

EDITORIAL

Educación médica 2020: explicitando las tensiones para entrar en la crisálida

ARTÍCULOS ORIGINALES

Concepciones sobre competencias genéricas en educadores médicos en Argentina: contribuciones para la generación de consensos

La evaluación metacognitiva y el reconocimiento del “otro” en la enseñanza de la clínica médica

Valoración del uso de aula virtual en la Cátedra de Fisiología Humana de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba

Análisis de la potencialidad de un software educativo de simulación de electrocardiograma desde la mirada de estudiantes de medicina

ARTICULO DE REVISION

Empatía y compasión en la formación médica. ¿Es necesaria la educación afectiva en Medicina?

INFORME BREVE

Semillero de investigación como espacio colaborativo de aprendizaje para estudiantes de Kinesiología

COMUNICACION de ESTUDIANTES

Frecuencia de maltrato físico, sexual y psicológico por parte de docentes a estudiantes de 1ro a 5to año de la Carrera de Médico, en una Universidad Pública Argentina.



Dr. Angel Centeno

INDICE

Autoridades de la Afacimera	2
Comité editorial	3
Imágen de tapa	4
Editorial	5
Artículos originales	
Concepciones sobre competencias genéricas en educadores médicos en Argentina. Contribuciones para la generación de consensos. Ladenheim, R. I; Hernández, C.I.	8
La evaluación metacognitiva y el reconocimiento del “otro” en la enseñanza de la clínica médica. Demuth, P; Navarro, V; Porta, H.; Dibernardo, J.	18
Valoración del uso del aula virtual en la cátedra de fisiología humana de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. Kaplan, R, L; Guevara, C.E; Santillán, M.E.	29
Análisis de la potencialidad de un software educativo de simulación de electrocardiograma desde la mirada de estudiantes de medicina Ogueta Baza, S.L.; Rabino, M.; Bombina, E.; Minnaard, V.; López, M.; Soto, G.....	35
Artículo de revisión	
Empatía y compasión en la formación médica. ¿Es necesaria la educación afectiva en Medicina? Muntadas, J.....	42
Informe Breve	
Semillero de investigación como espacio colaborativo de aprendizaje para estudiantes de Kinesiología Leyes, L.; Zalazar Cinat, J.; Acosta, L.; Barrios, M.; Villasboas Jaureguiberry, M. S.; Vargas, L.; Vera, W.	51
Comunicación de estudiantes	
Frecuencia de maltrato físico, sexual y psicológico por parte de docentes a estudiantes de 1ro a 5to año de la Carrera de Médico, en una Universidad Pública Argentina. Alanoca, S. P.; Alejo, Á. D.; ,Maidana, S. F.; Zerpa, M. D.....	53
Reglamento de publicaciones	70

AUTORIDADES DE AFACIMERA

Presidente

Dr. ÁNGEL PELLEGRINO

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Aconcagua

Secretario General

Dr. ROGELIO PIZZI

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba

Tesorero

Dr. ROBERTO CHERJOVSKY

Ex Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la
Universidad Abierta Interamericana

Decanos

Universidad Austral

Dr. RAUL VALDEZ

Universidad de Mendoza

Dr. ENRIQUE GORRI

Instituto Universitario CEMIC

Dr. JORGE NAZAR

Universidad Abierta Interamericana

Dr. ALEJANDRO BOTBOL

Universidad Nacional de la Rioja

Dra. SILVINA SCHAB

Universidad Nacional de Rosario

Dr. RICARDO NIDD

Universidad Nacional de La Plata

Dr. JUAN ÁNGEL BASUALDO FARJAT

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTORA

Dra. Viviana de los Angeles Navarro
Universidad Nacional del Nordeste

COMITÉ EDITOR

Dra. Soledad Campos
Universidad Austral
Dra. Patricia Demuth Mercado
Universidad Nacional del Nordeste
Mgter. Alejandro Cragno
Universidad Nacional del Sur
Esp. Méd. Ruth Kaplan
Instituto Universitario de
Ciencias Biomédicas de Córdoba
Mgter. Roberta Ladenheim
Instituto Universitario del Hospital Italiano
Mgter. Sergio Ogueta
Universidad Fasta
Dra. Alicia Penissi
Universidad del Aconcagua

COMITÉ DE REVISORES EXTERNOS

Dra. María Alejandra Blanco	Dra. Rosana Gerometta
Tufts University USA	Universidad Nacional del Nordeste
Dr. Francisco Lamus	Mgter. Marcelo García Dieguez
Universidad de La Sabana. Colombia	Universidad Nacional del Sur
Dr. Jordi Palés	Dr. Ángel Centeno
Universidad de Barcelona, España	Universidad Austral
Dr. Carlos Brailovsky	Dr. Eduardo Durante
Université Laval, Canadá	Inst. Univ. del Hospital Italiano
Dra. Agustina Mutchinick	Dra. Vivian Minnaard
Inst. Univ. del Hospital Italiano	Universidad Fasta
Esp. Méd. Cristina Elizondo	Dr. Humberto Jure
Inst. Univ. del Hospital Italiano	Universidad Nacional del Nordeste
Mgter. Gisela Schwartzman	Mgter. Juan José DiBernardo
Inst. Univ. del Hospital Italiano	Universidad Nacional del Nordeste
Esp. Méd. Marcelo Figari	Lic. Fernando Gómez
Inst. Univ. del Hospital Italiano	Universidad Nacional del Nordeste
Mgter. Vilda Discacciati	Mgter. María de la Paz Grebe
Inst. Univ. del Hospital Italiano	Universidad Austral

Administración sitio Web

Lic. María Mercedes Brain Lascano

Asesor y Corrector de Estilo

Guillermo Marín

Edición General

Abelardo J. Santillán

Asesor Legal

Dr. Marcelo Jáuregui

Dr. Angel Centeno

El Doctor Ángel Centeno ha dicho en muchas oportunidades que la medicina es una profesión que sabe mucho, pero no sabe todo. Y es por eso que formar un buen médico, no es una tarea sencilla. Quizás un postulado como este haya sido uno de los paradigmas fundamentales que lo guió hacia la concepción de uno de sus grandes aciertos profesionales: la creación de la Revista Argentina de Educación Médica. Es que Ángel Centeno, nacido en Buenos Aires en 1953, Doctor en Medicina por la Universidad del Salvador (1990), miembro de AMEE Association of Medical Education in Europe), docente Harvard Macy Program for Physician Educators, director del Departamento de Educación Médica de la Uni-

versidad Austral, docente del CEMIC, UBA y del programa Harvard Macy de educación médica y miembro del comité editorial de Medical Education, Medical Teacher, entre otras conquistas, supo ensamblar el discurso científico en un producto cultural. “El motivo principal por el que hicimos la revista fue para que los educadores en ciencias de la salud pudieran comunicar sus experiencias y opiniones”, dice. No estuvo solo. Toda gran empresa es también el resultado de otros actores. “Recuerdo que Roberto Cherjovsky me acompañaba a las oficinas de la empresa que imprimía la revista anteriormente durante horas para las revisiones de los trabajos”. Corría julio de 2007. Por entonces, con un fuerte apoyo de la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA), Centeno y sus colaboradores no solo buscaban en la RAEM el desarrollo de la educación como una rama de la ciencia, sino también promover la interdisciplinariedad. “No debemos olvidar que una característica distintiva de la educación en ciencias de la salud es tener elementos propios de las ciencias médicas, y de las ciencias de la educación, así como nexos cercanos con la psicología y la sociología, entre otras disciplinas”, decía. Con todo, hubo una idea radical que germinó desde el primero momento: nutrir la publicación con los mejores trabajos de las Conferencias Argentinas de Educación Médica (CAEM), que desde 1999 difunde ciencia en el país. De todos modos, la RAEM está abierta desde su génesis a incorporar en sus páginas, comité de evaluación de expertos mediante, a todo científico o grupo de ellos que se aboquen a la investigación de la educación médica. El doctor Ángel Centeno pensó desde siempre que este medio de información científica debía ser también un gran estimulador para los estudiantes de cualquier área de las ciencias de la salud. Y que “El alumno necesita o, mejor dicho, debe aprender que un paciente es sobre todo una persona y su entorno familiar, social, espiritual y político. Si conseguimos desarrollar en ellos un sentido crítico que les permita usar todos los recursos de la ciencia y saber descartar los que son sólo “fuegos artificiales”, sí podemos formar buenos médicos a pesar de los tantos saberes que hoy hay en juego”. “Se han identificado gran cantidad de hitos en la enseñanza de las ciencias de la salud, dijo en una oportunidad el doctor, acaso sin imaginar que una década más tarde, un acontecimiento significativo en su persona y en la de sus discípulos se prolongaría a través de la historia de la educación en la Argentina.

Educación médica 2020: explicitando las tensiones para entrar en la crisálida

Dra. Viviana Navarro

Viviendo el día a día a principios del año 2020 nos encontramos de pronto con el evento mundial que vino a cambiar nuestras vidas, vino a igualarnos y también a exponer abiertamente las desigualdades. Este es un ámbito referido a la Educación Médica y por lo tanto trataré de focalizar mis reflexiones en ese sentido.

Son diversas las tensiones que aparecieron en estos meses y variadas las soluciones que intentamos implementar o implementamos y muchas las que aún deberemos implementar.

¿Cómo reaccionaron las diferentes Facultades de Medicina ante esta crisis que alteró el status quo? Seguramente, todas, buscando la forma de seguir adelante, iniciando un proceso de Virtualización rápido que trajo consigo diferentes tensiones que trataré de simplificar en unas pocas.

La Primera tensión que apareció: ¿qué haríamos al virtualizar, una *Presencialidad asistida por Tecnologías* o una *Virtualidad pedagógicamente estructurada*? Aún en las facultades que incorporaron TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) hace muchos años, no todos los docentes estaban preparados para la segunda opción que requiere no sólo conocimiento sino también manejo de las tecnologías, del diseño instruccional, de las herramientas didácticas y de evaluación de las diferentes plataformas para lograr interacción, aprendizaje colaborativo y construcción de una comunidad de aprendizaje. Muchos docentes estuvieron más cómodos con la primera opción que requirió más que nada llevar lo que hacían en las aulas a lugares de encuentro como Zoom, Jitsi, Meet entre otros y utilizando las aulas virtuales como repositorios y no lugares de interacción y aprendizaje colaborativo. Por lo cual creo que mayoritariamente desarrollamos un modelo mixto y muy creativo que permitió que cada uno, desde sus posibilidades, siguiera el dictado y evaluación de las asignaturas. Sin embargo durante ese dictado surgió la Segunda tensión: ¿qué haríamos con las actividades prácticas?, pues inicialmente creímos que volveríamos antes de que finalizara el cuatrimestre pero no fue así; siendo que las Ciencias de la Salud requieren de ellas, nadie ha podido resolver este problema en toda su dimensión, en algunos casos aparecieron pacientes virtuales o el uso de la simulación virtual pero sabemos que nada reemplazará el contacto directo con los pacientes y el contexto sanitario del cual aprendemos los profesionales de la salud, como tampoco podremos certificar que los estudiantes hayan adquirido las competencias necesarias para, como dice a Delors¹, *Aprender a hacer* como competencias que capaciten al individuo frente a los desafíos profesionales y que no pueden disociarse de *Aprender a conocer* ejercitando la atención, la memoria y el pensamiento. Ni el *Aprender a vivir juntos* descubriendo al otro a partir de descubrirse a uno mismo, para ser capaces de ponerse en el lugar del otro, desarrollando empatía o el *Aprender a ser* para que el individuo tenga capacidad de pensamiento autónomo, crítico, juicio propio y responsabilidad profesional.

De todas las anteriores surge entonces la Tercera tensión, de cara al futuro inmediato: ¿cómo seguimos? Existen muchos interrogantes desde aquí, ¿qué debemos hacer?: ¿reformular nuestros planes de estudio?, ¿modificar nuestros programas?, ¿capacitar a todos nuestros docentes en TIC?, ¿incorporar las TIC a nuestras prácticas docentes?, ¿replantear las actividades prácticas en las

carreras?; ¿dejar de lado las clases teóricas e instalar más escenarios de discusión?; ¿trabajar con mayor rapidez en las integraciones curriculares, aquellos que aún no están integrados?, ¿tener planes que les permitan a los estudiantes elegir su camino de formación?, ¿replantear nuestro rol social?; ¿desarrollar comunidades de aprendizaje entre todos para socializar los aprendizajes, recibir feedback y validarlos?; ¿plantear estrategias más efectivas que les permitan a los estudiantes de Ciencias de la salud adquirir las competencias necesarias para desarrollarse como profesionales en el siglo XXI? ¿O todo esto y más? Ni siquiera planteo la posibilidad de que volvamos a la situación previa pues de ninguna manera sería posible, nosotros, el contexto sanitario y el mundo ya no somos los mismos.

En 2010 Najmanovich² hablaba de que: *“En las épocas de crisis se llevan adelante los debates sobre los “fundamentos” de las disciplinas, sobre la concepción del mundo que implican respecto del significado de los términos fundamentales utilizados y las decisiones metodológicas implicadas. Desde esta perspectiva, la crisis es una oportunidad debido a su alto fermento creativo, aunque también es un período de vértigo, angustia y confusión”*. ¿Qué actual no? Ya han pasado varios meses de ese momento inicial que generó angustia, incertidumbre y actividad febril, como la mayoría de las crisis lo hacen, ahora es momento de detenernos a reflexionar sobre lo aprendido, de hacer autocrítica interna y a nuestro sistema educativo. Si bien mucho se ha trabajado para poder seguir en marcha y mucho se sigue trabajando para planear la salida, este es un tiempo que nos da la oportunidad de formar la crisálida para iniciar la metamorfosis, una transformación que nos convierta en algo mejor de lo que éramos y de lo que somos y eso no puede hacerse sin detenerse a reflexionar.

Para realizar la metamorfosis, la oruga se encoge y la piel se abre, a partir de allí se formará la crisálida. ¿Qué significativo, no?, dejar la piel para poder formar la crisálida que la protegerá mientras se transforma. ¿No les parece que en estos meses hemos dejado la piel?

La crisálida parece, desde fuera, algo inanimado sin embargo dentro de ella se produce uno de los eventos más maravillosos de la naturaleza, una simple oruga que un tiempo antes se arrastraba está sufriendo cambios muy dinámicos que en unos días dejará emerger a través de una grieta de la crisálida a una mariposa; para salir la mariposa debe hacer mucho esfuerzo, eso va a asegurar que sus alas sean fuertes para volar, sale y al principio sus alas están mojadas y arrugadas, luego se secarán y se desplegarán para finalmente mostrar una bella mariposa. Dentro de nuestra crisálida debemos digerir nuestro cuerpo de conocimientos sobre la Educación Médica y lo aprendido en este tiempo, nuestros programas, estrategias didácticas y de evaluación, todo aquello de lo que estábamos seguros antes de esta experiencia, y comenzaremos a construir un nuevo esqueleto donde será necesario realizar muchas acciones que colaboren con el desarrollo de algunas habilidades necesarias en el estudiante del Siglo XXI; nuevas antenas que como a las mariposas nos ayuden a orientarnos en la migración hacia tierras desconocidas pero también a percibir la luz, alas que no teníamos y nos llevarán a otros sitios.

...” La primera crisálida tuvo que soñar sus alas. En el fondo creo que siempre he confiado en ese poder nuestro para obrar el milagro de un cambio. Uno importante: duelos, posguerras, rupturas, heridas, tsunamis, crisis, desilusiones, pandemias, catástrofes, esos procesos capaces de llevarnos al punto de

deshacernos por completo como pobres orugas destinadas a arrastrarse por la tierra pueden inducirnos, al mismo tiempo a un fuerte renacer con una nueva capacidad: la de volar...

...El sueño de una crisálida es un sueño lleno de cosas. No es un sueño inactivo. Es un tiempo muerto en el que se opera un proceso solitario y milagroso..." (de El sueño de la crisálida por Vanessa Montfort³)

BIBLIOGRAFÍA

1. Delors, J. "Los cuatro pilares de la educación" en *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI*, Madrid, España: Santillana/UNESCO. 1996 pp. 91-103.
2. Najmanovich D Epistemología y Nuevos Paradigmas en Educación. Educar y aprender en la sociedad-red. Rizoma freireano 2010 Nº 6 <http://www.rizoma-freireano.org/epistemologia-y-nuevos-paradigmas-en-educacion-educar-y-aprender-en-la-sociedad-red--dra-denise-najmanovich>
3. Montfort V El sueño de la crisálida. Primera Edición. Barcelona, España. Penguin Random House Grupo Editorial S.A 2019

Concepciones sobre competencias genéricas en educadores médicos en Argentina: Contribuciones para la generación de consensos

Roberta Inés Ladenheim

Directora del Departamento de Posgrado del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires

Cecilia Inés Hernández

Departamento de Investigación y Docencia- Hospital Regional Río Gallegos, Santa Cruz

"El siguiente trabajo se realizó en el marco de una Short-Term Visit Scholarship de la Academia Tuning, Deusto, España. La versión completa se encuentra accesible en el siguiente link [http://dx.doi.org/10.18543/tjhe-5\(2\)-2018pp99-132](http://dx.doi.org/10.18543/tjhe-5(2)-2018pp99-132)"

INTRODUCCIÓN

Hablar del campo de los recursos humanos en salud en Argentina, implica referirse a *"...una estructura de intersectorialidad en permanente transformación, con dinámicas cambiantes, con actores e instituciones con intereses propios, muchas veces complementarios, muchas otras contradictorios."*¹ La formación de Recursos humanos implica una articulación compleja entre diversos actores; entre ellos el sistema de salud, el sistema de educación y el ámbito de inserción laboral futura; cada uno con lógicas propias.

Hace más de un siglo, Abraham Flexner presentó en un Informe aquello que *"la educación médica debía ser"*, poniendo énfasis en el fortalecimiento del aprendizaje de las ciencias básicas.² En los años 90, se dio una redefinición de la educación médica más enfocada en los resultados; en *"las competencias que un médico debería tener"*³. El Proyecto Tuning surgió en Europa y luego en América Latina y otras regiones del mundo. En América Latina, en Medicina específicamente, representantes de las universidades trabajaron en el desarrollo de un metaperfil latinoamericano.⁴ En el año 2007, manifestaron que *"las carreras de medicina"* siguen siendo fuertemente disciplinares⁵ observaciones que también surgieron en el resto del mundo donde los planes de estudio siguen respondiendo a un paradigma caracterizado por la fragmentación⁶.

En este contexto de debates sobre la innovación educativa, en el año 2010 (a cien años de su reporte original), la Carnegie Foundation publicó el Informe *"Educating Physicians"* donde planteó que la educación de profesionales de la salud no estaba a la altura de los desafíos que se le plantean desde la sociedad y continúa con un currículum estático y fragmentado. Remarcó el *"tribalismo de las profesiones"* y la tendencia a desarrollarse de modo aislado entre ellas y también podría decirse *"aisladas"* de las demandas sociales⁷; punto de bisagra entre la hegemonía médica y el paso a la colaboración interprofesional⁸ ⁹. Esto ha motivado la inclusión en las propuestas curriculares de competencias genéricas¹⁰. El médico del siglo 21¹¹ debe redefinir su rol dentro del equipo para responder a estas necesidades que requieren una mirada holística, interdisciplinariedad y colaboración.

En el marco de la educación médica basada en competencias han surgido debates. Por un lado, el debate entre lo observable y lo no observable, donde desde una perspectiva del paradigma psicométrico se requiere que todos los atributos de una conducta sean potencialmente medibles y en simultáneo quedan cuestiones claves de la formación de profesionales de la salud, como la empatía, que no pueden ser medidos fácilmente¹². Por otro lado, no existe una única manera de concebir la competencia, lo cual tiene sus efectos¹³ y se critica a la educación basada en competencias por implicar una aproximación fragmentada y por lo tanto limitada o sesgada. En el marco de esta tensión entre reduccionismo y holismo, se reconoce que fraccionar la práctica en dominios puede

facilitar la evaluación o el feedback^{14 15}. Asimismo, ha surgido la necesidad de repensar la competencia desde una perspectiva de competencia colectiva, siendo que la competencia de los individuos aislados no es suficiente para asegurar la calidad de atención y seguridad del paciente¹⁶. Finalmente, uno de los debates relevantes en la actualidad es el que se refiere a las Competencias Genéricas (CG), que han sido consideradas de gran relevancia, pero su implementación aún no encuentra un camino claro, constituyendo un gran desafío¹⁷. La literatura menciona diversos términos para referirse a las mismas y no hay consenso sobre cómo incluirlas en la planificación curricular; se sostiene una fisura entre su enunciación y su aprendizaje/implementación en contextos situados. Las interferencias señaladas en torno al término competencia, parecen acentuarse al hablar de competencias genéricas.

En este sentido, la construcción de marcos de referencia (MR) ha tenido un claro desarrollo en el ámbito de la educación médica. Los MR son organizadores que agrupan ideas o dominios, que reflejan los objetivos educativos que deben alcanzarse¹⁸ y se organizan a través de un lenguaje compartido, constituyendo un modelo de uniformidad *de lo que se debería hacer*. El modo en que están contruidos (escritura) tiene efectos en la interpretación de los mismos y en los diseños curriculares; constituyendo una manera de operacionalizar y “bajar” conceptos complejos, como el de competencia, a instancias concretas de planificación y evaluación.

En relación a las competencias genéricas, la ausencia de un lenguaje común ha sido señalado como un obstáculo, ya que existen en el ámbito de la educación diferentes definiciones, clasificaciones y nombres para referirse a las mismas¹⁹. En Argentina, en los documentos que regulan la enseñanza de la medicina en grado y posgrado, se observa precisamente esto; distintos nombres, definiciones, maneras de vincular lo genérico y lo específico, de planificar su enseñanza y evaluación, e incluirlas en los procesos de acreditación de la calidad educativa; posiblemente esto implique distintas concepciones en los planificadores. A nivel de la formación de grado, los estándares de acreditación de la carrera de medicina no hacen mención explícita al término “competencias genéricas”. Si bien se encuentran incluidas, no se identifica otra nominación. A nivel de posgrado, particularmente en la formación en servicio (Residencias Médicas), la “Guía para la elaboración de Marcos de Referencia”²⁰ incluye competencias generales, áreas de competencia y se hace referencia explícita a las “competencias transversales”. Asimismo, por un lado propone que según las especialidades se deberán definir contenidos específicos y por otro lado propone “contenidos transversales” comunes a todas las especialidades. Aunque hay esfuerzos hacia abordajes formativos más integrales²¹ que aún se mantiene en un plano más declarativo que productivo²².

En la experiencia del grupo de trabajo Tuning LA 2011-2014 en el área de Medicina, se evidenciaron dificultades cuando se intentó plasmar la distinción entre genéricas y específicas (especialmente en torno a la “comunicación”). Afirmando finalmente que en la práctica, las competencias genéricas no estarían claramente separadas de las específicas y que siempre deben ser definidas/interpretadas “a la luz” del área disciplinaria.

