnos primer año medicina, Universidad San Sebastián

Wagemann B., Heidi⁽¹⁾; Torres A., Graciela⁽¹⁾; Naveas G., Rina⁽¹⁾ y Matus B., Olga⁽²⁾.

⁽¹⁾ Carrera de Medicina sede Concepción, Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad San Sebastián. Chile.

⁽²⁾ Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Chile.

Introducción: Los estudiantes aprenden en forma más efectiva cuando se enseña acorde a sus estilos de aprendizaje predominantes. Conocerlos permitiría ajustar las metodologías de enseñanza-aprendizaje, según objetivos y utilizar apropiadamente los métodos instruccionales en que se han capacitado nuestros docentes, mejorando la eficiencia del proceso.

Objetivos: Determinar estilos de aprendizaje en alumnos primer año medicina, relacionándolos con rendimiento escolar y pruebas de ingreso.

Metodología: Se aplicó cuestionario Honey-Alonso de estilos de aprendizaje a 79 alumnos de primer año de medicina 2009. Este cuestionario de 80 ítems determina cuatro estilos: Activo (A), reflexivo (R), teórico (T), pragmático (P). El puntaje establece grados de predominio: muy bajo, bajo, moderado, alto y muy alto; utilizando el baremo general de interpretación de Alonso y cols. Para analizar resultados se usó estadística descriptiva y pruebas no paramétricas.

Resultados: El promedio \pm DE del perfil de aprendizaje para estilo activo ($11,8 \pm 3,1$), reflexivo ($13,8 \pm 2,6$), teórico ($12,0 \pm 2,9$), pragmático ($11,9 \pm 2,5$). Preferencias muy baja y baja fueron 3,8 y 12,7% para A; 8,9 y 29,1% para R; 2,5 y 16,5% para T; y 10,1 y 19% para P respectivamente. Preferencia moderada: 39,2; 55,7; 53,2 y 39,2% para estilo A, R, T y P respectivamente. Preferencias alta y muy alta fueron 25,3 y 19% en A; 6,3 y 0% en R; 15,2 y 12,6% en T; y 24,1 y 7,6% en P. Existió correlación entre estilo A con notas de enseñanza media ($p = 0,002$) y Prueba de Selección Universitaria (PSU) parte verbal ($p = 0,05$). El puntaje promedio del reflexivo fue mayor en ambos sexos estadísticamente diferente respecto a los otros estilos.

Conclusiones: El perfil de aprendizaje mostró predominio para estilos reflexivo - teórico. El activo obtuvo mayor porcentaje de preferencia en alto y muy alto. Existió correlación entre el activo con notas de enseñanza media y PSU verbal.

Palabras clave: Estilos de aprendizaje, estudiantes medicina, puntaje de ingreso.

Percepción de la formación de valores en el ambiente universitario de la UACH

Gema Santander M.; Tatiana Victoriano R.

Instituto de Enfermería, Universidad Austral de Chile, Chile.

El propósito del trabajo fue indagar sobre la percepción de la formación en valores desde la perspectiva de los docentes y estudiantes de la UACH. El instrumento aplicado por estudiantes de la asignatura de Responsabilidad Social identificó que 60% del grupo estudio pertenecía a la Facultad de Medicina. Las fortalezas coincidentes entre docentes y estudiantes son: responsabilidad, consecuencia, empatía y honestidad. En las debilidades no existen coincidencias. Los problemas sociales o éticos que analizan los docentes en sus asignaturas son: veracidad de la información, utilidad, desigualdad, malos tratos, calidad de vida, malas prácticas, contaminación, reciclaje, asignación de recursos, equidad, respeto, tolerancia, problemas económicos, discriminación, identidad nacional, autovaloración, agotamiento de los recursos naturales, drogadicción, autocuidado, SIDA, alcoholismo, comunicación familiar, vulnerabilidad, pobreza, carencias educativas y culturales. No todos los entrevistados mantienen contacto con actores sociales externos a la Universidad, pero se mencionan iglesias, establecimientos educacionales, equipos de salud, scout, sindicatos, voluntariados, hogares de menores, pastoral. En la relación docente-estudiante se reflexiona sobre: sexualidad, evaluaciones del desempeño, cómo mejorar o aportar más, problemas sociales, potenciar el espíritu crítico, responsabilidad con sus estudios, asistencia a clases, valorar privilegio de ser estudiantes universitarios, limitaciones de la realidad social, como entregar los conocimientos a la comunidad, equidad, discusiones de casos reales, solidaridad, aborto, adicciones, derechos de la infancia. Que desean reflexionar los estudiantes: desigualdad educacional y de género, saber más del otro, realizar enseñanza personalizada, enseñar a tratar con personas, calidad en términos de convivencia, temas legislativos, sexualidad, violencia, pobreza, grado de compromiso docente, cómo ejercen la responsabilidad social, ética profesional, calidad de la educación que entregan.