Puntualmente en relación a lo que se nombra como “competencias genéricas” parece haber diversas interpretaciones, usos y modos de nombrarlas, existiendo diferencias en la literatura, en los documentos oficiales y públicos de Argentina. En apariencia se habla de lo mismo, pero ¿se habla/se nombra lo mismo? ¿qué concepciones operan detrás de estas diferencias? Como dice Pratt “las concepciones son creencias o ideas que funcionan como lentes a través de los cuales las personas interpretan el mundo” e influyen la práctica docente y las estrategias de aprendizaje de los alumnos.²³

Desde esta perspectiva, una concepción es un modo de interpretar, comprender y recortar una

realidad determinada; qué es relevante y que no; lo que se incluye y lo que queda por fuera. Las concepciones pueden hacerse visibles a través del uso del lenguaje. De aquí que los términos que elegimos y utilizamos para nombrar algo, “no son inocentes”. Al contrario, funcionan como lentes que permiten ver las cosas de una determinada manera. Las concepciones se ponen en juego en distintas instancias, aún cuando las mismas no estén explicitadas^{24 25}

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio cuyo objetivo fue indagar sobre las concepciones en relación a las competencias genéricas, que tienen los planificadores vinculados a la educación médica en Argentina y el uso del lenguaje en referencia a las mismas. Considerando la complejidad del sistema de salud en Argentina, se realizó un muestreo intencional no probabilístico, utilizando informantes estratégicos provenientes de distintos grupos y ámbitos, a quienes se les realizó entrevistas semiestructuradas. Los entrevistados fueron seleccionados a partir de los siguientes criterios: Ser expertos en educación médica/educación para profesionales de la salud (sea por formación/especialización en el tema o por trayectoria reconocida en el área) - Participar/haber participado en la planificación de planes de estudio o marcos regulatorios o políticas ministeriales en el área de la educación médica en Argentina. Se apuntó a obtener una muestra significativa, ya que permite potenciar la exploración y no reviste la intención de ser representativa de todas las situaciones. El tamaño de la muestra quedó determinado por el criterio de saturación de información, vinculado específicamente al objetivo principal de este estudio.

Todas las entrevistas fueron realizadas por uno de los investigadores. Los entrevistados fueron contactados y luego citados a entrevista; algunos fueron entrevistados vía skype. Todos prestaron su consentimiento para el uso de los datos de manera anónima. Las entrevistas fueron realizadas entre julio y setiembre de 2017, grabadas y luego transcritas para su análisis. Se realizó un diseño preliminar de la entrevista y se fue ajustando durante el proceso, a través de la realización de las mismas. A continuación el protocolo de entrevista:

- Definición sobre competencias Genéricas (¿qué consideran que son las competencias genéricas?)
- Términos relacionados (transversales, huérfanas, independientes de dominio) ¿por qué consideran que hay diversos términos?Cuál utilizan en su práctica o consideran más apropiado para referirse a...? ¿Cuál considera que es el límite entre lo genérico y lo específico?
- Aprendizaje de competencias genéricas (¿cómo creen que se aprenden las competencias genéricas?)
- Enseñanza de competencias genéricas (¿cómo creen que se enseñan las competencias genéricas? Qué característica consideran que debe tener la enseñanza de las mismas? - Procesos históricos (¿qué momentos o cambios reconoce en el proceso de incorporación de CG en la enseñanza de profesionales de la salud en la argentina?)
- Decisiones en la planificación curricular (¿considera que deben estar incluidas en los perfiles? Ha tenido que tomar decisiones con respecto a la planificación/ integración?)
- Evaluación de competencias genéricas (cómo cree que deben evaluarse las CG?)
- Diferenciación para el desarrollo de habilidades (¿La separación mejora la enseñanza?)
- Puede comentar algunos Ejemplos concretos de enseñanza de genérico? Positivos? Negativos?

Se realizó un **análisis** independiente por ambos investigadores, para disminuir el sesgo del entrevistador. A partir de los datos obtenidos, se realizó un pre-análisis de contenido, que consistió

en una etapa de lectura general de las entrevistas. Después, utilizando un sistema de codificación abierta se organizó un sistema de categorías, que se definieron considerando el marco teórico y que asimismo surgieron de esa primera lectura realizada. La información se sistematizó utilizando procesos de codificación, comparación y síntesis, cruzando unidades textuales e interpretándolas contextualmente. El volumen de entrevistas realizadas, permitió realizar el trabajo de forma manual.

Asimismo, se llevó adelante un **relevamiento documental** para profundizar el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, con el objetivo fue buscar convergencias y mediante el uso de diferentes fuentes y métodos obtener un mayor entendimiento de los aspectos explorados. Las fuentes documentales fueron documentos oficiales, públicos, que en Argentina regulan y dan marco a los procesos de acreditación y evaluación de la calidad de la formación de profesionales médicos en grado y posgrado

RESULTADOS

Se realizaron un total de 12 entrevistas, con una duración entre 26 y 86 min (media de 56 min). Los entrevistados fueron 8 mujeres (F) y 4 hombres (M); 8 médicos (Me?) y 4 licenciados en educación (Ed); 11 tienen participación en carreras de medicina de grado (Gr) y 10 de ellos en posgrado (PGr); 7 tuvieron participación en la planificación de Rhs desde los ministerios de educación y/o salud (Mi) o incluso en la generación de marcos de referencia; 5 se desempeñan en el ámbito público (Pu) y 7 en el privado (Pr); 6 tienen desempeño en el sistema de salud (H).

A los fines de facilitar de lectura de los resultados, los mismos se muestran en una matriz en concordancia con las categorías de análisis.

La 1ª columna corresponde a las categorías – 2ª columna corresponde a la operacionalización de las categorías – Luego se presenta la síntesis de los resultados y verbatims representativos de los mismos.

<p><u>Definiciones</u> <u>Y</u> <u>Términos</u></p>	<p>Competencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se relacionan con la práctica profesional en un área determinada. ➤ Involucran una cuestión localizada y contextualizada no pueden ser concebidas en abstracto. ➤ Para algunos, implican cierta especificidad. ➤ Constituyen un constructo útil, que ayuda a operacionalizar la práctica si bien implica una visión fragmentada del aprendizaje. Los factores observables facilitan la planificación y evaluación. ➤ Los modelos son vistos como medios para aproximarse a lo complejo, si bien son vistas parciales que dejan otras partes “ciegas”. ➤ El término competencia en si mismo puede generar dificultades, siendo para algunos más útil hablar de resultados en lugar de competencias. 	<p>[...] “Hablar de competencias es desnaturalizar cierta parte del fenómeno educativo, del fenómeno social ...cuando lo bajas a la práctica ves la necesidad de las competencias... es un constructo conceptual muy útil pero mi percepción es que tiene ciertos límites y que no integra o no logra integrar otras cosas que me parecen importantes..... (F,Ed,Gr,Pu)</p> <p>[...] “...uno tiene que comprender que un modelo de las competencias...cualquier modelo, justamente como tal, como modelos para comprender un concepto muy complejo”. (M,Me,Gr,PGr,Pu,Pr)</p>
---	--------------------	---	--

	<p>Competencias</p> <p>Genéricas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todos manifestaron algunas dificultades para una definición precisa de qué son las CG. Sin embargo, acuerdan que las CG son aquellas que atraviesan diferentes dominios/especialidades ➤ Algunos manifestaron que no son exclusivas de los profesionales de la salud. Son competencias que todos deberían tener, pero según la profesión unas pueden requerir más desarrollo o especificidad que otras. Varios piensan que hay competencias "genéricas" y genéricas propias de la medicina; es decir, algo genérico que se transforma en específico en ese contexto. ➤ Varios de los entrevistados vincularon las CG, a lo "humanístico", lo social en general, como algo que excede a la intervención técnica y que va más allá de lo que es propio y específico de un área disciplinar o profesional. ➤ La mayoría piensa que las CG son determinadas y dependientes del contexto. ➤ La mayoría considera que hay una tensión entre considerar que están integradas y son parte de un todo y nombrarlas para visibilizarlas. - ➤ La mayoría considera que es necesario nombrarlas separadas para visibilizarlas. - ➤ Algunos prefieren el uso de otros términos por la significación a la que remiten, por ej "Core" "basal" "duraderas" "Subcompetencias" "transversales" "general" "atributos genéricos" 	<p>[...] "<i>son difíciles de denominar, de delimitar... son escurridizas... tienen el riesgo de confundirse con lo que son buenos modales o buenas prácticas, o sea, el deber ser...</i>" (F, Me, Gr, PGg, Pr, H)</p> <p>[...] "<i>...lo que sí, hay competencias genéricas que en algunas profesiones son especiales y se convierten en específicas...</i>" (F, Me, U, Pg, Mi, Pr, H)</p> <p>[...] "<i>...esas llamadas competencias genéricas son altamente dependientes del contexto, donde uno se forma... Justamente el problema es que si vos creas la categoría ya estás diciendo que es distinto... en realidad es parte de tu desempeño, no podés separarlo. No es que vos primero aprendés anatomía y después aprendés habilidades genéricas.</i>" (M, Me, Gr, PGr, Mi, Pr, H)</p> <p>[...] "<i>... alguna dificultad con el tema de lo genérico y lo de las competencias, en tanto las competencias tienen una cuestión situada y una cuestión contextual y una especificidad en relación con lo que tienen que decir, a punto tal que me parece que hay un cruce en conceptos de lo que es genérico y lo que es una competencia... creo que lo de genérico y competencia hay alguna dificultad que puedan juntarse en un término único... las competencias se definen como un todo, entonces cómo es la parte genérica que está dentro de ese todo que es una competencia específica?...</i>" (M, Me, Gr, PGr, Mi, Pu, H)</p>
--	--------------------------------------	--	--

<p>Relación Genérica-Específica</p>	<p>Sobre su inclusión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La mayoría de los entrevistados piensa que el aprendizaje de competencias genéricas no puede pensarse descontextuado de la disciplina y de las prácticas. ➤ Consideran que una acción competente / o una competencia/ tiene algo de genérico, algo de específico y además ocurre en contexto. Se unen en “la acción”, en realidad existen juntas; la competencia es una sola en acción. ➤ La separación genérica-específica obedece a motivos utilitarios, de enunciación, para facilitar la comprensión de algo muy complejo. 	<p>[...] “Me parece que la competencia es una sola y hay actividades de profesionales en las cuales demuestra las competencias. ..Me parece que si uno no pierde de vista esto, cualquier modelo, el modelo de específicas y genéricas, es un modelo válido, siempre que no perdamos de vista que si las genéricas las pintamos de verde y las específicas de azul, donde se junten esas verdes y azules es donde está la competencia realmente, ni en lado ni en el otro” (M, Me, Gr, PGr, Pu, Mi, H)</p>
	<p>Sobre su enunciación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La division genérico-especifico facilita la enunciación de aspectos complejos ➤ Se debe prestart atencion al modo de enunciación, para evitar el riesgo de que surjan enunciados vacíos, que se presenten las CGs como complementarias o accesorias u opcionales, o que las CGs no sean apreciadas como parte integral de la competencia global. 	<p>[...]“ un concepto de discriminación positiva se podría usar. Si no las menciono se corre el riesgo de no considerarlas en la formación, de no tenerlas en cuenta. Por eso hay que enunciarlas para sacarnos esta idea de que sólo la competencia específica de la disciplina es válida. Si las saco a la luz estoy diciendo que hay que tenerlas en mente y trabajar sobre eso. Ese creo que es la utilidad, asegurar que no pierdan visibilidad” ...” (M,Me,Gr,PGr,Pu,Mi,H)</p> <p>[...] “...Si dejo de incluirlas se pierden, si las incluyo aisladas parecen banales o sin importancia..” (M,Me,Gr,PGr,Pu,Mi,H)</p>

DISCUSIÓN

El principal objetivo que guió esta investigación fue identificar las concepciones sobre las Competencias Genéricas de los planificadores en educación, como así también indagar en el papel del lenguaje y los términos que se utilizan para referirse a las mismas. Estos objetivos surgieron a partir del supuesto acerca de la influencia que tienen las concepciones de los actores intervinientes en las decisiones de planificación curricular y considerando que las mismas se explicitan a través del lenguaje. Es decir, concepciones y lenguaje están relacionados y ambos condicionan la práctica.

Los resultados mostraron que los planificadores en educación médica en Argentina tienen diversas concepciones acerca de qué son las competencias genéricas y no poseen un lenguaje compartido en referencia a las mismas. En general vincularon las competencias a un campo del conocimiento y del desempeño profesional. Todos consideraron que las competencias tienen una cuestión situada y contextual, no pudiendo ser separadas del entorno o pensadas en abstracto.

Las concibieron como un constructo, un modelo útil, que permite definir resultados esperados y de esta manera “operacionalizar” las prácticas; coincidiendo con la literatura¹² donde se plantea que las competencias deben ser definidas por conductas observables, para que sean medibles y factibles de ser evaluadas. Precisamente los entrevistados consideraron que lo observable posibilita la planificación y la evaluación del desempeño. La mayoría señaló la necesidad de un enfoque por competencias en la práctica, aunque esto implique una fragmentación-desnaturalización de la naturaleza del aprendizaje. En relación a este punto²⁶ se reconocen los beneficios de explicitar la competencia en componentes significativos, ya que esto es de gran utilidad para evaluar y dar feedback; simultáneamente esa acción de “desmenuzar la competencia para verla mejor” deja por fuera aspectos fundamentales del comportamiento humano. Algunos consideraron que los modelos o taxonomías facilitan el abordaje de lo complejo, aunque siempre representan la visión parcial de una cosa y que dejan “ciego” otro lado de las mismas; alineados con los conceptos que sostiene Lorelei Lingard²⁷

Respecto al término “competencia”, sostuvieron que en sí mismo genera dificultades. Plantearon que podría hablarse de resultados sin necesidad de hablar de competencias, similar a lo descrito en la literatura²⁸. Manifestaron dificultades para dar una definición precisa de qué son las competencias genéricas. Sin embargo, concibieron que son aquellas que atraviesan diferentes profesiones. Algunos de los entrevistados las concibieron como vinculadas a los profesionales de la salud y no a todas las profesiones, mostrando un sesgo disciplinar y poniendo de manifiesto una tensión por la pérdida de los límites de las disciplinas²⁹. Varios sostuvieron que hay competencias “genéricas” y “genéricas propias de la medicina”; es decir, algo genérico que se transforma en específico en ese contexto. La mayoría sostuvo que las competencias genéricas son determinadas y dependientes del contexto. Esto va en concordancia con lo planteado por el Tuning sobre la dificultad de establecer un límite entre lo genérico y lo específico.

La mayoría de los entrevistados vincularon las competencias genéricas, a lo “humanístico”, a lo social en general, como algo que excede a la intervención técnica y que va más allá de lo que es propio y específico de un área disciplinar o profesional. Igualmente, sin mayores precisiones del concepto. Como algo contrapuesto a lo duro y similar a llamarlas “blandas”, soft, como en la bibliografía donde lo “duro” sería la disciplina y la idea de “blandas” es lo no disciplinar, lo no específico.

Las publicaciones utilizan diversos términos para referirse a las competencias genéricas a veces de manera intercambiable y no necesariamente refiriéndose a lo mismo o con definiciones precisas. Como señala Gimeno Sacristan³⁰ “el lenguaje no es inocente”, en la elección de un término hay una conveniencia³¹ y a la vez una arbitrariedad. Además de esta condición estructural del lenguaje, el término Competencia Genérica parece conllevar/implicar un problema en sí mismo ya que la mayor parte de los entrevistados advirtieron un cruce conceptual entre los términos “competencia” y “genérico”; cruce que provoca una disonancia cognitiva; “Competencia” da cuenta de una especificidad, situada, en contexto y “Genérica” da cuenta de algo con la posibilidad de repetirse, reproducirse, en distintos contextos. Por otra parte, en la Guía para la elaboración de documentos marcos – Msal – 2013, se hace referencia a la “competencia general” y se la define como “...conjunto complejo e integrado de funciones, capacidades y habilidades que los profesionales del área pueden desempeñar en diversas situaciones reales de trabajo para resolver los problemas...”, es

decir, que se utiliza el término “competencia general” en un sentido diferente a “competencia genérica”.

Algunos entrevistados manifestaron resistencias a mencionar las competencias genéricas separadas de otras, sugiriendo que al crear una categoría que las nombra como tales, se genera una disociación. De esta manera, esta utilización del término parece acentuar una fragmentación en el lenguaje, que ya existía al separar las competencias en dominios para operacionalizarlas. Muy vinculado a este aspecto, coincidieron en la presencia de una tensión entre considerarlas integradas y como parte de un todo y la necesidad de separadas para visibilizarlas.

Si bien parecerían opciones dicotómicas, diferentes visiones pueden tener su espacio, siendo necesario definir en qué momento y con qué objetivo usar una u otra³². La distinción ha respondido también a un intento de darles jerarquía y visibilidad, tal como lo hizo el ProyectoTuning. De cualquier manera, no hay que perder de vista que esa división es artificial y tiene consecuencias muchas veces desconocidas. Los entrevistados acordaron que las CGs deben ser visibles en un curriculum, acordando que la separación es útil para la planificación. Reconocieron el riesgo de esta decisión y la atención que debe prestarse al modo en que son enunciadas, para que no resulten enunciados vacíos, vistos como “lo no médico”, “lo extra”, “lo optativo”, y no visto como un aspecto integral del desempeño. Consideraron que todo lo relevante debe estar explicitado.

La bibliografía sugiere que *“...si los lenguajes cambian en el ámbito del conocimiento es porque hay cambios sociales que los demandan...esos cambios no ocurren desarraigados...esta relación se traduce en los conceptos...”*³⁰ Es decir, que la tensión manifestada por la mayoría de los entrevistados, está enmarcada en los cambios que están aconteciendo en la educación de profesionales de la salud.

Si bien los entrevistados están inmersos en los debates vigentes y más frecuentemente descritos en la literatura, aún la matriz disciplinar es tan fuerte que la incorporación de competencias genéricas continua siendo un proceso muy complejo, donde “ceder poder” no es fácil. En esta línea, los términos que se utilizan también tienen un “poder”, pudiendo generar más fragmentación (disonancia) o favorecer la inclusión (consonancia) según el objetivo con que se utilicen. La elección del término “genérico” ocurrió en un momento determinado, como una necesidad de jerarquizar todo aquello considerado no propio/específico de una profesión y sin dudas contribuyó positivamente para jerarquizar el tema y ponerlo en la agenda internacional de la formación de Rhs.

En la actualidad, esta disonancia debe ser “trabajada” ya que podría transformarse en un obstáculo en la consideración de las mismas. Al respecto, reconociendo la arbitrariedad de cualquier término y la necesidad de contextualizarlo, el término “transversal” (entendido como “de un lado a otro”, como algo que “une dos puntos”) parece habilitar mejor la idea de “trabajo con un otro/Otro” y en diferentes ámbitos.

El presente trabajo posee limitaciones. Por un lado, probablemente se hubiera podido lograr una mejor representatividad de un campo muy complejo y con actores tan diversos. Por otro lado, estos resultados aplican a planificadores inmersos en un contexto y marco teórico específicos y por lo tanto no son extrapolables a otros ámbitos. Además, la investigación no tuvo como objeto de estudio todos los factores vinculados a la reforma educativa, pudiendo haberse enriquecido al explorarse otros aspectos (actores, fuerzas, tensiones, resistencias, relación del lenguaje y las prácticas). Al ser todos los entrevistados vinculados a la educación médica, la resistencia a la transversalidad podría tener sesgo disciplinar.

A partir de este trabajo enfocado en un aspecto específico y vigente en la educación médica, se abren posibilidades de investigaciones a futuro y de revisión de las prácticas relacionadas especialmente con la planificación, el diseño curricular y la manera de enunciar las competencias. Este estudio tiene gran relevancia porque explicita algunas concepciones que influyen en la toma de decisiones e implementación de cambios. Particularmente respecto a cómo enunciar las competencias, brinda información para pensar las ventajas y los riesgos de la enunciación por separado, advirtiendo sobre la necesidad de presentarlas vinculadas a lo específico y lo situado para que no queden desintegradas o parezcan ad hoc. Además, resalta la necesidad de un consenso en relación a un lenguaje compartido en la educación de profesionales de la salud y hace una propuesta concreta sobre la utilización del término transversal. Es posible que las propuestas sintéticas como Epas, que actualmente se usan en la educación médica basada en competencias, deban incluir explícitamente las CG, para que no se diluyan. Será necesario considerar que en distintos niveles de formación, su tratamiento e incorporación, podría tener implicancias diferentes.

CONCLUSIONES

Las concepciones exploradas de los planificadores han dejado en evidencia la ausencia de uniformidad y de un lenguaje común en lo que respecta a las CG, con falta de acuerdo respecto de los términos y sus significados. Las dificultades con el término competencia y su uso en la práctica se incrementan cuando se hace referencia a las competencias genéricas, donde además se agrega una contradicción/tensión entre el término competencia y el término genéricas, que remiten a significados contrapuestos/disonantes.

Los entrevistados reconocen la relevancia de las CG para una formación/atención de calidad. La mayoría comparte que en este momento de transformación educativa, sería útil enunciarlas separadas de las competencias específicas de una especialidad. Asimismo indican que este modo de enunciarlas conlleva riesgos potenciales al momento del diseño curricular y la evaluación; y que debe cuidarse que a través la misma no impresionen como algo complementario; enunciados vacíos, ad hoc. La elección de términos debe ser entendida como algo arbitrario, que tiene que interpretarse en el contexto en el que ocurre, habiendo sido muy relevante en determinado momento mencionar las CG para jerarquizarlas y darles visibilidad.

Sin embargo, la indiscutida relevancia de las mismas y la importancia de la claridad en su enunciación de manera “qué todos hablemos de lo mismo” aún cuando los contextos de aplicación sean diferentes, obliga generar consensos en cuanto a su significado, visibilidad en los currículos y definir cuál es la manera más conveniente de nombrarlas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 María Isabel Duré and María del Carmen Cadile, comps., *La gestión de recursos humanos en salud - Una estrategia de consensos 2008-2015* (Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, 2015), 27.
- 2 Carlos A. Brailovsky and Ángel M. Centeno, “Algunas Tendencias Actuales en Educación Médica,” *REDU. Revista de Docencia Universitaria* 10 (2012): 23-33, doi: [10.4995/redu.2012.6091](https://doi.org/10.4995/redu.2012.6091).
- 3 Robert Englander et al., “Toward a shared language for competency-based medical education,” *Medical Teacher* 39, no. 6 (2017): 582-587, doi: 10.1080/0142159X.2017.1315066.
- 4 Christel H. Altermatt, “El proyecto Tuning latinoamericano: la experiencia del área de Medicina,” *Rev Hosp Clin Univ Chile* 25 (2013): 19-31.
- 5 Pablo Beneitone, *Reflections on and outlook for higher education in Latin America. Final report-Tuning Latin America Project, 2004-2007* (Bilbao: Universidad de Deusto, 2007).