Conclusión: En la formación de los profesionales de la salud, se deben incrementar los espacios reflexivos extraídos de realidades sociales, desde las ciencias básicas hasta integrar a la sociedad profesionales socialmente responsables.

Formación continua en Educación Médica

Ortiz M., Liliana⁽¹⁾; Ibáñez G., Pilar⁽¹⁾; Fasce H., Eduardo⁽¹⁾; Ramirez F., Luis.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

E-mail: lilianaortiz@udec.cl

Introducción: La renovación permanente de plantas académicas y los desafíos actuales de la formación profesional en salud, genera la necesidad de dotar a los responsables de la enseñanza de “competencias docentes” adecuadas para satisfacer estos nuevos escenarios. Los programas de capacitación continua otorgan respaldo a esta necesidad y permiten generar espacios para el avance cualitativo de la disciplina.

Objetivos: La Facultad de Medicina-UdeC definió como estrategias: ofrecer capacitación continua a sus docentes en educación médica y definir políticas de promoción vinculadas a las funciones docentes.

Metodología: En el año 2002 se iniciaron cursos, talleres y diplomas de capacitación en educación médica. El año 2007 se definió el perfil de competencias docentes, que establece como funciones: “Planificar el proceso de enseñanza aprendizaje; Facilitar y orientar el aprendizaje de los alumnos; Propiciar conductas ligadas al profesionalismo”, y se aprobaron las políticas de promoción relacionadas con el perfil docente. Al año siguiente se inició el Magíster de Educación Médica para Ciencias de la Salud, con modalidad semipresencial, apoyo de plataformas educativas y actividades activo-participativas, ajustadas a las tendencias de la andragogía.

Resultados: A la fecha se han capacitado 142 docentes de 10 departamentos y 2 unidades. Una muestra representativa de éstos (30) señala que los mayores cambios ocurrieron en: “Elaborar preguntas de opción múltiple según estándares” (87%); “Incorporar nuevas metodologías de enseñanza” (77%); “Incorporar evaluaciones clínicas estructuradas” (77%), “Planificar evaluaciones en función de objetivos” (73%) y “Realizar retroalimentación positiva” (66%). Además, 25 nuevos docentes están participando del curso 2009 y el magíster cuenta con 7 egresados y 5 alumnos regulares de la facultad, quienes valoran cualitativamente de manera positiva las actividades del programa.

Conclusiones: La formación continua en educación médica, no sólo es un requisito de calidad, sino una necesidad institucional, valorada por los docentes.

Palabras clave: Competencias docentes, Magíster, Andragogía.

Implementación de asignaturas para desarrollar habilidades de comunicación en la formación médica

Ortiz M., Liliana⁽¹⁾; Matus B., Olga⁽¹⁾; Torres A., Graciela⁽¹⁾; Bastías V., Nancy⁽¹⁾; Schaufele M., Pablo⁽¹⁾; Ibáñez G., Pilar⁽¹⁾; Fasce H., Eduardo.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. E-mail: lilianaortiz@udec.cl

Introducción: Los cambios socioculturales han aumentado las expectativas de la población en la relación médico-paciente (RMP). En respuesta a ello, desde el Consenso de Toronto (1991) se ha promovido la enseñanza de habilidades de comunicación en medicina. Los estándares nacionales de acreditación también explicitan estas competencias. En 1998 se implementó en la UdeC la primera experiencia de entrenamiento de estas habilidades. Desde entonces, el programa se ha perfeccionado y actualmente existen dos asignaturas complementarias en primer y segundo año (“Profesionalismo y Habilidades de comunicación” - “Comunicación para la entrevista clínica”).

Objetivos: Los programas permiten valorar y desarrollar habilidades de comunicación requeridas por el médico.