- 6 Julio Frenk et al., "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world," *The Lancet* 376, no. 9756 (2010): 1923-1958, doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
- 7 David M. Irby, Molly Cooke, and Bridget C. O'Brien, "Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010," *Acad Med.* 85, no. 2 (February 2010): 220, doi: 10.1097/ACM.0b013e3181c88449
- 8 Alan Bleakley, John Bligh, and Julie Browne, *Medical Education for the Future. Identity, Power and Location* (Países Bajos: Springer Netherlands, 2011), doi: 10.1007/978-90-481-9692-0
- 9 Karsten A. van Loon et al., "The role of Generic Competences in the entrustment of professional activities: A nationwide competency-based curriculum assessed," *J Grad. Med. Educ.* 8, no. 4 (October 2016): 546-552, doi: [10.4300/JGME-D-15-00321.1](https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00321.1)
- 10 Eric S. Holmboe et al., "A call to action: The controversy of and rationale for competency-based medical education," *Medical Teacher* 39, no. 6 (2017): 574-581, doi: 10.1080/0142159X.2017.1315067.
- 11 Olle Ten Cate, "What is a 21st century doctor? Rethinking the significance of medical degree," *Acad Med.* 89, no. 7 (2014): 966-9, doi: 10.1097/ACM.0000000000000280.
- 12 Martin Talbot, "Monkey see, monkey do: a critique of the competency model in graduate medical education," *Med Educ.* 38, no. 6 (June 2004): 587-92, doi: [10.1046/j.1365-2923.2004.01794.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2004.01794.x)
- 13 Nicolas Fernandez et al., "Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence," *Medical Education* 46 (2012): 357-365, doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04183.x
- 14 Thomas S. Huddle and Gustavo R. Heudebert, "Viewpoint: Taking Apart the Art: The Risk of Anatomizing Clinical Competence," *Acad Med.* 82 (2007): 536-541.
- 15 Eric S. Holmboe, Jonathan Sherbino, Robert Englander, Linda Snell, Jason R. Frank, and on behalf of the ICBME Collaborators. "A call to action: The controversy of and rationale for competency-based medical education," *Medical Teacher* 39, no. 6 (2017): 574-581, doi: 10.1080/0142159X.2017.1315067
- 16 Brian D. Hodges and Lorelei Lingard L., *The Question of Competence: Reconsidering Medical Education in the Twenty-First Century* (New York: Cornell University Press, 2012).
- 17 Nadine van der Lee, Joanne P. I. Fokkema, and Fedde Scheele, "Generic competencies in postgraduate medical training: their importance illustrated by a doctor's narrative on competency-based practice," *Zdrav Var* 51 (2012): 280-284, doi: 10.2478/v10152-012-0031-y.
- 18 Alberto E. Alves de Lima and Juan P. Costabel, "Marcos de Referencia para la evaluación del desempeño profesional en el ámbito de trabajo," *Rev Fed Arg Cardiol* 44, no. 2 (2015): 118-123.
- 19 Maria Cinque, "'Lost in translation'. Soft skills development in European countries," *Tuning Journal for Higher Education* 3, no. 2 (2016): 389-427, doi: 10.18543/tjhe-3(2)-2016pp389-427.
- 20 Ministerio de Salud de la Nación, *Guía para la elaboración de Marcos de Referencia* (Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, 2013)
- 21 Captive on a carousel: discourses of 'new' in medical education 1910-2010" *Adv Health Sci Edu* 2013
- 22 Santomé, J.T. *Globalización e interdisciplinariedad: el curriculum integrado*. Ediciones Morata. 1994.
- 23 Pratt DD. Conceptions of teaching. *Adult Education Quarterly* 1992;42:203-20. En peters 2017
- 24 Pajares 1992, Trigwell & Prosser 1996a; Trigwell et al. 1999; Williams & Klamen 2006)
- 25 Teaching practice . Jacobs JC, Muijtjens AM, Van Luijk SJ, Van Der Vleuten CP, Croiset G, Scheele F. Impact of institute and person variables on teachers' conceptions of learning and teaching. *Medical Teacher* 2014:1-9)
- 26 Eric S. Holmboe, Jonathan Sherbino, Robert Englander, Linda Snell, Jason R. Frank y en nombre de los Colaboradores de ICBME (2017) *Un llamado a la acción: la controversia y la razón de ser de la educación médica basada en competencias*, *Medical Teacher*, 39: 6, 574-581
- 27 Lorelei Lingard, "What we see and don't see when we look at 'competence': notes on a god term," *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 14, no. 5 (November 2009): 625-8, doi: 10.1007/s10459-009-9206-y
- 28 Nicolas Fernandez et al., "Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence," *Medical Education* 46 (2012): 357-365, doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04183.x.
- 29 Santomé, J.T. *Globalización e interdisciplinariedad: el curriculum integrado*. Ediciones Morata. 1994)
- 30 José Gimeno Sacristán, "Diez tesis sobre la aparente utilidad de las competencias en educación," in *Educación por competencias, ¿qué hay de nuevo?*, comp. José Gimeno Sacristán (Madrid: Morata, 2008), 17.
- 31 Michel Foucault, "La prosa del mundo," in *Las palabras y las cosas. Una Arqueología de las ciencias humanas* (París: Éditions Gallimard, 1966), 26-52
- 32 . "Implementing competency-based medical education: Moving forward" *Med teach* 2017 Jun;39(6):568-573. Frank, Snell, Englander, Holmboe, ICBME Collaborators

La evaluación metacognitiva y el reconocimiento del “otro” en la enseñanza de la Clínica Médica

Demuth, P; Navarro, V; Porta, H; Dibernardo, J

“somos lo que somos por las relaciones que creamos con los otros” (Mélích, 2006)

“La educación como la construcción de otro que repercute en la mismidad” (Mélích, 1994)

RESUMEN

Introducción: El artículo presenta un esfuerzo interpretativo por comprender cómo construye y re-construye una profesora universitaria su conocimiento docente al punto de transformar ese cúmulo de saberes y experiencias en prácticas en escenarios cada vez más potentes para el aprendizaje de una profesión y de la propia práctica docente.

Objetivo: Comprender la construcción del conocimiento didáctico experto en la enseñanza y el aprendizaje de la clínica con foco en la evaluación metacognitiva.

Método: Estudio de corte cualitativo (interpretativo), transversal, con la metodología de casos únicos como estrategia de indagación, se aplicaron numerosas entrevistas en profundidad para el proceso de recolección y se usó el método narrativo para el análisis y la interpretación de lo relevado.

Resultados: A través de la construcción del caso narrado validado por la protagonista del estudio y la reflexión entre investigadores, se logró profundizar en las potencialidades formativas de la evaluación metacognitiva a partir de la aplicación del portfolio electrónico. Potencialidad formativa para los estudiantes y para la misma docente en un ciclo virtuoso de transformación personal y profesional

Conclusiones: El valor de la narración de los procesos cognitivos y metacognitivos, para la enseñanza y el aprendizaje de un profesional de la salud, y un profesional docente en dicho campo. La narrativa como estrategia de formación en el contexto de un portfolio de aprendizajes y como estrategia de transformación de la identidad y práctica docente universitaria.

Palabras Clave: Evaluación - metacognición – conocimiento didáctico del contenido – clínica médica - portfolio

Abstract

Introduction: The article presents an interpretive effort to understand how a university professor builds and re-builds her teaching knowledge and transforms her knowledge and experiences into practices in increasingly powerful scenarios for learning a profession and teaching practice itself.

Objective: Understand the construction of expert didactic knowledge in the teaching and learning of the medical clinic with focus on metacognitive evaluation

Method: A qualitative (interpretative) cross-sectional study, with the methodology of unique cases as a strategy of inquiry, numerous in-depth interviews were applied to the collection process and the narrative method was used for the analysis and interpretation of the survey.

Results: Through the construction of the narrated case validated by the protagonist of the study and the reflection among researchers, it was possible to reflect on the formative potentials of metacognitive evaluation based on the application of the electronic portfolio. Formative potential for the students and for the same teacher in a virtuous cycle of personal and professional transformation

Conclusions: The value of the narrative of cognitive and metacognitive processes, for the teaching and learning of a health professional, and a professional teacher in that field. Narrative as a training strategy in the context of a learning portfolio and as a strategy for transforming the identity and teaching practice of the university.

Key Words: Evaluation – metacognition – pedagogical content knowledge – medical clinic - portfolio

INTRODUCCIÓN

El interés por comprender cómo construyen y reconstruyen los profesores universitarios su conocimiento docente al punto de transformar ese cúmulo de saberes y experiencias prácticas en escenarios cada vez más potentes para el aprendizaje de una profesión, nos ha llevado a transitar los innumerables “vericuetos” por los que se mueve un profesor o profesora a lo largo de su vida; sus paradas, y descansos, sus avances notorios y sus avances cuesta arriba. En este sentido, no siempre la dimensión temporal se distribuye de manera homogénea en el proceso de desarrollar y comprender cómo la experiencia docente los va configurando, de hecho, casi nunca hemos observado homogeneidad. Por momentos, los tiempos se dilatan y el aprendizaje sobre la docencia se desarrolla pausadamente, y por momentos, todo se acelera y la puesta en marcha de una innovación concreta, abre mundos, construye nuevas realidades.

Éste es uno de los senderos que queremos compartir, un nodo en la red de saberes, reflexiones y experiencias que Ángeles nos compartió en las numerosas conversaciones que tuvimos en las entrevistas en profundidad y que identificamos como un aspecto que valía la pena destacar, por su fuerza y su influencia en la “*manera de pensar la docencia*” y “*pensar a los estudiantes*”.

Este nodo se entrelaza con diferentes elementos que constituyen lo que denominamos en nuestro proyecto de investigación mayor como “*El conocimiento y la práctica docente expertos en Medicina*”, en la que a través de la metodología de casos y desde el trabajo con las narrativas docentes intentamos comprender la construcción del conocimiento didáctico experto en la enseñanza y el aprendizaje de la clínica y la cirugía.

Este escrito convoca a Ángeles, profesora de asignaturas clínicas de la carrera de Medicina de la facultad homónima en una universidad al norte de Argentina; especialista en dicho campo y con quien nos estaremos vinculando en todo el escrito. Llegamos a ella a partir de ciertos criterios de selección: ser docente de asignaturas clínicas o quirúrgicas de la carrera de Medicina, de más de 15 años de antigüedad en la docencia universitaria, con cargos de responsabilidad en la gestión de la asignatura (Profesores Titulares), y trayectoria profesional en cualquiera de las dos especialidades, además de su consentimiento para formar parte de la investigación.

Analizamos con ella y desde ella, sus razonamientos pedagógicos en torno a la introducción del portfolio de aprendizaje a las asignaturas en las que ejerce, el valor que le atribuye al desarrollo de la metacognición para los estudiantes y para ella. La potencia de dicho dispositivo para la adaptación de los saberes disciplinares en representaciones concretas, humanas y didácticas, exitosas para el aprendizaje de los que se están formando y el redescubrimiento del estudiante desde su mirada. Los cambios que este elemento didáctico dentro de la práctica docente le *“permitió”* vincularse de manera diferente con los estudiantes y con ella misma como docente; parafraseando a Mélich (2006), ser quien es a partir de esas nuevas vinculaciones que ella habilitó con la introducción del dispositivo, y sus estudiantes, con las narraciones que le compartieron.

En este sentido, la presencia de las narrativas como estrategia de formación y de investigación se nos presenta como una *“matrioshka”*, dentro de una investigación educativa que las pone en juego, y dentro de un caso que a su vez las retoma con los estudiantes como estrategia de desarrollo metacognitivo que influye también en la percepción y las representaciones de la docente protagonista.

Décadas de investigación sobre este aspecto transcurren en el mundo educativo, cientos de artículos en idiomas diferentes intentan abordar al proceso de construcción del conocimiento profesional docente de docentes de todos los niveles del sistema y el desarrollo del conocimiento didáctico del contenido (Grossman, 1990; Putnam y Borko, 2000; Tardif, 2004; Hashweh, 2005; Miller, 2007; Abell, 2008; Park y Oliver, 2008; Kind, 2009; Loughran, Berry y Mulhall, 2012; Gess-Newsome y Carlson, 2013; Garritz, 2014).

Siempre presente en este devenir y en nuestros modos de observar la línea de investigación, está el *“edredón”* de Becher (2001), en el que la prolijidad y el orden de los hallazgos no son, precisamente, la nota distintiva, ni consideramos que los deban ser, porque así se manifiesta el conocimiento, y porque sólo así, se nos posibilita continuar conociendo, comprendiendo.

En este sentido, este trabajo es heredero del conjunto de investigaciones que desde el año 2008 lleva adelante el Grupo CyFOD: *“Conocimiento y Formación Docente”*, compuesto por profesores de diversas facultades de la UNNE. En las investigaciones precedentes se describieron, analizaron, reconstruyeron y compararon diferentes concepciones epistemológicas, de enseñanza y de aprendizaje, y su relación con la práctica docente; pertenecientes al conocimiento profesional de profesores en ejercicio y futuros docentes de nivel superior y buenas prácticas de enseñanza y de evaluación (Alcalá, Núñez y Demuth, 2012; Demuth, Sgroppo, Mariño, Torres y Guerrero, 2014; Alcalá, 2015; Demuth, 2015a; Demuth, 2015b), trabajos en los que nos sumergimos en los fundamentos epistemológicos de las propuestas de formación de estos docentes para comprenderlas mejor desde sus cimientos.

Planteamos la necesidad de cualificar las características que diferencian a un profesor experto universitario en sus modos de razonamientos y propuestas de acción didácticas, de los de un profesor experimentado (con mucha antigüedad docente en el nivel) con las funciones propias de la universidad, las tensiones entre ellas, y los aportes a la docencia (Becher, 2001; Velado Guillén y García García, 2001; De Ketele, 2003; Cruz Tomé, 2003; De Miguel Díaz, 2003; Francis Salazar y Cascante Flores, 2010). Cualificación que si bien tiene como condición necesaria cierta antigüedad en la práctica profesional, no se sostiene como condición suficiente. En este sentido, la línea de investigación docente se centró en la diferencia entre profesores expertos y principiantes, entre las

que se destacan su capacidad de razonamientos complejos para la intervención sobre los problemas de la práctica profesional. El docente experto tendría modos de organización de su conocimiento y de su ejercicio mucho más complejos y eficaces, con una alta capacidad de razonamiento metacognitivo (Goodwin, 2014); y nosotros sumamos, a modo de adelanto, su apertura permanente para ser "afectado" por las experiencias de formación de sus estudiantes, a nivel emocional e intelectual.

Consideramos que los docentes pasibles de ser catalogados como expertos responden a determinadas características vinculadas a prácticas de "buena enseñanza". En este sentido, siguiendo a Porta, Sarasa y Álvarez (2011), retomamos tres categorías que las cualificarían: los actos lógicos, donde se incluye el dominio disciplinar; los actos psicológicos, tales como motivar, estimular, premiar, sancionar, desde un plano perceptivo; y los actos morales que estarían indicando rasgos honestos que el profesor exterioriza (virtud, coraje, tolerancia, entre otros). En la misma línea sostenemos en otra publicación que los "grandes maestros" son apasionados de su actividad, aman a la docencia y a sus estudiantes, y poseen la capacidad de generar aprendizajes perennes (Porta, Yedaide y Álvarez, 2016).

EVALUACIÓN METACOGNITIVA: DE NARRATIVAS Y PORTFOLIOS

Si tuviésemos que arriesgar apresuradamente cuál o cuáles serían los momentos más críticos y sensibles que se nos presentan en los procesos de enseñanza y aprendizaje de una profesión, seguramente arriesgaríamos sin dudas al proceso o momento de evaluación de los aprendizajes como uno de ellos. Proceso o momento, dependiendo de las concepciones y la práctica docente, en el que se manifiestan claramente las asimetrías, los temores, y las funciones pedagógicas y sociales de la formación profesional. En este sentido entendemos junto con Fredericksen (1984) que "el método más poderoso para cambiar la manera de estudiar de los estudiantes y la manera en que los profesores enseñan es cambiar la manera de evaluar" citado por Brailovsky (2001: 105). En la misma época David postuló que "la evaluación impulsa el aprendizaje de los estudiantes" citado por Al-Kadri *et al.* (2012). En esta línea de pensamiento, es que afirmamos con total contundencia:

...que las instancias de evaluación que ponemos en juego legitiman los aprendizajes que pretendemos logren construir nuestros estudiantes. De nada, o de muy poco, sirve pretender aprendizajes profundos, integrados, con desarrollos de competencias sólidas, poniendo en juego las más renovadas y complejas estrategias didácticas, si nuestros criterios e instrumentos de evaluación remiten a nuestros estudiantes a procesos memorísticos, de reproducción, aislados en fragmentos pequeños de información. (Demuth, 2018).

Las evidencias indican que la evaluación es el motor más apropiado para aprovechar el currículum, pues los estudiantes sobrecargados por las actividades de la carrera responden estudiando sólo las partes del programa que se evalúan. En consecuencia, para promover el aprendizaje, la evaluación debería ser amplia y formativa, los estudiantes deben aprender de las evaluaciones y recibir la retroalimentación adecuada para construir sus conocimientos y habilidades; pero también debe tener una función sumativa, para asegurar el desarrollo de las competencias (Wass, Van Der Vleuten, Shatzer y Jones, 2001). Es así que para Brailovsky (2001) y para nosotros, está muy claro que la evaluación condiciona el aprendizaje de los estudiantes, y lo hace a través de

los contenidos y del formato de las herramientas que se ponen en juego, es por eso que el desarrollo del pensamiento reflexivo, crítico, metacognitivo no sólo debería estar presente en las actividades para el aprendizaje sino en las propuestas de evaluación que ayuden a organizarlo, sistematizarlo, y profundizarlo. Entendemos que la importancia de introducir un instrumento como el portfolio colabora directamente con el desarrollo de la metacognición en nuestros estudiantes, futuros profesionales de la salud que tendrán hacer uso de ella de manera permanente. Y advertimos, a partir de esta investigación, que dicho instrumento repercute en el desarrollo de procesos metacognitivos y cognitivos de la docente que los puso en juego (Mann, Gordon y MacLeod, 2009; Sandars, 2009; Wald, Borkan, Taylor, Anthony y Reis, 2012).

Trabajar con instrumentos que pretenden “hacer visibles” los pensamientos y razonamientos más profundos de nuestros estudiantes y potencian prácticas vinculadas a la autorregulación de los propios conocimientos y competencias (trabajos y prácticas organizados en portfolios, bitácoras de aprendizajes, diarios de itinerancia, memorias académicas o feedbacks), que buscan potenciar la autonomía y la capacidad crítico-reflexiva, al ser consideradas competencias centrales y necesarias de los profesionales de este siglo (Demuth, 2016), implica adentrarnos a un mundo reconstruido desde el lenguaje narrado, entendiendo la narrativa no sólo como una metodología, sino como una ontología: “es una forma de construir realidad, por lo que la metodología se asienta, diríamos, en una ontología” (Bolívar Botía, 2002), realidad que se reconstruye para los estudiantes, y para Ángeles, al presentársele un “mundo” que transforma el suyo.

MÉTODO: ESTUDIO DE CASO. NARRATIVAS.

Nuestro trabajo se desarrolló desde el enfoque cualitativo, y el paradigma interpretativo, al pretender la comprensión del conocimiento y las prácticas de los profesores, en la búsqueda de mejores asertos comprensivos. No buscamos la confirmación de generalizaciones sino visualizar como éstas se expresan y reconfiguran en un caso único y contexto particular.

Hemos seleccionado como modalidad o método principal al estudio de casos, con múltiples instrumentos de recogida (entrevistas en profundidad, semiestructuradas; observaciones no-participantes de clases, y materiales profesionales y curriculares brindados por la profesora). El caso se construyó a partir del cruzamiento o triangulación de técnicas múltiples de recolección, de fuentes y de perspectivas de interpretación. Ángeles y sus estudiantes fueron seleccionados por los criterios de base enunciados precedentemente y se constituyó en uno de nuestros casos con el objetivo de comprender y desentrañar las particularidades (Stake, 2007) que asumen los procesos de construcción del conocimiento docente. Compartimos al momento de este escrito, 5 entrevistas en profundidad sucesivas, que recorrían diferentes aspectos de la biografía personal y profesional, desde la niñez, hasta su actualidad; y clases observadas desde la modalidad no participante, en las que, a su vez, recogimos algunas impresiones que los estudiantes manifestaron respecto de la profesora.

El proceso de análisis consistió en la segmentación del corpus de datos de cada una de las entrevistas y de las observaciones de clases: codificación y categorización de unidades de significado relevantes para los objetivos de la investigación a partir de la construcción conjunta con un sistema categorial con cuatro dimensiones: Docencia, Investigación, Gestión y Personal. Ésta, comenzó conjuntamente con la elaboración del encuadre referencial y finalizó con el análisis de los

fragmentos, en un proceso de retroalimentación continua. La dimensión Docente y personal es la abordada en esta publicación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El trabajo mayor en el que se encuadra este artículo cuenta con los consentimientos informados de los sujetos de investigación. Por otra parte, dada la metodología empleada, la profesora protagonista de la narrativa ha validado completamente el presente escrito.

RESULTADOS

Caso narrativo: conocer y reconstruirse desde la reflexión del otro

Con Ángeles nos encontramos, café de por medio, en varias ocasiones a lo largo del año 2017 y parte del 2018 en diferentes espacios que la Facultad nos deja para conversar a solas, pretendiendo la intimidad del encuentro, alejados de las cotidianidades, buscando en el desarrollo mismo de una investigación como ésta, esa posibilidad de intimar, de compartir lo íntimo: *lo que está más adentro de todo*, lo que conforma el corazón de la docencia clínica en la formación inicial.

Como señalábamos, los diálogos con Ángeles recorrieron su trayectoria de formación desde la infancia, la escolarización secundaria, sus cavilaciones en torno a la elección de la profesión médica, sus vivencias como estudiante, ayudante alumna, profesora colaboradora, adjunta y ahora, profesora titular. Conversamos sobre sus mentores, dentro y fuera de la universidad, sus influencias y sus diferencias, e innumerables veces, conversamos sobre sus estudiantes. Sobre las diferentes miradas que sobre ellos ha podido identificar a lo largo de los más de 20 años de docencia universitaria, y nos “posamos”, nos “detenemos” delicadamente sobre un cambio en los “modos de entender la docencia y conocer a los estudiantes” a partir de la integración de una herramienta de desarrollo metacognitivo de base narrativa en la que los estudiantes “les abren sus mundos y realidades”:

Los portfolios de mis estudiantes me retroalimentan en forma permanente, me permiten conocerlos más allá de sus nombres y apellidos en una lista [...] me ayudan a ver aspectos del proceso de formación que no son evidentes con las estrategias habituales, su capacidad de reflexionar sobre su propio camino, me permite entender las diferencias entre ellos, las dificultades que cada uno tiene en algunos aspectos modificando para siempre mi mirada. Después del portfolio la docencia no fue la misma para mí, pues aprendí a ver el proceso también desde la visión del estudiante.