Metodología: La enseñanza-aprendizaje en primer año se realiza mediante actividades grupales vivenciales-participativas, sociodramas y clases expositivas. En segundo año, se utilizan además prácticas: reflexiva mediante filmación de entrevistas, en hospital y de escritura de entrevistas. Estas últimas, se evaluaron este año con cuestionarios semiestructurados al final del 1° y 2° mes del semestre.

Resultados: 36 estudiantes (28%) respondió el primer cuestionario: 75% de los encuestados tienen una opinión buena y 17% muy buena del curso. 53% opina que las prácticas son integradoras de conocimiento. En pregunta abierta 92% contestó positivamente y al categorizar las respuestas, 24% resalta el Trabajo en equipo y 18% las competencias que desarrolla. 52 (46%) respondió segunda encuesta y 100% de éstos considera útiles las visitas al hospital. En pregunta abierta destacan motivación generada, relación estudiante-paciente y reforzamiento de habilidades de entrevista.

Conclusiones: La capacitación transversal de habilidades de comunicación, con vinculación temprana a los campos clínicos ha sido valorada positivamente por los estudiantes, constituyendo un aporte en la preparación a la clínica, consecución de atributos profesionales y competencias humanistas, que favorecerán actitudes adecuadas a las expectativas de la RMP.

Palabras clave: Entrevista clínica, Habilidades de comunicación, Relación Médico-paciente, Profesionalismo.

Diplomado en Salud y Humanización. Una experiencia de educación interprofesional

Walker, R.; Magliozzi, P.; Urrutia, M.; Rodríguez, A.

Introducción: En una cultura de cambio acelerado, con énfasis en la productividad, surge con fuerza la necesidad de rescatar y proteger el sentido del trabajo en el área de la salud y promover el autocuidado de profesionales y equipos. El origen del Diplomado coincide con el movimiento de desarrollo de las Unidades de Acompañamiento Espiritual en Hospitales y Centros de Salud a lo largo del país. Este programa de formación se inicia en 2006, con un enfoque de enseñanza interprofesional.

Objetivos: Este Diplomado permite a los egresados adquirir las bases teórico-prácticas para participar activamente en el desarrollo de proyectos y programas de Humanización y salud, y como líderes en la capacitación y formación de docentes.

Metodología: El Diplomado es presencial y consta de cuatro cursos: Salud y Humanización hoy: hacia un diagnóstico y terapia personalizados. El concepto de salud y curación desde una visión integral y biográfica. El arte de sanar desde una propuesta antropológica cristiana y en un diálogo interreligioso. Educación participativa en el área de la salud. Herramientas de enseñanza-aprendizaje participativas, centradas en el diálogo y la facilitación de un ambiente seguro. La comunicación y percepción como bases del aprendizaje. La persona frente a la enfermedad, el sufrimiento y la muerte: perspectiva antropológica. Dignidad de la persona humana. Motivación y sentido del propio trabajo en salud. Los nuevos desafíos que amenazan la dignidad de la persona. Habilidades de acompañamiento en la enfermedad, la muerte y el duelo. El proceso del duelo. El autoconocimiento y autocuidado: dos herramientas claves en el cuidado psicoespiritual.

Resultados y Conclusiones: Se gradúan alrededor de 20 alumnos anualmente, con participación de profesionales de las áreas de salud, ciencias sociales, arte, y religiosos, de muy diversas instituciones. Al egresar, continúan desarrollando proyectos docentes o de humanización en sus lugares de trabajo.

Palabras clave: Humanización, educación interprofesional.

Evaluación de estilos de aprendizaje en alumnos de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Viña del Mar

Maffet, Claudio⁽¹⁾; Escalante Eduardo⁽²⁾; Gallardo Gonzalo⁽¹⁾

Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Viña del Mar, Programa de Tecnología Educativa. Universidad de Viña del Mar. Chile. E-mail: claudio.maffet@cienciasbasicas.org

Introducción: El término estilo de aprendizaje se refiere al hecho que cuando queremos aprender algo cada uno de nosotros utiliza su propio método o conjunto de estrategias. Consideramos que una de las principales tareas de los educadores debe ser dilucidar los estilos de aprendizaje de los alumnos y alumnas con el fin de desarrollar herramientas eficaces de intervención para el mejoramiento de la docencia.

Objetivos: GENERAL: Evaluar los estilos de aprendizaje de alumnos de primer año de la Escuela de Ciencias de la Salud con la finalidad de perfeccionar el quehacer docente. ESPECÍFICOS: Aplicar el Test de Felder y Soloman en Alumnos de Primer Año; Analizar los datos obtenidos evaluando las características de estilos de aprendizaje; Proponer mejoras en el diseño de clases presenciales, prácticos y TICs.