Apertura que se asemeja a una “confesión” que genera intimidad:

...el portfolio es para mí una mirada al interior de los estudiantes, sus historias, sus miedos, sus expectativas, sus sentimientos, su “verdadero sentir” que muchas veces no comparten con sus compañeros, su yo verdadero. A veces me siento como un “confesor”, alguien con quién comparten sus pensamientos y sentimientos profundos...

Confesiones que encienden en la fe o creencia necesaria que todo “buen docente” debería construir en torno a la potencialidad de los estudiantes por aprender (Bain, 2007), por lograr

desarrollarse como personas y profesionales, porque pueden lograr aquello que se proponen y los profesores podemos acompañarlos en el logro: “Tengo muchos recuerdos felices [...] nunca deja de asombrarme la enorme creatividad que tienen los estudiantes y que te hace pensar que podrían lograr lo que quisieran, si siempre la pusieran en juego.”

Ángeles, como otros docentes que podemos identificar como “buenos profesores” o “profesores memorables” (Porta, Sarasa y Álvarez, 2011), además de ser reconocida explícitamente por sus estudiantes como exigente, estricta y apasionada por la enseñanza, manifiesta por su profesión médica: por sus pacientes, y por su profesión docente: por sus estudiantes, la veta compasiva que inevitablemente se conjuga con la pasión que le reconocen. Entendemos la pasión o las pasiones como la “urdimbre ética que conjuga intelectos y afectos, y pone, en el centro del escenario, la percepción, el amor, el deseo y las pasiones en las aulas universitarias” (Porta y Martínez, 2014: 17), y la compasión, como la posibilidad de “acompañar” algunas vivencias que podríamos identificar como sufridas:

R había realizado un portfolio con que incluían la observación del accionar de algunos médicos en el ambiente donde le tocara realizar una rotación, accionar en el que se podía identificar una gran falta de profesionalismo. R, finaliza su portfolio preguntándose ¿Cuándo yo me convertiré en ellos? como si fuera inevitable que tal cosa ocurriera, toda la reflexión reflejaba una gran desesperanza, lo cual me impulsó a hablar personalmente con ella sobre el tema. Me hizo pensar cómo somos observados permanentemente por los estudiantes y de qué manera esto impacta en ellos [...] muchas veces no pude evitar las lágrimas, algunas de emoción intensa y otras de tristeza y compasión por lo que muchos han tenido que atravesar.

La presencia de la narrativa de ese “otro” que le permite a “uno” desgarrarse “junto con”, pero a la vez, tomar decisiones para intentar acompañarlos mejor, reencauzar la desesperanza, mostrando que hay más, que se puede ser diferente de aquello que decepciona o lastima y modificar el propio posicionamiento.

En esta dirección, entendemos los escritos como evidencias de estructuras cognoscitivas preexistentes que sólo tienen significado cuando un hablante-escucha los toma y presta atención (Davies y Harré, 2007), y pensamos al portfolio como una práctica discursiva con fuerza constitutiva, tanto para los estudiantes como para Ángeles, ya que para ambos su construcción, los constituyen y reconstituyen, es decir, la narración en el marco del portfolio como un espacio que permite diferentes posicionamientos: en los estudiantes ubicándose en posiciones reflexivas o críticas, respecto de su identidad, de la actualidad y su futuro profesional (“¿Cuándo yo me convertiré en ellos?”), no meramente técnicas; y en Ángeles en posicionamientos diferentes respecto de ser docente y su vínculo con los estudiantes. En este sentido, y desde la noción de “posicionamiento” de los autores arriba citados, entendemos que la estrategia de portfolio con su contenido narrado y su posterior lectura, entabló una conversación entre Ángeles y sus estudiantes, generando posicionamientos tanto interactivos, como reflexivos.

Decíamos, pasiones como “urdimbre ética que conjuga de intelecto y afectos”, dimensiones que se cruzan y permanecen en el interés de Ángeles a lo largo del tiempo, que aunque con modificaciones intentaba mantener y profundizar en aquellos procesos de orden más intelectual pero atravesados por las emociones, las identidades, las esencias:

Lo fui modificando con el tiempo [al portfolio], en cuanto a número de evidencias o tipo de las mismas, de historias clínicas a evidencias relacionadas al profesionalismo, la seguridad del paciente, el ateneo clínico, las instituciones de salud donde realizan prácticas y sobre el sistema de salud. La modificación más importante en el área de Clínica ha sido incluir la evidencia sobre Profesionalismo para considerar el tipo de profesional que quieren ser en el futuro enfrentándolos con la realidad de lo que ocurre día a día en los centros de salud.

Modificaciones que se retroalimentan de las narrativas de los mismos estudiantes, y que así como en ellos genera un pensamiento metacognitivo, lo genera en Ángeles, por eso la “matrioshka” que comentábamos:

...mi mayor sorpresa se dio cuando leí un portfolio de S donde escribe con mucho sentimiento lo que considera la realidad del Profesionalismo estudiantil, con una mirada crítica hacia el accionar de sí mismo y sus compañeros a lo largo de la carrera. Este portfolio hizo que al año siguiente incluyera también un taller de Profesionalismo estudiantil en una de las asignaturas generando gran debate y sinceramiento de parte de los estudiantes...

DISCUSIÓN

Una conversación que re-alimenta.

Cuándo revisamos la literatura en torno a la necesidad de formar profesionales reflexivos en el campo de la salud, que vuelvan hacia sí mismos, y desarrollen procesos continuos de formación y mejora a partir de esa reflexividad; observamos que las narrativas escritas podrían ser un camino posible para transitar estos aprendizajes (Wald, Borkan, Taylor, Anthony y Reis, 2012), sin embargo, el hecho de “narrar” lo propio por los estudiantes, para desarrollar pensamiento reflexivo no es el fin último del proceso, sino que, luego de la posibilidad de hacerlo que puede brindar un docente o equipo docente, la efectiva realización comprometida que puede asumir el estudiante, la espiral avanza hacia procesos de realimentación, procesos de conversación entre profesores y estudiantes. En este sentido, pensábamos que esta realimentación es beneficiosa para ambos actores. Ángeles nos comparte que las mismas adquieren formas y soportes diferentes de acuerdo con cada estudiante, y que un número importante de ellos, vuelven a comunicarse con ella luego de la primera retroalimentación.

Cuando interrogamos por el posicionamiento que asumía para dar retroalimentación, nos explicaba de una:

...mezcla interesante de docente, profesional de la medicina, madre y ser humano que ha vivido y sufrido, no creo que se puedan separar esos roles aunque tal vez en cada devolución algunos tengan más preponderancia que en otros. Yo pongo en juego todo lo que soy cuando doy las devoluciones, cada experiencia vivida, lo que cada sentimiento atravesado me ha generado y trato de que vean que los entiendo sin renunciar a decirles lo que pienso.

Para el desarrollo de esta “espiral reflexiva” de la que hablábamos somos conscientes que el compromiso con la misma es fundamental, ya que la consigna por sí misma no garantiza su inicio, y se reconoce en la práctica vivida la existencia de estudiantes simplemente cumplen las consignas y entonces la retro-alimentación puede avanzar hacia aspectos más formales o menos profundos, por el contrario, Ángeles nos reconoce que:

...los que me llevan a retroalimentar desde otro lugar son aquellos que comparten sus pensamientos y sentimientos más profundos, los que me conmueven como persona, los que me sorprenden, los que me emocionan, los que me hacen llorar a veces por compartir sus alegrías y otras por compartir el dolor de pérdidas que los impulsaron para superarse.

Podemos observar con claridad junto con ella que son dos sujetos conversando y condicionándose mutuamente a partir de los posicionamientos que asumen, posicionamientos de rol e identidad, en las propias palabras de la protagonista: “el feedback a los estudiantes me ha dado feedback a mí como docente y como persona, he aprendido mucho de ese momento y de los estudiantes que me lo brindaron.”

Es válido señalar que un estudio como el que presentamos posee las limitaciones propias de un estudio cualitativo bajo la metodología de casos, en los que el proceso de análisis, discusión y resultados son válidos para la reflexión y la comprensión profunda de realidades complejas. En este sentido, su especificidad es lo relevante. Estudios como éste ganan en profundidad, aunque se circunscriben a lo idiosincrático.

CONCLUSIONES

En términos estrictos, es difícil “concluir” una narrativa que como escrito reflexivo e integral nos ha permitido abrir posibilidades de reflexión, de profundización, de reconocimientos variados sobre el eje puesto en discusión. Intentaremos retomar algunos aspectos, para nosotros, valiosos que merecen ser profundizados para comprender mejor los fenómenos que se “habilitan” y “potencian” cuando se ponen en juego instrumentos formativos como portfolios de aprendizaje con estructura narrativa y orientación reflexiva. Aspectos como la necesidad de compromiso mutuo con la tarea, con la actividad de narrar, por parte de los estudiantes, de “permitirse” la voz, de “permitirse” el reconocimiento de la identidad y la posibilidad de posicionarse en diferentes lugares para desarrollarla; compromiso del docente con la habilitación del espacio para narrar, y la habilitación del espacio para “conversar”, conversación con sustancia, que “alimenta” a ambos, realimentación profunda de una persona a otra persona.

Aspectos de fuerte raíz emocional y ética, propias de la docencia memorable: la pasión y compasión, la entrega y el acompañamiento que identifica que la docencia experta conjuga intelecto, emoción, metacognición y, sobre todo, cambio. Entendemos que el docente experto es aquel que se mantiene en esa posibilidad de cambio de esas dimensiones, en la posibilidad de afectación, de transformación.

Mucho se ha escrito en torno al valor de la metacognición en el aprendizaje de la clínica médica, casos como los de Ángeles nos permiten comprender que ese valor se extiende hacia el

aprendizaje de la docencia en dicho campo, y al aprendizaje por excelencia que nos ubica como aprendices a lo largo de nuestra vida.

Cuando le pedimos lectura global a Ángeles de este artículo, dado nuestro compromiso con ella y nuestra perspectiva de investigación nos manifestaba haber vuelto a:

...sentir la emoción intensa de las veces que he leído cientos de portfolios, la sorpresa infinita que genera poder ver una pequeña parte de sus vidas y sentires, el dolor por sus dolores, la inmensa alegría por el coraje intelectual de muchos de ellos y la convicción de que al poder reflexionar sobre sí mismos y sus acciones muchas veces encuentran el camino que todos buscamos cuando estamos en esta carrera (...) al terminar de leer sentí que estaba leyendo mi propio portfolio, analizando mi camino en la docencia universitaria, desnudando mis emociones sin saber si el que las leerá realmente las apreciará o comprenderá como les ocurre a los estudiantes, reflexionando sobre cada decisión que he tomado en relación al uso de esta herramienta que impactó en toda mi práctica docente pero más aún lo hizo en mi relación con los estudiantes, ha sido pensar sobre mis saberes, pensamientos, emociones y acciones, integrantes inseparables de mi práctica docente.

Entendemos con claridad que ésta es la potencia narrativa en la que “un individuo emerge de los procesos de interacción social no como un producto final relativamente completo, sino como uno que se constituye y reconstituye a través de las variantes prácticas discursivas en las cuales participa” (Davies y Harré, 2007: 244), y este artículo de investigación es una práctica discursiva más que nos habilita a seguir en esta línea de investigación.

AUTORES

-Demuth, Patricia. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Licenciada en Cs. de la Educación y Doctora en Didáctica y organización de Instituciones Educativas. Profesora Titular de “Pedagogía Universitaria y Tecnología Educativa”.

-Navarro, Viviana. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Médica, Especialista en Clínica Médica y Magíster en Educación. Profesora Titular de “Medicina 3”- Área de Clínica Médica

-Porta, Luis. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata. Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación- Orientación Pedagogía. Investigador independiente de CONICET – Argentina. Profesor Titular de problemática educativa

-Di Bernardo, Juan José. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste Médica, Especialista en Clínica Médica y Nefrología. Magíster en Educación. Profesor Titular de “Medicina 3” - Área de Clínica Médica

Información de contacto del autor responsable del manuscrito

Patricia Demuth.

Email: patricia.demuth@med.unne.edu.ar / patriciademuth@hotmail.com.

Dirección: Gral. Madariaga N° 2154 – Corrientes Capital, Argentina. CP. 3400.

Teléfono: 005493794388200

Autoría: Los 4 autores son miembros del equipo de investigación que lleva adelante como uno de sus casos de estudio al caso que se pretende publicar. Trabajaron en la redacción del manuscrito. La autora responsable y la segunda autora además estuvieron vinculadas a la recogida de la información.

Agradecimientos. Para los profesores que como “Ángeles”, nos permiten a los investigadores entrar en su mundo, reflexionar juntos y aprender de la experiencia vivida.

Presentaciones previas: “Ninguno”

Financiamiento: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas – Argentina – Universidad Nacional del Nordeste - Argentina

Conflicto de interés: Ninguno

Valoración del uso de aula virtual en la Cátedra de Fisiología Humana de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba

Kaplan, R; Guevara, C; Santillán, M.

RESUMEN:

Las tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) son el motor principal de transformaciones sin precedentes en el mundo contemporáneo. Ninguna otra tecnología originó tan grandes mutaciones en la sociedad, en la cultura y en la economía. Las políticas educacionales que implican la incorporación de las TICs en los establecimientos educativos son una forma de dar respuesta a desafíos educativos que permiten, entre otros, expandir y renovar permanentemente el conocimiento, dar acceso universal a la información y promover la capacidad de comunicación entre individuos y grupos sociales. Desde la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y las áreas directivas de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) se impulsó la incorporación de TICs a las asignaturas. Se ofrece la plataforma Moodle como soporte para aulas virtuales (AV) y se sugiere a los docentes de todas las Cátedras incorporar su uso para el dictado de las asignaturas. En la Cátedra de Fisiología Humana, comenzamos en 2016 a desarrollar el AV. El total de actividades que incluía el AV en 2017 fue de: 39 videos, 6 foros, 1 wiki, 7 cuestionarios de autoevaluación, 10 archivos (power point, pdf, etc.) y 6 desafíos interactivos. A fines de 2016 y 2017 se realizó una valoración sobre el grado de participación de los alumnos en este espacio y pudo determinarse que el porcentaje promedio de uso de los distintos recursos fue bajo, e incluso menor el porcentaje de alumnos que completó las actividades. Para fomentar el uso del aula virtual durante el año 2018, se informó e instruyó en la modalidad de inscripción en la misma. Semanalmente, se anunció en las redes sociales de la Cátedra y en las instancias teóricas, la invitación a ingresar al aula virtual. Antes del inicio del ciclo lectivo se dictó un breve curso a docentes de la Cátedra sobre aportes del aula virtual, con el objetivo de que conocieran las ventajas y se sumaran a la promoción del uso de la misma por los alumnos de todas las comisiones.

En el presente trabajo se realizó una comparación sobre la participación de los alumnos de los ciclos lectivos 2017 y 2018 en las distintas actividades del aula virtual. Se incluyó hasta el TP Nº8, ya que los siguientes aún no han sido desarrollados. También se cuantificó el grado de uso de cada una de las actividades ofrecidas para cada trabajo práctico, utilizando el informe que brinda la plataforma Moodle. Se analizaron estadísticamente los valores encontrados para cada actividad en los 8 primeros TP de los ciclos lectivos 2017 y 2018. Se calcularon las diferencias estadísticas con test de Chi cuadrado y considerándose significativas las diferencias con $p < 0,05$. Luego de 2 años de tener el AV en la Cátedra hay un mayor conocimiento por parte de los alumnos acerca de su existencia, sin embargo la participación continúa siendo escasa. En las 2 encuestas de satisfacción realizadas una a fines de 2016 y la otra en 2017, los alumnos mencionaron que una de las causas de la baja participación era el hecho de que no fuera obligatoria. En 2018 se comenzó con una fuerte motivación y aumentó el uso del AV aunque no fue suficiente cuando las actividades dejaban de ser promocionadas por el docente. Consideramos que para que el alumno ingrese al AV y cumpla eficazmente con todas las propuestas didácticas, este espacio debe ser presentado como de carácter obligatorio.

Palabras claves: aula virtual-TICs

INTRODUCCIÓN:

Las tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) son el motor principal de transformaciones sin precedentes en el mundo contemporáneo. Ninguna otra tecnología originó tan grandes mutaciones en la sociedad, en la cultura y en la economía.

Las políticas educacionales que implican la incorporación de las TICs en los establecimientos educativos son una forma de dar respuesta a desafíos educativos que permiten, entre otros, expandir y renovar permanentemente el conocimiento, dar acceso universal a la información y promover la capacidad de comunicación entre individuos y grupos sociales. Por lo tanto, no son una simple moda o una mera sofisticación, sino que responden a las necesidades de desarrollo de nuestros países y de inserción en el mundo globalizado. Conociendo esto, desde la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y las áreas directivas de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) se impulsa la incorporación de TICs a las asignaturas. Se ofrece la plataforma Moodle como soporte para aulas virtuales (AV) y se sugiere a los docentes de todas las Cátedras incorporar su uso para el dictado de las asignaturas.

En la Cátedra de Fisiología Humana, comenzamos desde el ciclo lectivo 2016 a desarrollar el AV. Nos propusimos incluir material complementario al de cada unidad en la que se divide la asignatura, evitando duplicar lo que los alumnos reciben en las instancias presenciales. Con el uso de TICs se logra la incorporación de material multimedial (que muchas veces resulta tecnológicamente inviable en un aula física), de simulaciones, cuestionarios de autoevaluación, foros de participación y otras estrategias que permiten al alumno complementar el material brindado en las instancias teóricas y prácticas, en búsqueda de favorecer la discusión, el análisis crítico y reflexivo. El total de actividades que incluía el AV en 2017 es: 39 videos, 6 foros, 1 wiki, 7 cuestionarios de autoevaluación, 10 archivos (power point, pdf) y 6 desafíos interactivos.

A fines de 2016 y 2017 se realizó una valoración sobre el grado de participación de los alumnos en este espacio y pudo determinarse que el porcentaje promedio de uso de los distintos recursos fue bajo, e incluso menor el porcentaje de alumnos que completó las actividades.

Para fomentar el uso del aula virtual durante el año 2018, al comenzar el ciclo lectivo se informó a todo el alumnado de esta actividad y se los instruyó en la modalidad de inscripción en la misma. Semanalmente, se anunció en las redes sociales de la Cátedra el día en que el material se encontraba disponible. En las instancias teóricas se reforzó la invitación a ingresar al aula virtual. Antes de comenzar el ciclo lectivo se dictó un breve curso a docentes de la Cátedra sobre aportes del aula virtual, con el objetivo de que conozcan las ventajas y sumarlos en la promoción del uso de la misma a los alumnos de todas las comisiones. En los años 2016 y 2017 todas las actividades y el ingreso al aula virtual fueron de carácter optativo. En el año 2018, por primera vez se instauró la obligatoriedad de ingresar al aula virtual y resolver al menos un cuestionario (dentro de varias opciones que el alumno podía elegir).

En el presente trabajo se realizó una comparación sobre la participación de los alumnos de los ciclos lectivos 2017 y 2018 en las distintas actividades del aula virtual. Se incluyó hasta el TP Nº8, ya que los siguientes aún no han sido desarrollados.

DESARROLLO:

La Cátedra de Fisiología Humana de la FCM de la UNC recibe alrededor de 600 alumnos anualmente. Se dicta en segundo año de la Carrera, es anual e incluye 21 clases teóricas de 2h de duración y 21 trabajos prácticos (TP) de 3 hs que se dictan semanalmente. Los mismos están divididos en 4 módulos, con un parcial al final de cada uno.

Para el desarrollo del AV, en el año 2016 se destinó a tiempo parcial a una docente adjunta de la Cátedra. En 2017 se suma, también a tiempo parcial, una segunda docente (Profesor asistente) y desde 2018 se incorpora una tercera profesora asistente, también a tiempo parcial. Los docentes designados realizaron cursos sobre uso de Moodle, utilizaron el instructivo y soporte que ofrece la Universidad y comenzaron a desarrollar, buscar, adaptar y compilar los recursos, tareas, estrategias y materiales para el aula virtual. Ninguno de los docentes tenía experiencia formal como tutor en entornos virtuales.

El AV tiene formato de "Curso", dividida en 21 TP, al igual que el ciclo lectivo. En cada uno de ellos se incluyen recursos y actividades vinculados al tema que se dicta esa semana en el TP presencial. Anualmente se ha ido ampliando, corrigiendo y diversificando la oferta del aula, la cual en la actualidad incluye: 41 videos, 11 foros, 1 wiki, 8 cuestionarios de autoevaluación, 10 archivos power point, pdf y Word, Imágenes (9 + 3 como desafíos + 4 comics como parte de los desafíos); 7 desafíos interactivos (situaciones problemáticas donde el alumno debe tener participación activa debiendo completar, opinar, etc.).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Para la valoración objetiva sobre el uso real que los alumnos hacen de las herramientas brindadas en este espacio, se valoró el resultado a la pregunta vinculada a AV, de la encuesta de satisfacción que deben completar los alumnos antes del último parcial de la asignatura, a fin de poder realizar los cambios o mejoras que estuvieran al alcance del cuerpo docente.

También se cuantificó el grado de uso de cada una de las actividades ofrecidas para cada trabajo práctico, utilizando el informe que brinda la plataforma Moodle.

Se hicieron tablas de frecuencia y se calculó la diferencia estadística entre los valores encontrados para cada actividad en los 8 primeros TP de los ciclos lectivos 2017 y 2018.

Se incluyó hasta el TP8 porque es hasta donde se ha avanzado este año. Para calcular las diferencias estadísticas se empleó el test de Chi cuadrado y se consideraron significativas las diferencias con $p < 0,05$ (Infostat, 2017).

RESULTADOS:

De acuerdo a las respuestas que brindaron los alumnos a la pregunta: "¿En qué medida utilizaste el material de apoyo provisto en el AV de la Cátedra?", en las encuestas de satisfacción de la Cátedra completadas al final de los ciclos lectivos 2016 y 2017 se calcularon los porcentajes que se muestran en la Tabla 1. Los datos de la encuesta de significación si bien no muestran una diferencia significativa, se observó una tendencia a mayor participación en 2017 que en 2016.

Tabla 1: Niveles de utilización del aula virtual de la Cátedra de Fisiología Humana, FCM, UNC, durante los ciclos lectivos 2016 y 2017.