Metodología: La principal fuente de datos para llevar a cabo esta investigación la constituyen los alumnos activos de primer año. El instrumento utilizado para recolectar los datos fue el Test de Estilos de Aprendizaje propuesto por Felder y Soloman (1984).

Resultados: Los alumnos y alumnas (n = 189) poseen distintos ritmos de aprendizaje y esto se debe a la variedad de estímulos que modulan este proceso. Se encuentra una diversidad de estilos de aprendizaje, pero con una clara tendencia de ser visuales, sensitivos, deductivos, reflexivos y secuenciales. Los alumnos que han reprobado asignaturas poseen estilos de aprendizaje más extremos (82%) que los alumnos que no han reprobado (12%).

Conclusiones: No se debe categorizar a los estudiantes de acuerdo a estilos sino que estos datos permiten reflexionar nuestra práctica educativa y generar otras estrategias de aprendizaje que permitan mejorar el rendimiento académico de nuestros alumnos. El uso de casos clínicos, seminarios y tecnologías permiten una mejor multisensorialidad en el obtener información, gestionar conocimiento y potenciar el aprendizaje.

Palabras clave: Aprendizaje, Estilos, Multisensorialidad.

Autoaprendizaje y Trabajo en Equipo en el desarrollo de la Competencia de Lectura y Comprensión de Textos Médicos y Científicos en Inglés

Ramírez F., Luis⁽¹⁾

⁽¹⁾ Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. E-mail: lramirez@udec.cl

Introducción: La capacidad de los estudiantes de Medicina y profesionales médicos de leer y comprender textos médicos y científicos en Inglés, como herramienta para acceder a la información publicada en revistas de circulación internacional, es una de las competencias reconocidas por varias Facultades de Medicina de Chile y su relevancia de incorporarlas al currículo pre y post grado se refleja en los seminarios y encuentros que ASOFAMECH ha propiciado sobre competencias en Medicina.

Metodología: Se aplicó una estrategia de autoaprendizaje y trabajo en equipo a los Médicos en formación en Medicina Familiar en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Participaron 10 médicos el año 2007 y 10 el año 2008. Las sesiones de trabajo en equipo se realizaron dos veces al mes con la utilización del diccionario Inglés-Inglés más la guía del Profesor. Los temas seleccionados estaban relacionados con el área de la Medicina Familiar. Cada grupo elegía un coordinador responsable del avance del equipo. Los participantes trabajaron además, independientemente, un artículo de su elección recibiendo retroalimentación del profesor. La evaluación de la asignatura fue aplicada al final de semestre por el Programa de Medicina Familiar.

Resultados: Los participantes estiman: Estilo de docencia 25% muy bueno; 75% bueno. Metodología 75% adecuada; 25% no opina. Metodología de evaluación 37,5% muy adecuada; 62,5% adecuada. Relación docente alumno 87,5% excelente; 12,5% buena. Aspectos Formales 62,5% muy buenos; 37,5% buenos. Aplicación de contenidos 62,5% de inmediato; 37,5% en el tiempo. Pertinencia de los Temas 62,5% muy pertinentes; 37,5% pertinentes.

Conclusiones: Podemos afirmar que la metodología empleada fue ampliamente aceptada por los participantes y constituye una herramienta poderosa para continuar desarrollando la competencia de lectura y comprensión de textos médicos científicos en Inglés, no sólo a nivel de postgrado, sino que es posible incorporarla a nivel de pre grado.

Modelos de predicción del rendimiento de los estudiantes de Medicina en asignaturas Básicas y Pre-clínicas

Zúñiga P., Denisse⁽¹⁾; Mena C., Beltrán⁽²⁾; Oliva, Rose; Pedrals G., Nuria⁽³⁾; Padilla, Oslando⁽⁴⁾; Bitran, C., Marcela⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro de Educación Médica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ⁽²⁾Oficina Editorial, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ⁽³⁾Dirección General Estudiantil, Pontificia Universidad Católica de Chile. ⁽⁴⁾Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile.

Introducción: El estudio de predictores de rendimiento académico es un tema importante en educación médica. Estudios del desempeño académico de los estudiantes suelen utilizar indicadores globales de rendimiento, sin considerar los métodos de evaluación u otras variables no cognitivas.

Objetivos: Modelar el rendimiento académico de los estudiantes de medicina considerando, además de variables académicas y biográficas, los métodos de evaluación y los modos de procesamiento de información.

Metodología: 272 estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (admisión 2000-2003) participaron en el estudio longitudinal, previo consentimiento informado. 6 grupos de variables (pruebas de ingreso a la universidad, antecedentes demográficos, modos de procesamiento de la información [IEA, 1981], experiencia previa, año de ingreso a la carrera y antecedentes curriculares), se usaron para modelar el rendimiento en 5 asignaturas básicas (Anatomía, Física, Química, Biología y Cálculo) y 2 asignaturas pre-clínicas (Integrado de Clínicas Médicas I y II). Los métodos de evaluación estudiados fueron: prueba de selección Múltiple, Examen Clínico Objetivado y Estructurado, y Nota de apreciación del tutor.

Resultados: Los métodos de evaluación y el año curricular, las notas de enseñanza media, el puntaje de la Prueba de Aptitud Matemática y de Conocimientos Específicos de Biología y la postulación previa a medicina fueron predictores del rendimiento académico en el ciclo básico y preclínico. El procesamiento de la información influyó en el rendimiento, en interacción con otras variables: la percepción de información (abstracta o concreta) con los métodos de evaluación (Múltiple Elección y ECOE), y el uso de información (activo o reflexivo), con el sexo. La correlación entre notas estimadas con el modelo y las obtenidas por los alumnos fue de 0,7.

Conclusiones: Los métodos de evaluación de los aprendizajes y los modos de procesamiento de la información, así como variables académicas evaluadas previo al ingreso a la universidad, inciden en el rendimiento académico de los estudiantes de medicina.

Palabras clave: Estudio longitudinal, estudiantes de medicina, rendimiento académico, procesamiento de la información, puntajes de ingreso, variables no académicas.

El portafolio como herramienta de evaluación del Internado Rural. Carrera de Medicina, Universidad de Chile

Teresa Millán K.⁽¹⁾; Nelly Madrid C.⁽²⁾; N. A. Vargas C.⁽³⁾

⁽¹⁾Depto. de Educación en Ciencias de la Salud y Depto. de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ⁽²⁾Corporación Municipal para la Educación y Salud de Melipilla. ⁽³⁾Depto. de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Chile.

Introducción: El Internado Rural (IR) de la Carrera de Medicina, Universidad de Chile, constituye una experiencia de aprendizaje integral con énfasis en la atención primaria y promoción de salud, en una localidad rural de nuestro país. Su evaluación entre otros, contempla el desarrollo del "Portafolio" (PF) herramienta de evaluación para que los estudiantes demuestren sus conocimientos y competencias en un área de aprendizaje, elaborado por cada grupo de internos, por mes, quienes lo presentan al final de su experiencia al equipo docente y compañeros del grupo siguiente.

Objetivos: Conocer la experiencia del PF como herramienta de evaluación de las actividades de experiencia aprendizaje realizadas en un internado.

Metodología: Evaluación de 24 Portafolios elaborados por cada grupo de internos de Medicina, U de Chile, quienes realizan su IR -enero a diciembre, 2008- en la posta "El Bollenar" y consultorio "San Manuel", dependientes de la Corporación Municipal para la Educación y Salud de Melipilla.

Resultados: Los PF reflejaron la experiencia de enseñanza aprendizaje, que con autonomía y supervisión indirecta, realizan los internos durante su estadía, permitiendo evaluar el grado de eficiencia, calidad y compromiso alcanzado. Los contenidos de cada PF evidencian a través de su relato narrativo, fotografías y material diseñado, el cumplimiento de las actividades en promoción de salud y atención primaria (creación, planificación, desarrollo y evaluación de programas y proyectos en salud), y relaciones humanas con el equipo de salud y la comunidad organizada (Comité Local de Salud, Jardín Infantil, Colegios, grupos de pacientes crónicos). También mostró las actividades de promoción y prevención en salud para grupos específicos (Examen salud Preventivo del Adulto, EFAM, ESPA, visita domiciliaria a adultos mayores postrados "Programa VIDA" y labor asistencial en consultorio y posta).

Conclusiones: El PF ha sido una herramienta de evaluación que resume el trabajo realizado por los internos permitiendo al docente evaluar en forma colectiva el desarrollo (proceso) y término de las actividades, reflejando sus fortalezas y debilidades. Por otra parte, ha permitido ser un instrumento de continuidad de las actividades y proyectos que se van realizando y constituir un espacio para la reflexión de los estudiantes sobre los aprendizajes significativos.