	2016	2017
Nada	65	57,4
Poco	31,8	37,2
Mucho	3,2	5,4

En relación a la comparación realizada para cada una de las actividades de los 8 primeros TP, entre 2017 y el presente año, se observa que hasta el TP 4 la mayoría de las propuestas educativas fueron aprovechadas significativamente más por los alumnos en 2018 que en el año anterior. En el TP 4 la participación fue casi equivalente en los dos períodos evaluados, observándose en un foro una participación significativamente mayor en 2017 que en 2018. En el TP 5 la dedicación de los alumnos de 2018 superó significativamente a los de 2017 en la observación de los videos pero a partir del TP 6 la actividad fue baja en ambos períodos, destacándose algunas actividades con una participación significativamente superior en 2017 que en 2018. Los valores absolutos que arroja Moodle en el registro de actividad de cada instancia educativa propuesta en los 8 TP evaluados se representan como porcentaje en la Tabla 2.

Tabla 2: Registro del porcentaje de alumnos activos en diferentes estrategias educativas correspondientes a los 8 primeros trabajos prácticos, incluidas en el aula virtual de la Cátedra de Fisiología Humana, FCM, UNC, durante los ciclos lectivos 2017 y 2018.

	Actividad	2017 (545 alumnos)	2018 (579 alumnos)
TP 1	Foro	Entraron a ver: 30,3% Dejaron opinión: 3,5%	Entraron a ver: 45% Dejaron opinión: 12%
TP 2	Cuestionario	Entraron: 28%. Lo finalizaron: 3,8%	Entraron: 92,9% * Lo finalizaron: 92,9%*
TP 2	Video 1	Lo vieron 20%	Lo vieron: 53,02% *
TP 2	Video 2	Lo vieron 12,7%	237 lo vieron: 40,9% *
TP 2	Wiki	Entraron: 7,8% Escribió: 0%	Entraron: 17,27%. Escribió: 0%
TP 2	Archivo PDF	Lo abrieron: 20%	Lo abrieron: 39,89% *
TP 3	Video	Lo vieron: 3,8%	Lo vieron: 21,76% *
TP 3	Desafío	Entraron: 18% Abrieron la respuesta: 7%	Lo vieron: 36,26% * Abrieron La respuesta: 4,31%
TP 3	Foro	Entraron 14,6% Dejaron su opinión: 30,6%*	Entraron: 31,26% * Dejaron su opinión: 1,5%
TP 4	Cuestionario	Lo completó: 0%	Lo completó: 2,074%
TP 4	Video	Lo vieron: 7%	Lo vieron: 15,5%

TP 4	Archivo	Lo vieron: 10%	Lo vieron: 17%
TP 4	Foro	Entraron 28,5%* Dejó opinión: 0%	Entraron 10,8% Dejó opinión: 0%
TP 5	Video 1	Lo vieron: 3,5%	Lo vieron: 15,19% *
TP 5	Video 2	Lo vieron: 3,7%	Lo vieron: 16,58% *
TP 5	Video 3	Lo vieron: 10%	Lo vieron 17,8%
TP 5	Video 4	Lo vieron: 6,8%	Lo vieron: 6%
TP 5	Desafío foro	Entraron: 11% Participaron: 0,55%	Entraron: 9,32% Participaron: 0,17%
TP 6	Video 1	Lo vieron: 11,2%	Lo vieron: 9,6%
TP 6	Video 2	Lo vieron: 8,2%	Lo vieron: 7,7%
TP 6	Video 3	Lo vieron: 7%	Lo vieron: 6,5%
TP 6	Video 4	Lo vieron: 6%	Lo vieron: 5,8%
TP 6	Video 5	Lo vieron: 6,8%	Lo vieron: 4,8%
TP 7	Video 1	Lo vieron: 17%*	Lo vieron: 4,3%
TP 7	Archivo PDF	Lo vieron: 16%	Lo vieron: 7,7%
TP 7	Simulador de presión arterial	Lo vieron: 9%	Lo vieron: 7%
TP 7	Foro	Entraron: 4,2% Participaron: 0,18%	Entraron: 7,3% Participaron: 0%
TP 8	Video 1	Lo vieron: 14,7%*	Lo vieron: 3,6%
TP 8	Video 2	Lo vieron: 10%	Lo vieron: 3,1%
TP 8	Video 3	Lo vieron: 10%	Lo vieron: 3,1%
TP 8	Cuestionario	Entraron: 7,3% Lo resolvieron: 4,4%	Entraron: 4,6% Lo resolvieron: 1,7%

TP: Trabajo Práctico. *: diferencia significativa entre los dos valores de la misma fila. $P < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Luego de 2 años de tener el AV en la Cátedra hay un mayor conocimiento por parte de los alumnos acerca de su existencia, sin embargo la participación continúa siendo escasa. En las 2 encuestas de satisfacción realizadas una a fines de 2016 y la otra en 2017, los alumnos mencionaron que una de las causas de la baja participación era el hecho de que no fuera obligatoria.

En 2018 se comenzó con una fuerte motivación para el uso del AV desde las clases teóricas, donde se explicó el tipo de material incluido y la conveniencia de realizarlo a pesar de no ser obligatorio. Se reforzó con mensajes en las redes sociales indicando semanalmente que había actividades en el aula y los alumnos respondieron positivamente. El Cuestionario del TP 2 que se encuentra tanto en la Guía de trabajos Prácticos en papel como en el AV se sugirió realizarlo en esta última modalidad y la mayoría pudo hacerlo sin dificultades. En ese mismo práctico se observa una participación significativamente mayor en otras actividades también, lo cual podría deberse a la curiosidad que se despierta en el alumno una vez que está dentro del AV.

En los primeros TP fue mayor la cantidad de alumnos que utilizaron los recursos, y en los posteriores

Kaplan, R. L. y Col.; Vol. 9 N° 2 Junio, 29-35, 2020

se fue reduciendo de manera marcada lo que relacionamos con dos realidades: la primera es la falta de promoción por parte de los docentes para invitarlos a ingresar al aula y realizarlas, ya que muchos no están familiarizados con la herramienta y en segundo lugar al hecho de que siga proponiéndose como optativa, ya que el alumno prioriza aquellas actividades que van a ser evaluadas o que de algún modo representan una exigencia y no los espacios de cuya actividad no va a obtener un rédito académico cuantificable.

A partir de estos resultados proponemos que se dicten cursos de capacitación docente en el uso de AV a fin de que puedan familiarizarse con las herramientas y reconocer sus ventajas.

Consideramos que para que el alumno ingrese al AV y cumpla eficazmente con todas las propuestas didácticas, este espacio debe ser presentado como de carácter obligatorio. Quizás no sería necesario calificar que haya completado cada una de las actividades propuestas sino comenzar asignando una calificación de concepto relacionada con la situación verificable de ser o no "alumno activo" en el AV.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Lic. Cristina Andreone y col. Mgt. Verónica Ligorria. "La Universidad como contenido de la formación docente". Aula virtual del Plan de Formación Docente de Secretaría de Graduados de Ciencias de la Salud de la U.N.C. 2016.
2. Marschall Mc. Luhan. "La galaxia Gutenberg o Aldea Global". Editorial Galaxia Gutenberg. 1993.
3. Ander- Egg. "Educación y Prospectiva". Editorial Magisterio del Río de la Plata. 1998.
4. Cabero J. "Las nuevas tecnologías de la información y comunicación como un nuevo espacio para el encuentro entre los pueblos iberoamericanos". Comunicar, 20, 2003, 159-167 (ISSN 1134-3478).
5. Debora Brocca. "Propuestas virtuales de la enseñanza, una mirada desde el alumno". Repositorio Institucional de la U.N.L.P. 2007.
6. Dra. Irma Ceballos y Lic. Debora Brocca. "Los recursos didácticos y las tecnologías educativas". Aula virtual del Plan de Formación Docente de Secretaría de Graduados de Ciencias de la Salud de la U.N.C. 2016.
7. Gutierrez Pérez F y Prieto Castillo D. "La mediación Pedagógica. Apuntes para una educación a distancia alternativa". La Crujía Ediciones. Buenos Aires. 2007.
8. Barberá E, Badia A. "Educar con aulas virtuales. Orientaciones para la innovación en el proceso de enseñanza aprendizaje". A Machados Libros. Madrid. 2004.
9. Manuel Area Moreira. "Los materiales didácticos en la era digital". Editorial Desclee de Brouwer. 2001.
10. Manuel Area Moreira. "Educar en la sociedad de la información". Editorial Desclee de Brouwer. 2001.

DATOS DE AUTOR

Título

Valoración del uso de aula virtual en la Cátedra de Fisiología Humana de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba

Palabras clave: Aula virtual, Fisiología Humana, Universidad Nacional de Córdoba.

Autores

Kaplan, Ruth Lía; Guevara, Celia Elizabeth; Santillán, María Emilia.

Análisis de la potencialidad de un software educativo de simulación de electrocardiograma desde la mirada de estudiantes de medicina

Ogueta Baza, S.L.; Rabino, M.; Bombina, E.; Minnaard, V.; López, M.; Soto, G.

RESUMEN

En la actualidad todo es información, información que fluye permanentemente y esto genera la necesidad de que los estudiantes desarrollen competencias que les permitan adaptarse a distintos escenarios.

Los recursos utilizados para la enseñanza como videos, software, simulaciones, entre otros, son en términos generales contruidos por adultos para enseñar un determinado contenido, y son pensados y diseñados desde sus creencias y experiencias de aprendizaje. En muchas oportunidades, los recursos didácticos no resultan como facilitadores del aprendizaje como lo imaginaron sus creadores. ¿Por qué no pensar la revisión del recurso antes de utilizarlo para enseñar a partir del análisis de su potencialidad por el que aprende?

Objetivo: Evaluar desde la mirada del alumno las fortalezas y debilidades de un software de simulación ECG.

Materiales y métodos: La experiencia fue desarrollada en el laboratorio de Innovación Educativa por dos alumnos avanzados de Medicina que analizaron el mismo en dos encuentros empleando un instrumento especializado en evaluación de softwares educativos y una matriz FODA. Las actividades estuvieron monitoreadas por dos especialistas del grupo de investigación.

Resultados: Los alumnos destacan la variabilidad de casos y simulaciones que presentan, lo que permiten crear nuevos escenarios. Asimismo reconocen que el estilo de redacción y el nivel de actualización de los contenidos es adecuado y que favorece el aprendizaje cooperativo. Además se pueden analizar datos del paciente desde un abordaje clínico, examen físico, más estudios complementarios. Entre las debilidades reconocen que no presenta variabilidad de estrategias, como por ejemplo presencia de organizadores previos, mapas conceptuales, preguntas que conduzcan a la indagación y profundización de los temas abordados. De las 40 competencias específicas que se seleccionaron para la carrera de Medicina en la Universidad, en la dimensión: "Pensamiento científico e investigación" en el componente "Actitud científica" aparecen destacadas las siguientes capacidades: Utiliza el pensamiento crítico, razonamiento clínico, medicina basada en la evidencia y la metodología de investigación científica en el manejo de la información y abordaje de los problemas médicos y sanitarios. Busca información en fuentes confiables (softwares actualizados). Interpreta y jerarquiza los datos obtenidos para reformular las hipótesis diagnósticas. Las mismas se han visto fortalecidas en esta propuesta.

Conclusiones: El estudiante, sin una carga de representaciones previas, resultado de una formación académica que actúa como condicionante, puede de un modo no determinado por saberes previos, evaluar el potencial de un recurso de enseñanza para aprender.

Palabras claves: Softwares- Medicina-Evaluación-Fortalezas-Debilidades

Summary

Introduction At the present time everything is information, information that flows permanently and this generates the need for students to develop competences that allow them to adapt to different scenarios.

The resources used for teaching such as videos, software, simulations, among others are in general terms built by adults to teach a certain content, and are thought and designed from their beliefs and learning experiences. In many opportunities,

the didactic resources do not turn out to be facilitators of learning as their creators thought. Why not think about the review of the resource before using it to teach from the analysis of its potential to the learner?

Purpose: To evaluate the strengths and weaknesses of an ECG simulation software from the perspective of the medical student.

Materials and methods: The experience was developed in the laboratory of Educational Innovation by two advanced students of Medicine who analyzed the same in two meetings using a specialized instrument in evaluation of educational software and a matrix. The activities were monitored by two specialists of the research group

Results: Students highlight the variability of cases and simulations they present, which allow creating new scenarios. They also recognize that the style of writing and the level of updating of the contents are adequate and that it favors cooperative learning. In addition, patient data can be analyzed from a clinical approach, physical examination, and complementary studies. Among the weaknesses, they recognize that there is no variability in strategies, such as the presence of previous organizers, conceptual maps, questions that lead to the investigation and deepening of the topics addressed. Of the 40 specific competences that were selected for the Medicine career; in the Dimension:

"Scientific thinking and research" in the component "Scientific attitude" appear the following indicators.

Used in critical thinking, clinical reasoning, evidence-based medicine and scientific research methodology in the handling of information and addressing medical and health problems.

Look for information in reliable sources (updated software).

Interprets and hierarchizes the data obtained to reformulate diagnostic hypotheses.

Those who have been strengthened in this proposal

Conclusions: The student, without a burden of previous representations results of an academic education that acts as a conditioning factor, cannot be determined by previous knowledge, evaluate the potential of a teaching resource to learn

Keywords: educational software, competences, medical students, simulation

INTRODUCCION

En la actualidad todo es información, información que fluye permanentemente y esto genera la necesidad de que los estudiantes desarrollen competencias que les permitan adaptarse a distintos escenarios.

Los recursos utilizados para la enseñanza como videos, software, simulaciones entre otros, son en términos generales construidos por adultos para enseñar un determinado contenido, y son pensados y diseñados desde sus creencias y experiencias de aprendizaje. En muchas oportunidades, los recursos didácticos no resultan como facilitadores del aprendizaje como lo imaginaron sus creadores. ¿Por qué no pensar la revisión del recurso antes de utilizarlo para enseñar a partir del análisis de su potencialidad del que aprende?

Objetivo: Evaluar desde la mirada del alumno las fortalezas y debilidades de un software de simulación ECG.

Materiales y métodos: La presente investigación corresponde a la segunda fase de las cuatro planteadas. En esta se realiza un relevamiento de softwares de simulación que se pueden implementar en la carrera El grupo de investigación se conforma según indica la figura.



Fuente: Elaboración propia

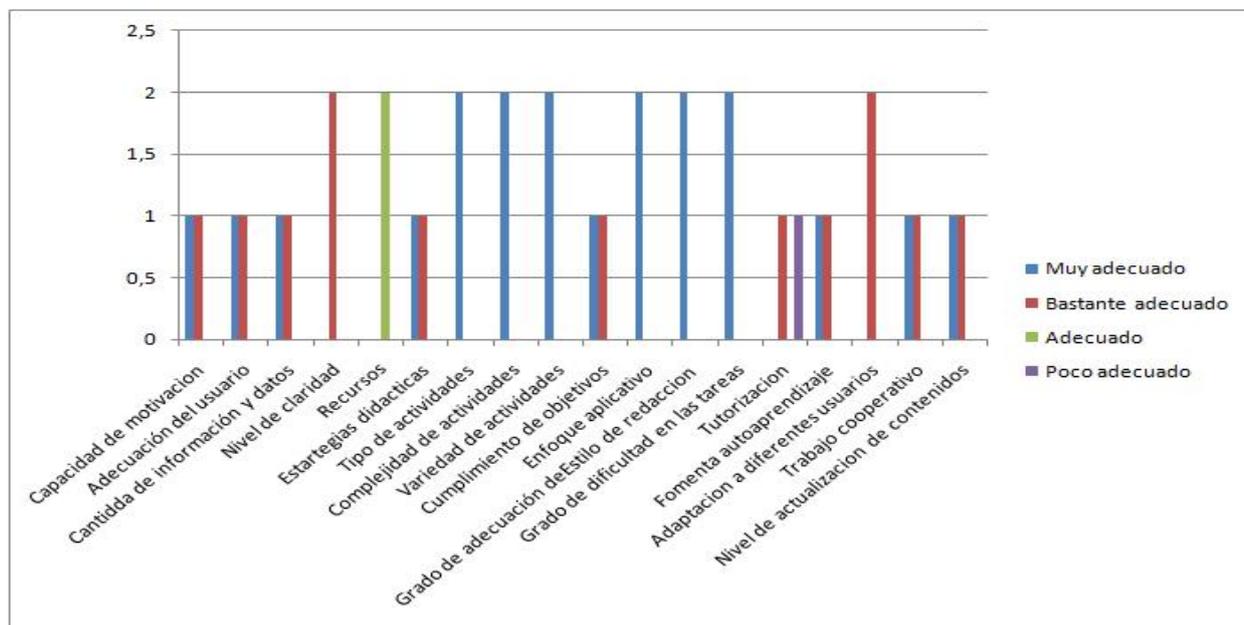
La experiencia se desarrolló en el laboratorio de Innovación Educativa donde dos alumnos avanzados de Medicina analizaron los tres softwares seleccionados en dos encuentros empleando un instrumento especializado en evaluación de softwares educativos, para luego profundizar en uno de ellos realizando una matriz FODA. Las actividades estuvieron monitoreadas por dos especialistas del grupo de investigación.

Resultados: Los alumnos destacan la variabilidad de casos y simulaciones que presentan, lo que permiten crear nuevos escenarios. A continuación se presenta una tabla donde se visualiza la comparación entre simuladores

Software	1	2	3
	De uso libre	De uso libre	Pago
Uso	Simulador de ritmos cardíacos más comunes, permite interpretación de ritmos cardíacos.	Simulador para entrenamiento de emergencias médicas	Simulador para entrenamiento de emergencias médicas
Incorpora Radiografías	No	No	Si
Permite imprimir Resultados	No	No	Si
Propone Escenarios	No	No	Si
Combina con maniquí de simulación	No	Si	Si
Permite uso de dos monitores (docente-Alumno)	No	Si	A confirmar

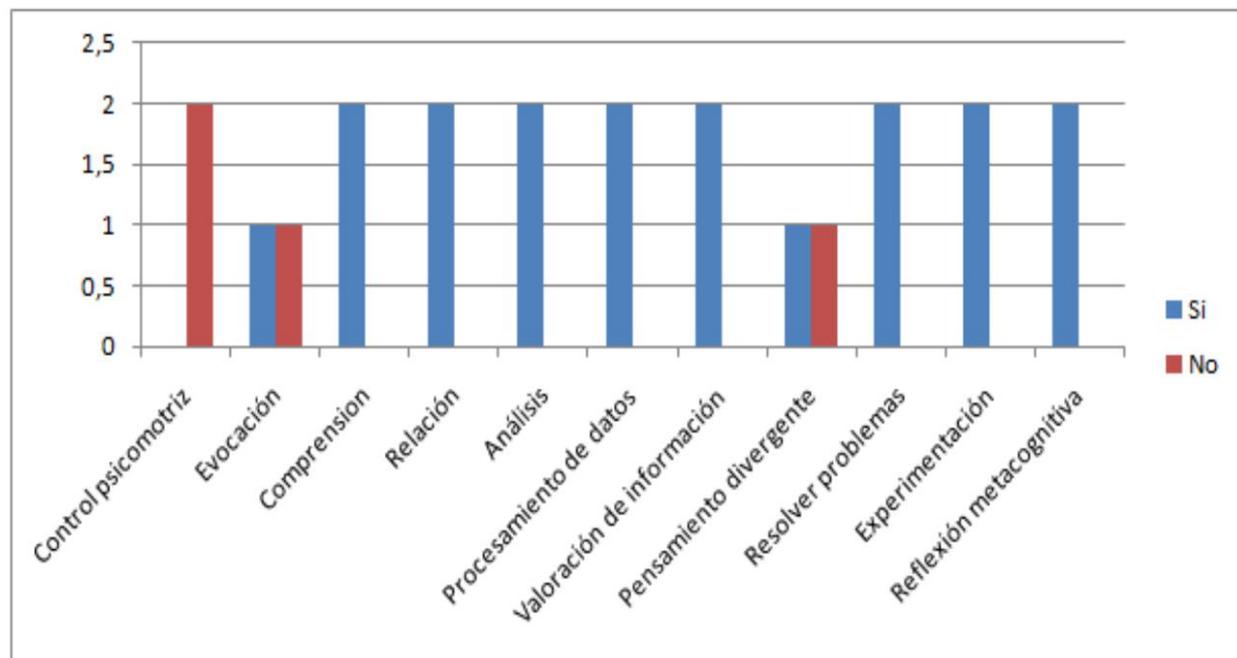
Asimismo reconocen que el estilo de redacción y el nivel de actualización de los contenidos es adecuado y que favorece el aprendizaje cooperativo. Además se pueden analizar datos del paciente desde un abordaje clínico, examen físico, más estudios complementarios. Entre las debilidades reconocen que no presenta variabilidad de estrategias, como por ejemplo presencia de organizadores previos, mapas conceptuales, preguntas que conduzcan a la indagación y profundización de los temas abordados.

Grafico n° 1: Aspectos pedagógicos evaluados en el software



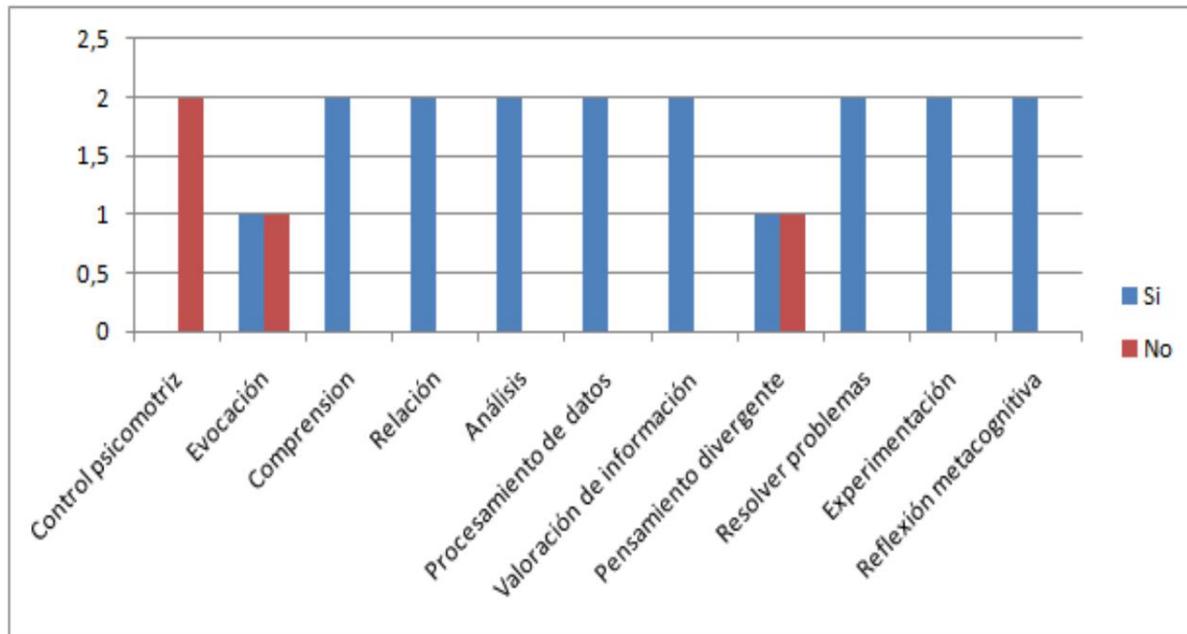
Fuente: Datos de la Investigación obtenidos por adaptación del instrumento de Rada Cadenas (2010)

Grafico n° 2: Opinión sobre estrategias didácticas que brinda el software



Fuente: Datos de la Investigación obtenidos por adaptación del instrumento de Rada Cadenas (2010)

Grafico n° 3. Opinión sobre esfuerzos cognitivos que exige



Fuente: Datos de la Investigación obtenidos por adaptación del instrumento de Rada Cadenas (2010)

De las las 40 competencias específicas que se seleccionaron para la carrera de Medicina en la Universidad; en la Dimensión: "Pensamiento científico e investigación" en el componente "Actitud científica" aparecen destacadas las siguientes capacidades:

Utiliza en pensamiento crítico, razonamiento clínico, medicina basada en la evidencia y la metodología de investigación científica en el manejo de la información y abordaje de los problemas médicos y sanitarios.

Busca información en fuentes confiables (software actualizado).

Interpreta y jerarquiza los datos obtenidos para reformular las hipótesis diagnósticas.

Las mismas que se han visto fortalecidas en esta propuesta

CONCLUSIONES:

La simulación clínica ha ido evolucionando año a año y su inclusión en la educación médica la fortalece como herramienta pedagógica que favorece el desarrollo de fortalezas en los alumnos. El estudiante, sin una carga de representaciones previas, resultado de una formación académica que actúa como condicionante, puede de un modo no determinado por saberes previos, evaluar el potencial de un recurso de enseñanza para aprender.

BIBLIOGRAFIA

- Cadenas, D. R. (2017). Instrumento para el análisis y evaluación de los software multimedia educativos. *SINOPSIS EDUCATIVA. Revista venezolana de investigación*, 10(1), 69-75
- Marrero Pérez, Martha Denis, Santana Machado, Alfredo Tito, Águila Rivalta, Yadira, & Pérez de León, Adrián. (2016). Las imágenes digitales como medios de enseñanza en la docencia de las ciencias médicas. *EDUMECENTRO*, 8(1), 125-142. Recuperado en 14 de junio de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742016000100010&lng=es&tlng=es

DATOS DE AUTOR

Título

Análisis de la potencialidad de un software educativo de simulación de electrocardiograma desde la mirada de estudiantes de medicina

Autores

Ogueta Baza, S.L.; Rabino, M.; Bombina, E.; Minnaard, V.; López, M.; Soto, G.

Facultad de Medicina Universidad FASTA. Mar del Plata. Argentina

contacto: sogueta@yahoo.com y minnaard@ufasta.edu.ar

Empatía y compasión en la formación médica. ¿Es necesaria la educación afectiva en Medicina?

Muntadas, J

RESUMEN

La presente revisión trata de mostrar una breve introducción a la definición del concepto de empatía, su importancia en la práctica médica, en particular en el vínculo médico-paciente y en la salud emocional del médico. Mediante un recorrido por las distintas dimensiones del concepto de empatía, distintas posibilidades de evaluarla y enseñarla y sus repercusiones en distintos aspectos de la práctica.

INTRODUCCION

Los avances en Medicina son principalmente en el saber técnico, pero cuanto importa para el perfil del profesional médico la posibilidad de establecer un vínculo empático con su paciente. ¿Es esta capacidad afectiva una habilidad a enseñar? ¿Se puede modificar la empatía de una persona? ¿Nacemos o nos hacemos empáticos? ¿Lo podemos entrenar?¹

Es amplio y variado el uso de la palabra “empatía” en distintos ámbitos, pero es necesario acotar y establecer una correcta definición del término con el objetivo de trabajarlo en educación médica.

Es claro el deterioro de la capacidad empática a lo largo de los años de estudio y trabajo médico²³, es importante para el vínculo médico-paciente, por lo que su deterioro debería ser un punto importante a contemplar. Si bien hay muchos estudios donde se evalúa como el deterioro de la misma repercute en la eficacia del acto médico^{4 5} y en el aumento del conflicto con pacientes, no es un tema tratado habitualmente en la formación profesional, ni es un ítem en el pensamiento del perfil profesional de una carrera o una residencia, puede también condicionar elecciones de especialidades^{6 7 8 9}.

Este trabajo busca revisar las definiciones y la implicancia de las mismas, pensar en los componentes de la empatía y su relación a la práctica médica en todos sus aspectos, tanto la relación médico-paciente como la relación ejercicio médico-emociones. Establecer en base a la literatura posibles maneras de evaluación y de trabajo de la capacidad de empatía, y presentar el desafío de la enseñanza de las emociones y de la práctica de la empatía como habilidades a trabajar en el pregrado y también en las residencias médicas¹⁰.

DEFINICIÓN:

Definiendo, según el Diccionario de la Real Academia Española, Empatía proviene del griego *εμπάθεια* *empátheia*, sentimiento de identificación con algo o alguien, capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos.

El psicólogo británico Edward Titchener introdujo el término al inglés (Empathy) en 1909 como traducción del alemán (Einführung, “sentimiento hacia”)¹¹, y significaba “sentir adentrándose en el otro, compenetrarse”. En cuanto a su uso, durante todo el Romanticismo alemán este término adquirió connotaciones muy variadas en la percepción de lo estético y lo artístico, buscando estar en

contraposición a la percepción científica de diseccionar la naturaleza. Fue Theodor Lipps quién la presentó desde un punto de vista más psicológico, a modo de descripción de la experiencia estética. Para este autor, la *Einführung* es una especie de identificación, de proyección, de penetración del ser sensible del observador, en el objeto de contemplación; dice Lipps "es el estado del alma que despierta en mí y que yo siento en los objetos" (Lipps, T.: *Aesthetik*, Hamburg, 1903-1906. Los Fundamentos de la estética. Trad. Esp. De Ovejero y Maury, Madrid, Daniel Jorro, tomos I y II, 1923-1924)¹².

En las últimas décadas los hallazgos neurocientíficos han dado una nueva perspectiva al concepto de empatía. En base a estos hallazgos, las llamadas neuronas espejo desempeñan un papel importante en el reconocimiento de los estados emocionales de otra persona, y en la comprensión de la conducta, proporcionan evidencia empírica de la idea de empatía de Lipps como imitación interna. Con la ayuda del término "neurona espejo", los científicos se refieren al hecho de que existe una superposición significativa entre las áreas neuronales que se activan en nuestra observación de la acción de otra persona y las áreas implicadas cuando ejecutamos la misma acción, existe similar superposición entre las áreas neuronales para el reconocimiento de la emoción de otra persona, basada en su expresión facial, y nuestra experiencia de la emoción.

El neurocientífico Vittorio Gallese, uno de los principales investigadores en esta área, piensa que las neuronas espejo constituyen lo que él llama la "variedad compartida de intersubjetividad"¹³, ya que las neuronas en espejo colaboran en la formación de una identidad de grupo y nos permiten reconocer similitudes en otros, e identificarnos. Stueber, inspirado en la concepción de empatía de Lipps como imitación interna, se refiere a las neuronas espejo como mecanismos de empatía básica; que nos permiten aprehender directamente las emociones de otra persona a la luz de sus expresiones faciales y que entender sus movimientos corporales como acciones dirigidas a un objetivo¹⁴.

LA EMPATÍA Y EL PROFESIONAL DE LA SALUD

En el quehacer médico no hay un acuerdo en la conceptualización de empatía, o a que ámbito pertenece, si es una habilidad cognitiva (entendimiento y comunicación)² o es dependiente de la dimensión afectiva o a ambas simultáneamente³. De la mano de esto la pregunta es si la empatía se puede enseñar o si solo se debe tratar de preservarla.

Si pensamos en los contenidos en educación, cito al autor Cesar Coll (1987):

"Con frecuencia, los contenidos escolares son asimilados a sistemas conceptuales, considerándose en ese caso que las actitudes, normas y valores que indefectiblemente vehicula la educación forman parte de una especie de "currículum oculto", mientras que las estrategias, procedimientos o técnicas no disfrutan de una ubicación clara, pudiendo ser el objeto preferente de algunas materias -por ejemplo, pretecnología- y obviarse en otras, según los casos. En una opción como la que hemos defendido, cualquier elemento de la cultura de un grupo social que éste considere que debe ser asimilado por sus miembros, es susceptible de convertirse en contenido de la enseñanza. Los contenidos pueden, en consecuencia, ser hechos, conceptos, principios, procedimientos, valores, normas y actitudes."

Entonces si los contenidos son conceptuales, procedimentales y actitudinales al pensar en estos últimos, muchas veces dentro del currículum oculto, los mismos están constituidos por valores, que constituyen la expresión de aspiraciones que inspiran y orientan el comportamiento y la vida humana, tales como solidaridad, cooperación, respeto, perseverancia, autocontrol y que se concretan en compartir, ayudar, ordenar, respetar y actitudes que expresan una tendencia a

comportarse de manera consistente y persistente con esos valores ante determinadas situaciones o personas.

Es de gran importancia pensar en estos contenidos actitudinales ya que forman una parte importante del ejercicio profesional y en general o no existen o se aprenden por accidente. Si es claro, a partir de trabajos de más de 25 años, que la empatía se aprende del ejemplo de profesores y formadores¹⁵, basándose esta observación en las neuronas en espejo. A partir de trabajos más actuales (Newell¹⁶, Branch¹⁷, Kumagai¹⁸, Berg³, Batt-Rawden¹⁹, Kelm²⁰, Wundrich²¹) se promueve entrenarla a través del aprendizaje de las emociones y del trabajo de las experiencias diarias. Igualmente falta unificar criterios y clarificar definiciones para avanzar en entender la empatía en la relación médico-paciente²².

Existe amplia evidencia que una adecuada empatía se asocia a mejoría de la satisfacción del paciente^{23 24}, adherencia al tratamiento, mejor evolución clínica²⁵ y menor cantidad de conflictos legales²⁶. De allí la importancia de tratar de enseñarla y preservarla en pos de una mejora en el vínculo médico-paciente. Se proponen diversas estrategias para su enseñanza mediante recursos humanísticos (literatura, blogs, pintura, teatro, medicina narrativa), a través del cine (debate), también el uso de ABP (aprendizaje basado en problemas), etc.

Una de las definiciones de empatía más aceptadas en la práctica clínica es: “un atributo cognitivo que implica una capacidad para comprender las experiencias y perspectivas internas del paciente y una capacidad para comunicar esta comprensión”¹⁹, se distinguen dos dimensiones en este concepto, la afectiva (respuesta emocional ante las emociones de otro), conocida también como “simpatía”, siendo la menos útil en el concepto de empatía, ya que no permite separarse del sentimiento del otro y puede interferir en la toma de decisiones, y la cognitiva, que es la capacidad de un individuo de entender a otro sin necesitar una experiencia emotiva personal. Esta es una habilidad que implica un proceso cognitivo educable y mejorable y se fundamenta en entender el sentimiento del otro no en compartirlo. Si tenemos en cuenta la definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud, Salud no es meramente la ausencia de enfermedad, en un concepto más amplio que incluye un completo bienestar mental y social, aquí la idea de comprender al otro toma otra dimensión. Enfermedad no es sólo el individuo, sino también un contexto y una sociedad, de allí que la capacidad de ver y comprender esto a partir de la empatía es fundamental para entender al paciente.

Si pensamos que uno de los componentes principales del quehacer médico es la relación médico-paciente, una parte importante de este vínculo es la empatía. Desde la mirada de empatía algo indispensable en este, es iniciar una adecuada comunicación interpersonal para comprender las necesidades del paciente, tratando de ser más efectivos al comprender su totalidad y de esta manera enfocar el camino para resolver o mejorar la problemática del paciente²⁷, como base para comprender y contemplar sus expectativas y probablemente también cómo una manera de mejorar sus competencias clínicas²⁸.

En base a los trabajos de Mercer y Reynolds^{29 30}, se define la empatía de una manera multidimensional, teniendo en cuenta distintos aspectos:

1. **El emotivo:** es un concepto subjetivo de poder experimentar o compartir el estado psicológico de otra persona o sus emociones.
2. **El moral:** es un componente más altruista que motiva a la práctica de la empatía.

3. **El cognitivo:** es un componente basado en la habilidad cognitiva para identificar y entender los sentimientos y perspectivas de otras personas sobre un tema puntual.
4. **El conductual:** es una respuesta a través de la comunicación para transmitir la comprensión de la perspectiva de la otra persona.

En base a estos ítems se puede entender a la empatía más como una habilidad comunicacional. Se busca independizarse del concepto de simpatía como único componente, lo que es riesgoso en el vínculo médico-paciente ya que genera una pérdida de la objetividad necesaria. Se busca relacionar el concepto más con un proceso cognitivo y una habilidad comunicacional (verbal y no verbal), de esta manera se puede ver la empatía más como un proceso que se puede aprender y no solo como una capacidad innata.

Basado en esto Mercer y Reynolds^{29 30}, definen a la empatía como la capacidad de:

1. Entender la situación del paciente su perspectiva y sus sentimientos.
2. Comunicar esta comprensión chequeando su exactitud.
3. Actuar en base a esto de una manera terapéutica

Esta tríada se basa en el modelo multidimensional de Barret-Lennard²⁷, donde también se destacan las líneas de pensamiento en cuanto a una comprensión empática y una acción empática.

¿Podemos Identificar y medir la empatía en la práctica profesional?

Muchas de las escalas de empatía se basan en modelos para enfermería o psiquiatría desde el marco conceptual de las terapias centradas en el paciente. Las miradas de evaluación pueden ser desde el lado del profesional, como desde la percepción del paciente, siendo más eficaces las medidas dependientes de la percepción del paciente, ya que son multidimensionales, y evalúan algunos aspectos más afectivos, pero son menos específicas. Desde la mirada de la formación son útiles las escalas de autoevaluación pensadas para el ámbito médico ya que son más específicas pero evalúan menos aspectos afectivos.

Algunos de los cuestionarios que son auto-administrados o hechos por evaluadores son: la Escala de Jefferson (JSPE), Questionnaire Measure of Emotional Empathy, Balanced Emotional Empathy Scale (BEES), Interpersonal Reactivity Index, Empathy Construct Rating Scale. Son útiles para trabajar el concepto, o evaluar perfiles en estudiantes o profesionales avanzados, pero son muy cuestionados como escalas válidas de evaluación¹⁹. Son interesantes los resultados de los estudios realizados ya que ayudan a ver un perfil diferente dependiendo de género, especialidad y contexto social^{29 7}. Otro punto cuestionado de estos formularios es que muchos no consideran el aspecto afectivo de la empatía. De estos cuestionarios sólo está traducido y validado al español la Escala de Jefferson³¹.

Dentro de los instrumentos de evaluación se destaca la escala CARE (Consultation and Relational Empathy)^{19 29 32}, la cual es ampliamente usada en sus versiones en inglés y en alemán (modificación de la versión inglesa), no existe una versión validada en español.

La escala se encuentra diseñada para que sea fácil el uso en cualquier paciente, independientemente de su nivel educativo. Es interesante ver como la percepción de empatía o el ideal del vínculo médico-paciente varían en las poblaciones estudiadas según edad y estado socioeconómico, por ejemplo los adultos mayores prefieren una consulta con un estilo más directivo, a diferencia de las personas jóvenes. Independientemente de lo observado, el concepto

de empatía en las poblaciones estudiadas es similar independientemente de la edad o la condición socioeconómica³².

Otra escala es la Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physical Empathy (JSPPE), dicha escala traducida al español se uso para evaluar población argentina, coincidiendo muchos hallazgos con los publicados por los creadores de la escala. Los valores altos en la escala se dieron en varones, personas mayores, personas con menor nivel educativo, descendientes de pueblos originarios y de países de Sudamerica, y pacientes de hospitales públicos. Esto es una alarma ya que probablemente esta mejor percepción se asocia a menor expectativa³³ y los transforma en una población expuesta.

Como vemos no existe un recurso ideal para la evaluación de la empatía, pero si existen formas de tratar de objetivar la misma y poder así tomar estrategias educativas para mejorar la misma³⁴³⁵³⁶. Es conocido el nivel de stress y exigencia en la formación médica, cómo estudiante o como residente, las presiones, la falta de sueño, los sucesos habituales en el quehacer médico hacen que el deterioro en la propia percepción de emociones sea marcado en el tiempo, haciendo esto que la percepción y comprensión de las emociones de otro también se deteriore. Se ha propuesto que muchos factores influyen en el desarrollo de lo que se ha llamado una "alexitimia profesional", la alexitimia es un término usado para describir personas con dificultad en reconocer, procesar y regular sus emociones³⁷. Si bien al definir la empatía tratamos de pensarlo más como una habilidad cognitiva, es casi imposible poder independizarlas de las emociones del médico o estudiante. En este punto es donde la enseñanza de las emociones se hace importante, entender nuestras propias emociones ayuda a poder entender y percibir las emociones del otro. Esto hace necesario un ambiente donde el médico pueda trabajar la respuesta ante el dolor, el sufrimiento, la muerte. La estrategia sencilla es el alejamiento, pero esto genera que la comprensión se transforme sólo en dar un diagnóstico y pronóstico, y el cuidado sea solamente realizar una determinada intervención³⁷. Esto no implica que el médico frente el paciente realice una introspección de sus sentimientos o un análisis emotivo de los mismos, esto es un camino equivocado, pero si es necesario un trabajo previo de la emoción para poder oír y comprender al paciente³⁸, de la mano del aspecto compasivo de la empatía.

La empatía como contenido en la formación del profesional de la salud

Cuando pensamos en la relación de empatía y educación médica dos elementos destacan para pensar, por un lado, que perfil de candidato que deseamos para la carrera de medicina o para una residencia y por otro que ejemplo dan los formadores y si están atentos a la repercusión en el ejercicio profesional de sus alumnos. Hace más de 25 años se redactó un listado de 87 cualidades deseables en un médico³⁹, dentro de la descripción de estas cualidades, el trabajo menciona las que supuestamente eran enseñables, más allá de lo peculiar de la lista, se destaca dentro de las primeras en la lista, cualidades relacionadas con la empatía: comprensión, motivación, idealismo, deseo de ayudar, compasión y entusiasmo por el trabajo como medio de ayudar a otros. Todas muy destacadas, pero evaluadas como "no enseñables"¹. En este punto nos planteamos cómo seguir, a la luz de las neuronas en espejo toma valor el ejemplo de docentes en la práctica clínica y en el manejo de emociones. Si evaluamos la frase de Dr. House "tratar enfermedades nos hace médicos, tratar pacientes nos hace miserables"⁴⁰, esto es un ejemplo del currículo oculto que muchas veces es una constante en el quehacer médico, siendo la burla una supuestamente una herramienta para tolerar la angustia. En un estudio donde a estudiantes evaluados con la escala TECA (Test de Empatía Cognitiva y Afectiva) se les consulto por sus series

médicas preferidas, coincidió que los que puntuaban menos en la escala de empatía preferían ver Dr. House, a esto se lo denomina “efecto House” y este hallazgo es replicado en otros estudios⁴¹. Esto no implica correlación o causa, ¿prefieren los estudiantes menos empáticos ver House o House es mal ejemplo para estos estudiantes? En la misma línea de pensamiento es interesante una carta al editor de la revista Resuscitation donde observan errores en el procedimiento de intubar durante simulaciones por imitación de una serie televisiva⁴². Como conclusión final a este párrafo, destacamos la frase atribuida a Albert Einstein: “Dar el ejemplo no es la principal manera de influir sobre los demás, es la única”.

Si partimos de la base de una inadecuada definición de la empatía y sus componentes, difícilmente podremos trazar caminos con evidencia sustentable de las maneras de mejorar la empatía. Si es claro que la mejora en la empatía repercute en la relación médico-paciente y en un mejor tratamiento y seguimiento, y disminuye la potencialidad de conflictos. Adolecemos de estrategias de evaluación adecuadas en este aspecto y tampoco hay consenso en cual es el momento óptimo de intervenir, ¿cuál es el objetivo? educar o preservar la empatía⁴³.

Si entendemos a la medicina como el reconocimiento de valores humanos y de sus necesidades, el trabajo del médico es interesarse y reconocer las necesidades de sus pacientes. Surge de esto, aunque no podamos definirlo ni medirlo adecuadamente, que la necesidad del desarrollo de la empatía entendida en todas sus dimensiones es necesaria en la formación del médico. En este camino poder entender y comprender que le pasa al paciente con su enfermedad es importante para generar un modelo centrado en el paciente del ejercicio de la medicina^{17 44}. En este sentido Bloom⁴⁵ usa evidencia reciente de la neurociencia para establecer una distinción entre empatía y compasión, argumentando que es compasión y no empatía lo que necesitan los médicos^{46 47}, pero esta visión no incorpora en la mirada el componente cognitivo relacionado al concepto de empatía y refuerza los sesgos que puede generar la emocionalidad en el vínculo empático.

El incorporar la narrativa⁴⁸ y las artes¹⁶ en general a la formación médica ayuda al desarrollo de una visión más humanística del paciente, así como el trabajo de reconocimiento de emociones, a través de distintos estudios se actualiza la importancia del cine o de la música como gatillos para trabajar la capacidad de empatía. Otros estudios se dirigen a intervenciones a través de la escritura donde se usan distintas herramientas, una de ellas el método Balint⁴⁹.

A través de estas herramientas revitalizamos la importancia del cine o de la música para trabajar la capacidad de empatía. En los que utilizan intervenciones basadas escritura se le pide al alumno que lleve un portfolio con relatos de emociones que ha experimentado en base a su trato con pacientes, otra experiencia es el uso de blogs donde el alumno debe cargar entradas, en ambos casos las entradas van a ser usadas luego como gatillo para discusión. Otras intervenciones se dirigen a trabajar puntualmente las habilidades de comunicación, donde a través del rol Play, el coaching y el pensamiento en grupos se busca trabajar en modalidades de comunicación más empática. De esta manera buscan establecer estrategias para el desarrollo de la empatía en los alumnos.

El educador brasileiro Paulo Freire caracterizó a la educación como la práctica de la libertad, como una pedagogía de la práctica y de la transformación, como una herramienta para dar valor al relegado. Esta perspectiva es fundamental para pensar una educación médica que rehumanice la relación entre médico y paciente, entre alumnos y maestros, donde el valor de cada ser humano en particular sea un fin en el ejercicio de la práctica médica. Es por ello que detectar el deterioro en la percepción de emociones o el deterioro de la capacidad de empatía a lo largo de la formación o de las residencias médicas es de suma importancia. Poder incorporar a la currícula la formación en el

trabajo de emociones, así como de herramientas para mejorar y preservar la capacidad de empatía, redundará en lograr un mejor ejercicio profesional, centrado en el paciente y en una visión más amplia del mismo, logrando de esta manera volver a que el paciente sea lo principal y no la enfermedad, y también en mejorar la calidad de vida de los profesionales.