Palabras clave: Evaluación de aprendizajes.

Competencias específicas Tuning en la carrera de Medicina: Chile versus América Latina

Altamirano V., Patricio⁽¹⁾; Hanne A., Christel⁽²⁾.

⁽¹⁾Escuela de Medicina, Universidad Austral de Chile, Chile. ⁽²⁾Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Chile. E-mail: paltamir@uach.cl⁽¹⁾; channe@uchile.cl⁽²⁾

El enfoque curricular en Medicina en Chile y en América Latina (AL) es el tradicional, por asignaturas y dividido en ciclos. Las actuales tendencias en la Educación Superior mundial estimulan el cambio hacia una formación médica basada en competencias, centrada en el estudiante y con integración entre las ciencias básicas y clínicas.

El cambio de paradigma hacia un enfoque integral en salud obliga a construir un perfil de un médico no sólo preocupado por la enfermedad, sino que también ocupado de prevenir la aparición de ésta y a promover estilos de vida saludable en el individuo y en su comunidad, considerando además los diferentes contextos en que se desarrolla la práctica de la profesión, influida muchas veces según país, por las creencias, prácticas y valores de sus pueblos originarios. El grupo de Medicina Latinoamericana del Proyecto Alfa II TUNING LA, con representantes de 14 países, definió en el 2006, 63 competencias específicas que dan cuenta de este nuevo Perfil Médico. Estas se llevaron a consulta en el 2007 a Estudiantes, Académicos, Graduados y Empleadores, evaluándose grados de importancia y de realización en cada país participante.

Se presentan los resultados obtenidos en 6 Escuelas de Medicina de Chile, la gran mayoría provenientes de la Universidad Austral de Chile y de la Universidad de Chile, comparándolos con el conjunto AL. Al medir la importancia los cuatro grupos son parecidos: Valoraciones muy altas y semejantes en un gran número de competencias, tanto entre competencias, como entre Chile y AL. Se evidencia un mayor énfasis en la importancia en los chilenos. El orden en el que los cuatro grupos sitúan a las competencias en cuanto al grado de realización no es muy distinto, porque sus correlaciones son altas, pero lo que se produce es un distinto desplazamiento al compararse con sus homólogos del conjunto de AL.

Palabras clave: Proyecto Tuning AL, Competencias específicas, Medicina.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Los trabajos enviados a la revista RECS deberán ajustarse a las siguientes instrucciones basadas en el International Committee of Medical Journal Editors: publicadas en www.icmje.org.

Dirección de envío para los trabajos: **efasce@udec.cl**

1. El trabajo debe ser escrito en papel tamaño carta (21,5 x 27,5 cm), dejando un margen tres (3) cm. en los cuatro bordes.
2. Todas las páginas deben ser numeradas en el ángulo superior izquierdo, empezando por la página del título.
3. Cuando se envía en formato impreso, deben enviarse tres ejemplares idénticos de todo el texto, con las referencias, tablas y figuras. Si se envía en formato electrónico, debe adjuntarse en formato Word.
4. Se debe adjuntar la versión completa en CD o enviar por correo electrónico a: **efasce@udec.cl**
5. En ambas versiones (3 y 4) se usará letra tipo Arial tamaño 12, espaciado normal y márgenes justificados.
6. Los artículos de investigación deben dividirse en secciones tituladas “Introducción”, “Material y Método”, “Resultados” y “Discusión”.
7. Otro tipo de artículos, tales como “Revisión bibliográfica” y “Artículos de Revisión”, pueden presentarse en otros formatos pero deben ser aprobados por los editores.
8. El ordenamiento de cada trabajo será el siguiente:
 - 8.1. Página del título:
La primera página del manuscrito debe contener: a) el título del trabajo; b) El o los autores, identificándolos con su nombre de pila, apellido paterno e inicial del materno. Al término de cada autor debe incluirse un número en “superíndice” para que al pie de página se indique: profesión, grados e institución a la que pertenece. Cada una de las secciones siguientes (8.2 a 9.13) deben iniciarse en nuevas páginas.
 - 8.2. Resumen:
Se incluye en la segunda página y debe contener un máximo de 300 palabras, sin incluir abreviaturas no estandarizadas. Se debe agregar su traducción al inglés conjuntamente con la traducción del título. La revista hará dicha traducción para quienes no estén en condiciones de proporcionarla.
Los autores pueden proponer 3 a 5 palabras claves, las cuales deben ser elegidas en la lista de MeSH Headings del Index Medicus (Medical Subjects Headings), accesible en www.nlm.nih.gov/mesh/.
 - 8.3. Introducción:
Resume los fundamentos del estudio e indique su propósito. Cuando sea pertinente, incluya la hipótesis cuya validez pretendió analizar.
 - 8.4. Material y Método:
Identifique población de estudio, métodos, instrumentos y/o procedimientos empleados. Si se emplearon métodos bien establecidos y de uso frecuente (incluso métodos estadísticos), límitese a nombrarlos y cite las referencias respectivas. Cuando los métodos han sido publicados pero no son bien conocidos, proporcione las referencias y agregue una breve descripción. Si los métodos son nuevos o aplicó modificaciones a métodos establecidos, descríbalas con precisión, justifique su empleo y enuncie sus limitaciones.
 - 8.5. Resultados:
Siga una secuencia lógica y concordante, en el texto, las tablas y figuras. Los datos se pueden mostrar en tablas o figuras, pero no simultáneamente en ambas. En el texto, destaque las observaciones importantes, sin repetir todos los datos que se presentan en las tablas o figuras. No mezcle la presentación de los resultados con su discusión.
 - 8.6. Discusión:
Se trata de una discusión de los resultados obtenidos en este trabajo y no una revisión del tema en general. Discuta solamente los aspectos nuevos e importantes que aporta su trabajo y las conclusiones que Ud. propone a partir de ellos. No repita detalladamente datos que aparecen en “resultados”. Haga explícitas las concordancias o discordancias de sus hallazgos y sus limitaciones, comparándolas con otros estudios relevantes, identificados mediante las citas bibliográficas respectivas. Conecte sus conclusiones con los propósitos del estudio, que destacó en la “introducción”. Evite formular conclusiones que no estén respaldadas por sus hallazgos, así como apoyarse en otros trabajos aún no terminados. Plantee nuevas hipótesis cuando parezca adecuado, pero califíquelas claramente como tales. Cuando sea apropiado, incluya sus recomendaciones.

8.7. Agradecimientos:

Expresa sus agradecimientos sólo a personas o instituciones que hicieron contribuciones substantivas a su trabajo.

8.8. Referencias:

Limite las referencias (citas bibliográficas) idealmente a 20. Prefiera las que correspondan a trabajos originales publicados en revistas indexadas. Numere las referencias en el orden en que se las menciona por primera vez en el texto, identifíquelas con números arábigos, colocados entre paréntesis al final de la frase o párrafo en que se las alude. Las referencias que sean citadas únicamente en las tablas o las leyendas de las figuras deben numerarse en la secuencia que corresponda a la primera vez que se citen dichas tablas o figuras en el texto.

Los resúmenes de presentaciones a Congresos pueden ser citados como referencias sólo cuando fueron publicados en revistas de circulación común. Si se publicaron en "Libros de Resúmenes", pueden citarse en el texto (entre paréntesis), al final del párrafo pertinente, pero no deben listarse entre las referencias.

El listado de referencias, debe tener el siguiente formato:

- a). Para artículos de revistas: Apellido e inicial del nombre del o los autores. Mencione todos los autores cuando sean cuatro o menos; si son cinco o más, incluya los cuatro primeros y agregue "et al". Limite la puntuación a comas que separen a los autores entre sí. Siga el título completo del artículo, en su idioma original. Luego el nombre de la revista en que apareció, abreviado según el estilo usado por el Index Medicus, año de publicación; volumen de la revista: página inicial y final del artículo. Ejemplo: Morrison E, Rucker L, Boker J, Hollingshead J, et al. A pilot randomized, controlled trial of a longitudinal residents-as-teachers curriculum. Acad Med 2003; 78: 722-729.
- b). Para capítulos de libros: Apellido e inicial de nombre del autor. Nombre del libro y capítulo correspondiente. Editorial, año de publicación; página inicial y página de término. Ejemplo: Gross B. Tools of Teaching, capítulo 12. Jossey-Bass 1993: 99-110.
- c). Para artículos en formato electrónico: citar autores, título del artículo y revista de origen tal como para su publicación en papel, indicando a continuación el sitio electrónico donde se obtuvo la cita y la fecha en que se hizo la consulta. Ejemplo: Rev Méd Chile 2003; 131:473-482. Disponible en: www.Scielo.cl [Consultado el 14 de julio de 2003]. Todas las URL (ejemplo: <http://www.udec.cl>) deben estar activadas y listas para ser usadas.