CONCLUSIÓN:

A partir de pensar en la definición de salud y enfermedad de la OMS, en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, y pensando en el perfil profesional, en busca de fortalecer el vínculo médico paciente y de mejorar la calidad de vida del profesional de la salud nos planteamos la necesidad de incorporar a la currícula de la formación la enseñanza de las emociones y la empatía como contenidos actitudinales, que no sean parte de la currícula oculta sino que sean parte de la formación formal del profesional de salud, y de esta manera poder avanzar en una mirada más amplia del paciente.

Es necesario avanzar en maneras más claras de evaluarlo y formas más estandarizadas de enseñarlo pero es un camino a recorrer para mejorar no solo la calidad del profesional de salud sino también la propia calidad de vida.

Agradecimiento:

Este artículo fue producido en el contexto de la Especialización en Docencia Universitaria del Instituto Universitario del Hospital Italiano y supervisado por la Lic. Carolina Roni, agradezco a todo el equipo docente de la Especialización María Laura Eder, Erica Delorenzi, Carolina Roni y Gisela Schwartzman por abrir mi mente al mundo de la Docencia Universitaria.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Moreto G, González-Blasco P, Craice-de Benedetto MA. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. *Atención Fam.* 2014;21(3):94-97. doi:10.1016/S1405-8871(16)30026-8
2. Streit-Forest U. Differences in empathy: a preliminary analysis. *J Med Educ.* 1982;57(1):65-67. Accessed March 12, 2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7054513>
3. Berg K, Majdan JF, Berg D, Veloski J, Hojat M. Medical Students' Self-Reported Empathy and Simulated Patients' Assessments of Student Empathy: An Analysis by Gender and Ethnicity. *Acad Med.* 2011;86(8):984-988. doi:10.1097/ACM.0b013e3182224f1f
4. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001;26(5):331-342. doi:10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x
5. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. Published online 2019. doi:10.1371/journal.pone.0221412
6. Triffaux JM, Tisseron S, Nasello JA. Decline of empathy among medical students: Dehumanization or useful coping process? *Encephale.* 2019;45(1):3-8. doi:10.1016/j.encep.2018.05.003
7. Guilera T, Batalla I, Soler-González J. Empathy and specialty preference in medical students. Follow-up study and feedback. *Educ Medica.* 2018;19:153-161. doi:10.1016/j.edumed.2017.07.017
8. Smith KE, Norman GJ, Decety J. The complexity of empathy during medical school training: evidence for positive changes. *Med Educ.* 2017;51(11):1146-1159. doi:10.1111/medu.13398
9. Hirshfield LE, Underman K. Empathy in medical education: A case for social construction. *Patient Educ Couns.* 2017;100(4):785-787. doi:10.1016/j.pec.2016.10.027
10. Fragkos KC, Crampton PES. The Effectiveness of Teaching Clinical Empathy to Medical Students. *Acad Med.* 2020;95(6):947-957. doi:10.1097/ACM.0000000000003058
11. Titchener EB. *Lectures on the Experimental Psychology of the Thought-Processes.* Nabu Press; 2010.
12. Carrillo PO, Berges BM. Evolución conceptual de la Empatía. *Iniciación a la Investig.* 2009;0(4). Accessed February 28, 2019. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/307/289>

13. Gallese V. The Roots of Empathy: The Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity. *Psychopathology*. 2003;36(4):171-180. doi:10.1159/000072786
14. Stueber KR. *Rediscovering Empathy: Agency, Folk Psychology, and the Human Sciences*. MIT Press; 2006. Accessed March 7, 2019. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt5hhbjr>
15. Moreto G, González Blasco P, Piñero A. Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. *Educ Médica*. 2018;19(3):172-177. doi:10.1016/j.edumed.2016.12.013
16. Newell GC, Hanes DJ. Listening to music: the case for its use in teaching medical humanism. *Acad Med*. 2003;78(7):714-719. Accessed March 21, 2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12857691>
17. Branch, Jr WT, Kern D, Haidet P, et al. Teaching the Human Dimensions of Care in Clinical Settings. *JAMA*. 2001;286(9):1067. doi:10.1001/jama.286.9.1067
18. Kumagai AK. A conceptual framework for the use of illness narratives in medical education. *Acad Med*. 2008;83(7):653-658. doi:10.1097/ACM.0b013e3181782e17
19. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching Empathy to Medical Students. *Acad Med*. 2013;88(8):1171-1177. doi:10.1097/ACM.0b013e318299f3e3
20. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):219. doi:10.1186/1472-6920-14-219
21. Wünderlich M, Schwartz C, Feige B, Lemper D, Nissen C, Voderholzer U. Empathy training in medical students—a randomized controlled trial. *Med Teach*. 2017;39(10):1096-1098. doi:10.1080/0142159X.2017.1355451
22. Sulzer SH, Feinstein NW, Wendland CL. Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Med Educ*. 2016;50(3):300-310. doi:10.1111/medu.12806
23. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26(5):331-342. Accessed March 7, 2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11679023>
24. Robieux L, Karsenti L, Pocard M, Flahault C. Let's talk about empathy! *Patient Educ Couns*. 2018;101(1):59-66. doi:10.1016/j.pec.2017.06.024
25. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston M V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. 2004;27(3):237-251. doi:10.1177/0163278704267037
26. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997;277(7):553-559. Accessed March 7, 2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9032162>
27. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):339-346. doi:10.1016/j.pec.2008.11.013
28. Casas RS, Xuan Z, Jackson AH, Stanfield LE, Harvey NC, Chen DC. Associations of medical student empathy with clinical competence. *Patient Educ Couns*. 2017;100(4):742-747. doi:10.1016/j.pec.2016.11.006
29. Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Z Med Ausbild*. 2012;29(1):Doc11. doi:10.3205/zma000781
30. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pr*. 2002;52(Suppl):S9-12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12389763>
31. Alcorta A, González J, Tabitas S, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Ment*. 2005;28:57-64.
32. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004;21(6):699-705. doi:10.1093/FAMPRA/CMH621
33. Borracci RA, Doval HC, Celano L, Ciancio A, Manente D, Calderón JGE. Patients' perceptions of argentine physicians' empathy based on the jefferson scale of patient's perceptions of physician empathy: Psychometric data and demographic differences. *Educ Heal Chang Learn Pract*. 2017;30(1). doi:10.4103/1357-6283.210513
34. Costa P, De Carvalho-Filho MA, Schweller M, et al. Measuring Medical Students' Empathy: Exploring the Underlying Constructs of and Associations between Two Widely Used Self-Report Instruments in Five Countries. *Acad Med*. 2017;92(6):860-867. doi:10.1097/ACM.0000000000001449
35. Grau A, Toran P, Zamora A, et al. Educación Médica Evaluación de la empatía en estudiantes de Medicina. *Educ Médica*. 2017;18(2):114-120. doi:10.1016/j.edumed.2016.04.001
36. Tariq N, Tayyab A, Jaffery T. Differences in empathy levels of medical students based on gender, year of medical

- school and career choice. *J Coll Physicians Surg Pakistan*. 2018;28(4):310-313. doi:10.29271/jcpsp.2018.04.310
37. Shapiro J. Perspective: Does Medical Education Promote Professional Alexithymia? A Call for Attending to the Emotions of Patients and Self in Medical Training. *Acad Med*. 2011;86(3):326-332. doi:10.1097/ACM.0b013e3182088833
 38. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med*. 2003;18(8):670-674. Accessed February 28, 2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911651>
 39. Sade RM, Stroud MR, Levine JH, Fleming GA. Criteria for selection of future physicians. *Ann Surg*. Published online 1985. doi:10.1097/00000658-198502000-00015
 40. Strauman EC, Goodier BC. The Doctor(s) in House: An Analysis of the Evolution of the Television Doctor-Hero. *J Med Humanit*. 2011;32(1):31-46. doi:10.1007/s10912-010-9124-2
 41. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria*. 2016;48(1):8-14. doi:10.1016/j.aprim.2014.12.012
 42. Brindley PG, Needham C. Positioning prior to endotracheal intubation on a television medical drama: Perhaps life mimics art. *Resuscitation*. Published online 2009. doi:10.1016/j.resuscitation.2009.02.007
 43. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):219. doi:10.1186/1472-6920-14-219
 44. LaNoue MD, Roter DL. Exploring patient-centeredness: The relationship between self-reported empathy and patient-centered communication in medical trainees. *Patient Educ Couns*. 2018;101(6):1143-1146. doi:10.1016/j.pec.2018.01.016
 45. Bloom P. *Against Empathy: The Case for Rational Compassion*. Bloom, Paul. Harper Collins Publ.; 2016.
 46. Jordan MR, Amir D, Bloom P. Are empathy and concern psychologically distinct? *Emotion*. 2016;16(8):1107-1116. doi:10.1037/emo0000228
 47. Betzler RJ. How to clarify the aims of empathy in medicine. *Med Heal Care Philos*. 2018;21(4):569-582. doi:10.1007/s11019-018-9833-2
 48. Charon R. Narrative Medicine. *JAMA*. 2001;286(15):1897. doi:10.1001/jama.286.15.1897
 49. Buffel du Vaure C, Lemogne C, Bunge L, et al. Promoting empathy among medical students: A two-site randomized controlled study. *J Psychosom Res*. 2017;103. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.10.008

DATOS DE AUTOR

Título

Empatía y compasión en la formación médica. ¿Es necesaria la educación afectiva en Medicina?

Autor

Javier Muntadas

Institución: Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Neurología Infantil

Email: javier.muntadas@hospitalitaliano.org.ar

Título Abreviado: Educación Afectiva

Palabras: 3574

Palabras Clave: Empatía Clínica, enseñanza de emociones, humanismo médico, educación médica

Semillero de investigación como espacio colaborativo de aprendizaje para estudiantes de Kinesiología

Leyes, L; Zalazar Cinat, J; Acosta, L; Barrios, M; Villasboas Jaureguiberry M; Vargas, L; Vera, W

INTRODUCCIÓN

El Semillero de Investigación forma parte de una estrategia didáctica y de aprendizaje extracurricular, que tiene por finalidad fomentar la cultura investigativa en estudiantes y docentes tutores que trabajan voluntariamente de manera colaborativa, priorizando la libertad de expresión y pensamiento, la creatividad y la innovación. Promueve el aprendizaje autónomo y creativo y además contribuye a formar profesionales autónomos, comunicativos y con mayor compromiso social. Las actividades corresponden a proyectos de investigación, acreditados por Rectorado de la UNNE

Objetivo: Determinar cuáles son los aprendizajes desarrollados por los estudiantes y su relación con el tipo de actividades e instrumentos de evaluación utilizados.

Material y método: la información fue obtenida en dos momentos:

1- Encuesta realizada a los estudiantes que participaron de manera regular en las actividades realizadas en el marco del Semillero SUK-UNNE, en la que se solicitaba indiquen cuáles son los aprendizajes desarrollados o fortalecidos en el periodo correspondiente. Se categorizaron los resultados tomando como base la clasificación de componentes del aprendizaje de Durante Montiel. Participaron 43 estudiantes durante el ciclo lectivo 2012-2013.

2- Encuesta realizada a los docentes tutores respecto de los instrumentos de evaluación utilizados para valorar los aprendizajes identificados por los estudiantes, durante el periodo siguiente: 2014-2016. Participaron 6 docentes. Posteriormente se estableció una relación entre los aprendizajes y los instrumentos utilizados.

Resultados: Se identificaron tres componentes de aprendizajes: Habilidades del pensamiento: razonar y relacionar son las dos acciones más seleccionadas. Habilidades/destrezas psicomotoras: vinculadas con la aplicación y dosificación de agentes físicos (electroterapia); Actitudes y Valores: respeto por el paciente; solidaridad con los pares; responsabilidad; compromiso; trabajo en equipo fueron los aspectos más seleccionados por los estudiantes.

Los instrumentos de evaluación utilizados por los docentes fueron: análisis crítico de artículos, análisis de casos, evaluación del desempeño ante un paciente real realizando observación con lista de cotejo; para la presentación de casos utilizaron listas de cotejo apoyadas por devoluciones constructivas.

Conclusiones: un semillero de investigación configura un espacio de aprendizaje autónomo y autorregulado, ya que las actividades no son obligatorias y se desarrollan en espacios extracurriculares. Los componentes de los aprendizajes identificados fueron clasificados de la siguiente manera:

1-El componente conceptual o de conocimientos que puede ser considerado transversal y representa la información que el estudiante busca para dar respuesta a sus interrogantes.

2-El componente de las habilidades del pensamiento implica básicamente el reconocimiento del problema de salud, la búsqueda de patrones, la aplicación de los conocimientos teóricos y fundamentalmente la construcción personalizada de argumentos que fundamenten las decisiones que se toman.

3-El componente de las habilidades psicomotoras que en la formación disciplinar de un kinesiólogo en fundamental, ya que promueve la salud y/o evalúa y trata enfermedades mediante la aplicación y dosificación de agentes físicos (frio, calor, electricidad) entre los cuales también puede incluirse el movimiento. El Semillero ofrece espacios supervisados para el desarrollo y fortalecimiento de competencias disciplinares específicas que forman parte del protocolo de investigación.

4-El componente de las aptitudes combina los componentes anteriores. Se identificaron tres aptitudes básicas: dosifica correctamente la electroestimulación; realiza electroestimulación muscular selectiva; realiza ejercicios terapéuticos.

5-El componente de valores y actitudes, es muy relevante para la formación humanística integral del estudiante y futuro kinesiólogo. Su observancia se traduce en hechos concretos relacionados con el accionar cotidiano: compromiso en las actividades asumidas, responsabilidad, respeto por el paciente y sus pares; solidaridad en el acompañamiento de los estudiantes novatos que se incorporan al semillero.

Estos aprendizajes fueron evaluados mediante instrumentos acordes al tipo de aprendizaje y se enriquecen con las devoluciones constructivas, que son permanentes y sistemáticas por parte de los docentes. Como instancia superadora podría mencionarse la necesidad de incorporar instancias de autoevaluación y de co-evaluación entre pares, como así también queda pendiente el desarrollo de un espacio virtual que acompañe las instancias de formación que al momento son todas presenciales.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Evaluación de competencias en Ciencias de la Salud. Durante Montiel, I; Lozano Sánchez, J; y colaboradores. Editorial Medica Panamericana. Universidad Autónoma de México.2011.
- 2.Educación Medica: nuevos enfoques, metas y métodos. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex Salud y Sociedad. 2000.Nº8.
- 3.Miedo y osadía: la cotidianidad del docente que se arriesga a practicar una pedagogía transformadora. Freire, P; Shor, Ira; Ediciones Siglo Veintiuno.2014.
- 4.Las estrategias didácticas y su papel en el desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje Jiménez González, A; Robles Zepeda, F. Revista EDUCATECONCIENCIA. Volumen 9, No. 10. ISSN: 2007-6347; 2016. México Pp. 106-113

DATOS DE AUTOR

Título

Semillero de investigación como espacio colaborativo de aprendizaje para estudiantes de Kinesiología

Autores

Leyes, Laura; Zalazar Cinat, Jessica; Acosta, Lorena; Barrios, Marcela; Villasboas Jaureguiberry María Silvia; Vargas, Leandro; Vera, Walter

Institución:

Servicio Universitario de Kinesiología. Facultad de Medicina. UNNE. Corrientes, Argentina.

Frecuencia de maltrato físico, sexual y psicológico por parte de docentes a estudiantes de 1ro a 5to año de la Carrera de Médico, en una Universidad Pública Argentina.

Alanoca S, Álvaro D, Maidana, S, Zerpa M

RESUMEN

Introducción: El maltrato puede ser muy común en las relaciones que establecen posiciones jerárquicas, caso presente en la carrera de formación médica donde la percepción de malos tratos es aún mayor que en otras facultades. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de maltrato y de los tipos de maltrato físico (MF), sexual (MS) y psicológico (MP) por parte de docentes a estudiantes de 1ro a 5to año de la carrera de médico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en estudiantes de 1ro a 5to año, durante el mes de noviembre del año 2017. Las variables en estudio fueron: maltrato docente, MF, MP, MS, circunstancia de maltrato, maltrato hacia terceros, edad, sexo, año de cursado y lugar de origen. La encuesta utilizada fue cerrada tipo "opción múltiple" modificada por los autores. **Resultados:** Se encuestaron 211 estudiantes. El 92 % de los estudiantes han recibido algún tipo de maltrato; el 90% de la población estudiada refirieron haber recibido MP. Seguido por el MF con el 54 %, y por último el 46% para el MS. **Discusión y Conclusión:** Se encontró presencia de una alta frecuencia de maltrato, destacando el de tipo psicológico. Enfatiza la necesidad de cultivar un ambiente de apoyo para los estudiantes durante la capacitación médica y desarrollar estrategias apropiadas para la prevención y reducción del maltrato de estudiantes de medicina.

Palabras clave: Maltrato, Abuso, Docentes, Estudiantes.

INTRODUCCION

Definir qué comportamiento puede ser considerando como maltrato en el contexto académico universitario es difícil, dadas las diferencias culturales y de interpretación entre las personas pertinentes, aun así, se lo ha definido como todo aquel comportamiento o acción física, psicológica o sexual ejercido por algún miembro de la comunidad universitaria, que genera un ambiente ofensivo, rechazado por el estudiante y que afecta su rendimiento académico⁽¹⁾.

El maltrato puede ser muy común en las relaciones que establecen posiciones jerárquicas (trabajo, escuela)^(1,2), caso muy presente en las universidades, y por supuesto en la carrera de formación médica donde la percepción de malos tratos o abuso es aún mayor que en otras facultades^(3,4,5,6,7).

Con el fin de aprender, se ha justificado el maltrato hacia los estudiantes por sus maestros como una forma válida de enseñanza. Por esta razón, su concepto no está todavía familiarizado entre los alumnos y aquellos que son víctimas desde etapas tempranas de su formación, muchas veces podrían llegar a interpretarlo como un hecho normal e, incluso, útil como experiencia de aprendizaje, justificándolo y perpetuando el proceder del maltrato en la enseñanza; estudios longitudinales muestran que se mantiene a pesar de los esfuerzos por erradicar el maltrato a los estudiantes de medicina.^(8,9,10,11,12)

Datos estadísticos de Japón (2006) informan que el abuso del estudiante de medicina se dio en un 68,5% de los encuestados. El abuso verbal fue el más frecuente (52,8% varones, 63,3% mujeres). El acoso sexual se experimentó con una frecuencia mayor por estudiantes de sexo femenino (54,1%) que por los estudiantes de sexo masculino (14,6%)⁽¹³⁾.

En la escuela de medicina Mount Sinaí, se investigó en estudiantes de 3er año, momento en el que tenían contacto con los pacientes, donde los eventos estresantes de la categoría médico-estudiante eran mayor (91%) al inicio del cursado, el cual disminuyó al 78% al final del mismo, concluyendo que los estudiantes se podrían haber “acostumbrado” al maltrato⁽¹⁴⁾. Otro estudio en la Universidad de Nayarit, muestra que en el 4to año los estudiantes reportan rechazo (26.56%), intimidación (28.75%), humillación pública (12.19%), violencia verbal (13.43%), acoso sexual (6.25%) y agresión física (.6%)⁽¹⁵⁾

En Colombia, el 70.6% de los estudiantes han recibido por lo menos un tipo de maltrato sea físico, sexual, psicológico y/o académico de una población estudiada de 401 estudiantes⁽¹⁶⁾.

En 2014 una población de 564 estudiantes, el 64% reportó “al menos un incidente” de maltrato por parte del cuerpo docente. El 10,7% manifestó recibir “Maltrato recurrente”⁽¹⁷⁾

En Perú (2016) la percepción de maltrato psicológico fue 99,4%, académico 86,8%, físico 62,6% y sexual 20,6% de una población estudiada de 281 estudiantes de medicina⁽¹⁸⁾.

En la investigación “relación docente-alumno: percepción de incidentes moralmente incorrectos”, los estudiantes de primero y tercer año de medicina percibieron incidentes moralmente incorrectos realizados por educadores (30,4% y 80,7% respectivamente), en su mayoría con auxiliares y en evaluación; 53 señalaron que el incidente ocurrió en el periodo clínico, 19 en ciclo básico, 6 no manifestaron incidentes y 2 no lo indicaron^(19, 20).

En un estudio comparativo realizado en las Universidades de Buenos Aires (UBA) y Complutense de Madrid (UCM) las actuaciones docentes consideradas como incorrectas por los alumnos de medicina más señaladas en ambos grupos fueron: maltrato verbal, desinterés por el alumno y evaluación injusta. El 79.1% de los alumnos de la UCM manifestaron que el incidente ocurrió en enseñanza-aprendizaje; y el 68.1% de los de la UBA, en evaluación. Es interesante observar que en ambas universidades los estudiantes percibieron maltrato⁽²¹⁾.

OBJETIVOS.

- Determinar la frecuencia de maltrato por parte de docentes a estudiantes de 1ro a 5to año de la carrera de médico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, durante el mes de noviembre del año 2017.
- Determinar la frecuencia del tipo de maltrato (físico, sexual y psicológico) por parte de docentes a estudiantes, de las situaciones en la que los estudiantes lo recibieron y de estudiantes que han presenciado maltrato hacia terceros.
- Relacionar la frecuencia de maltrato y tipo de maltrato con sexo, edad, año de cursado y lugar de origen.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en una población constituida por estudiantes de 1º a 5º año de la carrera de Médico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT) de la ciudad de San Miguel de Tucumán, durante el mes de noviembre del año 2017.

La muestra fue seleccionada por métodos no probabilísticos, incidental. Se incluyó a la totalidad de dichos estudiantes que estaban inscriptos a la carrera en el ciclo lectivo 2017, sin importar la edad, sexo y materia que haya cursado.

En cuanto a las consideraciones éticas la participación fue de carácter voluntario previo consentimiento informado escrito. Se aseguró en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los datos recibidos. El proyecto de investigación fue presentado, evaluado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán –expediente 82296/2017-.

Las variables en estudio referidas al maltrato fueron constituidas en base a los pilares estudiados en el acoso vertical laboral (mobbing), dichas variables son maltrato docente-alumno, maltrato físico, maltrato psicológico, maltrato sexual, situación de maltrato, maltrato hacia terceros. También se consideró como variables a la edad, sexo, año de cursado y lugar de origen.

- **Maltrato Docente-alumno:** Todo aquel comportamiento o acción física, psicológica o sexual ejercido por algún miembro de la comunidad universitaria, que genera un ambiente ofensivo, rechazado y/o percibido por el estudiante y que afecta su rendimiento académico ⁽¹⁾. Definición operacional: se consideró a todas aquellas personas que hayan recibido algún tipo de maltrato sea físico, sexual o psicológico

- **Maltrato Físico Docente-alumno:** Toda agresión percibida por el estudiante que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables. Definición operacional: Se evaluó a partir de cuatro preguntas y se estableció 3 opciones de respuesta “No, nunca”; “Si, una vez”; y “Si, más de una vez”, en cada una de ellas.

- **Maltrato Sexual Docente-alumno:** Es la conducta percibida por el estudiante de carácter sexual, no correspondida ni deseada, que resulta ofensiva y es causa de que esta persona se sienta amenazada, humillada, o avergonzada. Definición operacional: Se evaluó a partir de ocho preguntas y se estableció 3 opciones de respuesta “No, nunca”; “Si, una vez”; y “Si, más de una vez”, en cada una de ellas.

- **Maltrato Psicológico Docente-alumno:** Se lo define como cualquier tipo de comportamiento percibida por el estudiante de carácter físico, verbal, activo o pasivo, que agrede a la estabilidad emocional de la víctima, de forma continua y sistemática. Definición operacional: Se evaluó a partir de nueve preguntas y se estableció 3 opciones de respuesta “No, nunca”; “Si, una vez”; y “Si, más de una vez”, en cada una de ellas.

- **Circunstancia de Maltrato:** es toda aquella situación o motivo por el cual el alumno percibió maltrato de manera física, sexual o psicología. Definición operacional: Se evaluó en total 21 preguntas distribuidas en los tipos de maltrato (físico, sexual o psicológico) y se estableció 3 opciones de respuesta “No, nunca”; “Si, una vez”; y “Si, más de una vez”, en cada una de ellas.

- **Presencia de maltrato hacia terceros:** Persona que haya presenciado o atestado algún tipo de maltrato hacia un tercero. Definición operacional: Se evaluó mediante una pregunta respecto a si ha presenciado alguna vez algún tipo de maltrato (físico, sexual o psicológico) ocurrido hacia otros alumnos; se consideró 3 opciones de respuesta “No, nunca”; “Si, una vez”; y “Si, más de una vez”.

- **Sexo:** Condición orgánica entre los sujetos de una misma especie que distingue como masculino o femenino en humanos. Operacionalmente se consideró masculino o femenino.

- Edad: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de realización del estudio. Se categorizaron: <20, 20-22 inclusive, 23-25 inclusive y >25 años de edad.
- Año de cursado: Año académico al que pertenece un alumno. Operacionalmente se estableció 1º, 2º, 3º, 4º y 5º año.
- Lugar de origen: origen de una persona asociado a su tierra natal. Operacionalmente se consideraron las provincias del noroeste argentino, Tucumán, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Catamarca. También se incluyó la opción “otra provincia” para abarcar a las demás provincias y la opción “otro país” para considerar a los estudiantes extranjeros.

El procedimiento e instrumental utilizado se realizó a través de una Encuesta cerrada tipo “opción múltiple” modificada por los autores, se utilizó como base los trabajos realizados en la Universidad de Manizales (Colombia) y en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga (Perú), la cual se adaptó al lenguaje local. La misma, fue revisada por los profesionales asesores y con una prueba piloto de 22 estudiantes de carreras de ciencias de la salud con la aceptabilidad del 81%. El instrumento consta con los ítems que responden a cada variable en estudio (Anexo I).

La encuesta se realizó en soporte virtual y online utilizando la plataforma de Google forms, “formularios google”, aplicación gratuita, la misma se configuró limitando a una respuesta por usuario, también se desactivó la posibilidad de identificación a través de la no recolección de correo electrónico, asegurando así el anonimato. La difusión se hizo a través de las redes sociales (WhatsApp, Messenger, y Facebook) en la población estudiada por medio de un enlace directo con una breve reseña del trabajo.

En el procesamiento y análisis de datos obtenidos, las variables medidas en escala nominal se describieron mediante proporciones y su respectivo intervalo de confianza, mientras que las variables medidas en escala numérica fueron agrupadas y descriptas de acuerdo a características similares entre ellas, fueron enviados a la cátedra de bioestadística de la Facultad de Medicina de la UNT para su procesamiento. En el análisis se consideró la presencia de maltrato docente-alumno, si el encuestado contestó “si una vez” en al menos una pregunta de algún bloque de la encuesta; en cuanto a la presencia de tipo de maltrato, se determinó como presente si el encuestado respondió “si, una vez” en al menos una pregunta del bloque correspondiente al tipo de maltrato. La relación entre las variables se estableció mediante el análisis de varianza con Test Exacto de Fisher con una significancia $\alpha=0.05$. Los datos se presentaron en gráficos y tablas según correspondencia. La base de datos de construyó en el programa Microsoft Excel.

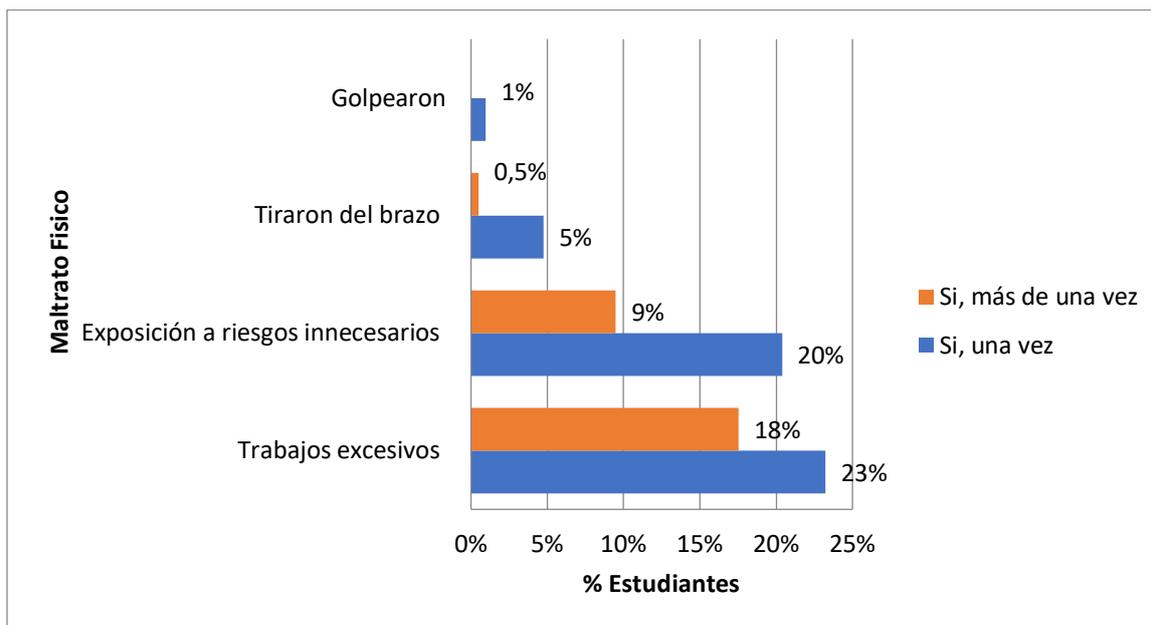
RESULTADOS.

Se encuestaron a 211 estudiantes de 1º a 5º año, durante el mes de noviembre del año 2017. A partir de estas se obtuvieron los siguientes resultados:

- Distribución de la frecuencia de Maltrato Docente-Alumno (n=211): Se observó que el 92 % (194) con un IC_{95%}= (88%; 96%) de los estudiantes han recibido algún tipo de maltrato (Físico, Sexual y/o Psicológico).
-

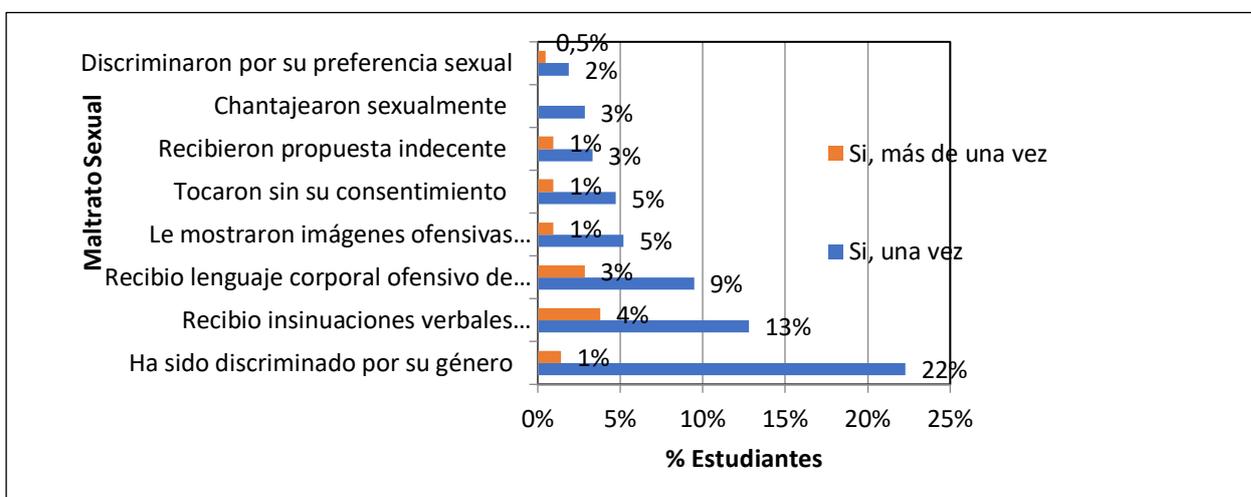
- Distribución de la frecuencia de los tipos de Maltrato (n=211): El 90% (189) de la población estudiada con un IC_{95%}= (85%; 94%) refirieron haber recibido Maltrato psicológico, seguido por el maltrato físico con el 54 % (114), IC_{95%}= (47%; 61%), y maltrato sexual obtuvo el 46% (97), IC_{95%}= (39%; 53%).

FIGURA 1: Distribución de la frecuencia de circunstancia de maltrato Físico en estudiantes de 1º a 5º año de la Facultad de Medicina, UNT (n=211)



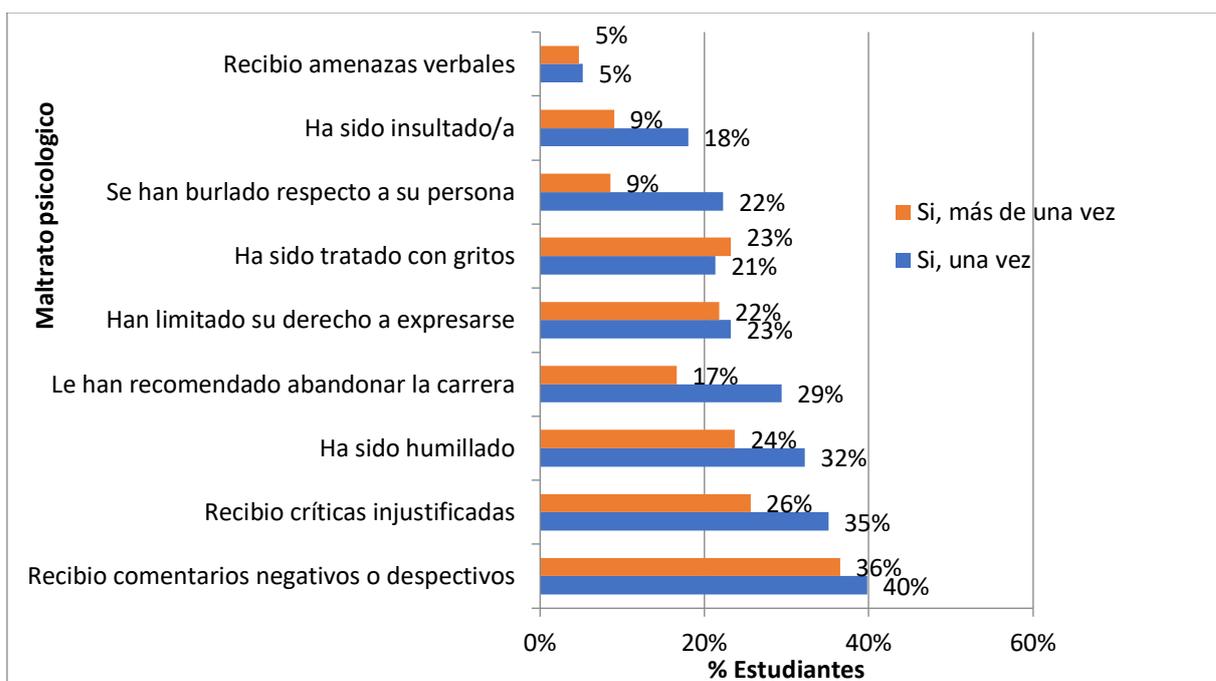
El 23 % (49) ha recibido al menos una vez trabajos excesivos y el 18% (37) manifestó haberlo recibido más de una vez. El 1% (2) manifestaron haber sido golpeados al menos una vez.

FIGURA 2: Distribución de la frecuencia de circunstancia de maltrato Sexual en estudiantes de 1º a 5º año de la Facultad de Medicina, UNT (n=211)



El 22%(47) manifestó que fue discriminado por su género al menos una vez, mientras que el 4% (8) refirió que recibió lenguaje corporal ofensivo de tipo sexual más de una vez.

FIGURA 3: Distribución de la frecuencia de circunstancia de maltrato Psicológico en estudiantes de 1º a 5º año de la Facultad de Medicina, UNT. (n=211)



El 40 % (84) recibieron comentarios negativos o despectivos por lo menos una vez, mientras que el 36 % (77) manifestó haberlo percibido más de una vez. Un 5%(10) expuso que recibió amenazas verbales una vez, otro 5 %manifestó haberla recibido más de una vez.

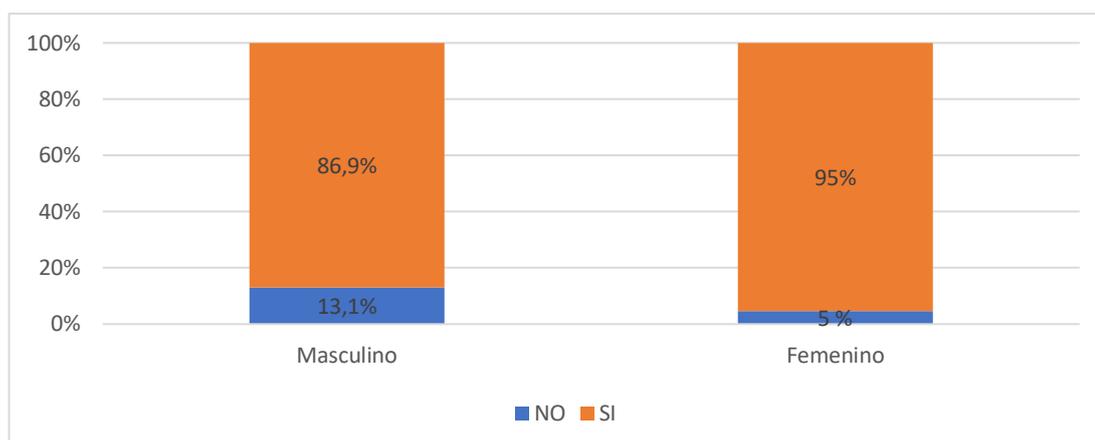
Distribución de la frecuencia de alumnos que han presenciado en al menos una ocasión de maltrato físico, sexual y psicológico hacia terceros. (n= 211): El 70% (147) IC_{95%}= (64%; 76%) fue testigo de violencia psicológica, el 17% (35), IC_{95%}= (12%; 22%) fue testigo de violencia sexual, y por último el 7% (15) testigo de violencia física con un IC_{95%}= (4%; 11%).

TABLA I: Relación entre de Maltrato y el sexo, edad, año de cursado y lugar de origen (n=211)

	Recibió Maltrato			Test exacto de Fisher
Sexo	NO	SI	Total general	
Masculino	11	73	84	(p=0,04)
Femenino	6	121	127	
Edad				
>20	5	40	45	(p=0,3)
20 a 23	8	73	81	
23 a 25	2	64	66	
<25	2	17	19	
Año de cursado				
1ro	6	28	34	(p=0,2)
2do	5	58	63	
3ro	3	32	35	
4to	2	47	49	
5to	1	29	30	
Lugar de origen				
Tucumán	9	116	125	(p=0,7)
Salta	2	20	22	
Jujuy	5	37	42	
Catamarca	1	6	7	
Santiago del Estero	0	9	9	
Otra provincia	0	5	5	
Otro país	0	1	1	
Total general	17	194	211	

Se encontró relación de significancia entre Maltrato y Sexo de los estudiantes ($p=0,04$)

FIGURA 4: Relación entre Maltrato y sexo de los estudiantes. Femenino ($n= 127$). Masculino ($n=84$) ($p=0,04$)



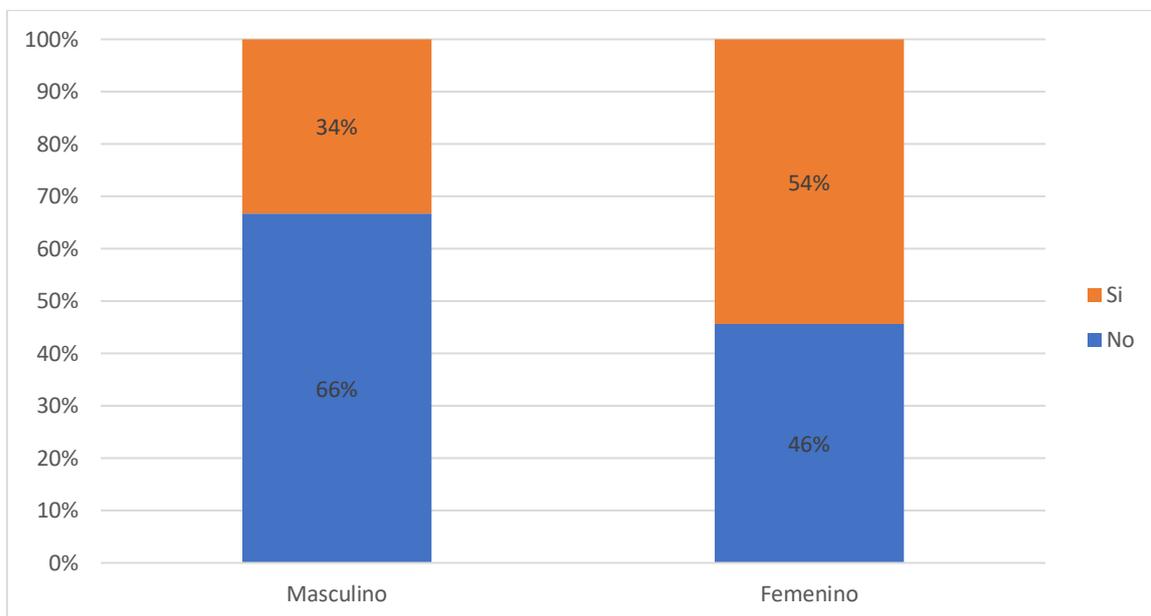
El 95 % (121) de sexo femenino y 86,9% (73) del sexo masculino manifestaron haber recibido algún tipo de maltrato.

TABLA II: Frecuencia de tipos de Maltrato de acuerdo al sexo de estudiantes ($n= 211$)

	Recibió Maltrato						Total Sexo
	Físico		Sexual		Psicológico		
SEXO	No	Si	No	Si	No	Si	
Masculino	41	43	56	28	12	72	84
Femenino	56	71	58	69	10	117	127
Total							
Maltrato	97	114	114	97	22	189	211
T. exacto de Fisher	$(p=0,6)$		$(p=0,003)$		$(p=0,2)$		

Se encontró relación de significancia entre Maltrato sexual y sexo de los estudiantes ($p=0,003$) siendo significativamente más frecuente en las mujeres.

FIGURA 5: Relación entre Maltrato sexual y sexo de los estudiantes de 1ro a 5to año de la Facultad de Medicina, UNT. Femenino (n= 127) Masculino (n=84) (p=0,003).

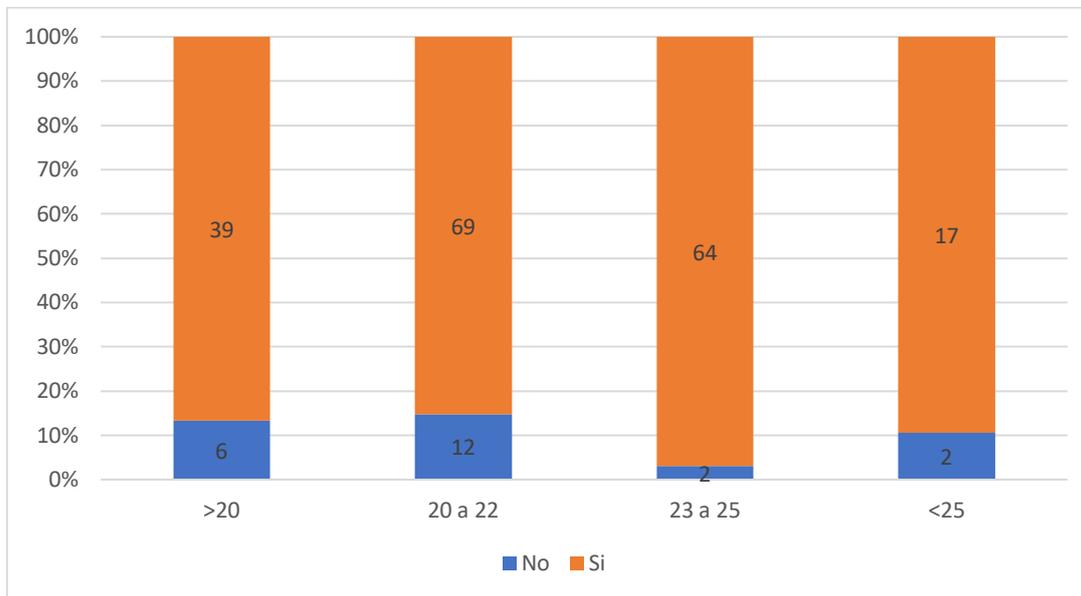


Se observó que un 54 %(81) de las mujeres manifestó haber recibido maltrato sexual a diferencia de los hombres que fue un 34 % (29).

TABLA III: Frecuencia de tipos de Maltrato de acuerdo a la edad de estudiantes de 1ro a 5to año de la Facultad de Medicina, UNT (n= 211)

	Recibió Maltrato						Total Edad
	Físico		Sexual		Psicológico		
Edad	No	Si	No	Si	No	Si	
>20	24	21	26	19	6	39	45
20 a 22	40	41	45	36	12	69	81
23 a 25	26	40	31	35	2	64	66
<25	7	12	12	7	2	17	19
Total							
Maltrato	97	114	114	97	22	189	211
T.Exacto		(p=0,4)		(p=0,5)		