8.9. Tablas:

Presente cada Tabla en hojas aparte, separando sus celdas con doble espacio (1,5 líneas). Numere las Tablas en orden consecutivo y asígneles un título que explique su contenido sin necesidad de buscarlo en el texto del manuscrito (Título de la Tabla). Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado. Separe con líneas horizontales solamente los encabezamientos de las columnas y los títulos generales. Las columnas de datos deben separarse por espacios y no por líneas verticales. Cuando se requieran notas aclaratorias, agréguelas al pie de la Tabla. Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estándar. Cite cada Tabla en su orden consecutivo de mención en el texto del trabajo.

8.10. Figuras:

Se denomina figura a cualquier ilustración que no sea tabla (Ejs: gráficos, radiografías, fotos). Los gráficos deben ser enviados en formato jpg para la versión electrónica y en reproducción fotográfica (blanco y negro) tamaño 9 x 12 cm para la versión impresa. Las letras, números, flechas o símbolos deben verse claros y nítidos en la fotografía y deben tener un tamaño suficiente como para seguir siendo legibles cuando la figura se reduzca de tamaño en la publicación. Sus títulos y leyendas no deben aparecer en la fotografía sino que se incluirán en hoja aparte. En el respaldo de cada foto debe anotarse, con lápiz de mina o una etiqueta pegada, el número de la figura, el nombre del autor principal y una flecha indicando su orientación espacial. Cite cada figura en el texto, en orden consecutivo, si alguna figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y obtenga permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo.

8.11. Leyendas para las figuras:

Presente los títulos y leyendas de las figuras en una página separada. Identifique y explique todo símbolo, flecha, número o letra que haya empleado para señalar alguna parte de las ilustraciones.

8.12. Unidades de medida:

Use unidades correspondientes al sistema métrico decimal.

9. Documentos que deben acompañar al manuscrito.

9.1 Carta de presentación:

Escrita por el autor principal, explicando el carácter inédito.

9.2 Guía de exigencias:

De acuerdo al formato indicado en el documento **Exigencias para Manuscritos**.

9.3 Declaración de la Responsabilidad de Autoría:

De acuerdo al formato indicado en el documento **Declaración de la Responsabilidad de Autoría**.

EXIGENCIAS PARA LOS MANUSCRITOS

Debe ser revisada por el autor responsable, marcando su aprobación solamente en los casilleros que requieran dicha aprobación.

Todos los autores deben identificarse y firmar la página del reverso.

Ambos documentos deben ser entregados junto con el manuscrito

- 1.- Este trabajo es inédito y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión de los editores de esta Revista.
- 2.- El texto está escrito espaciado a 1,5 pt, en hojas tamaño carta, enumeradas.
- 3.- Incluye un resumen de hasta 250 palabras, en castellano y, en lo posible, traducido al inglés.
- 4.- Las referencias (citas bibliográficas) se presentan con el formato internacional exigido por la Revista y se eligieron según se recomienda en las Instrucciones a los Autores.
- 5.- Incluye como referencias sólo material publicado en revistas de circulación amplia, o en libros. Los resúmenes de trabajos presentados en congresos u otras reuniones científicas pueden incluirse como citas bibliográficas únicamente cuando están publicados en revistas de circulación amplia.
- 6.- El manuscrito fue organizado de acuerdo a las “Instrucciones a los Autores”.
- 7.- Las Tablas y Figuras se prepararon considerando la cantidad de datos que contienen y el tamaño de letra que resultará después de la necesaria reducción en imprenta. Deben venir en archivo adjunto, no inserto en el documento Word. Las figuras preparadas de acuerdo a las “Instrucciones a los Autores”.
- 8.- Si se reproducen Tablas o Figuras tomadas de otras publicaciones, se proporciona autorización escrita de sus autores o de los dueños de derechos de publicación, según corresponda.
- 12.- Se indican números telefónicos y el correo electrónico del autor que mantendrá contacto con la **Revista**.

Nombre y firma del autor que mantendrá contacto con la revista

Teléfonos:

Fax:

E-mail:

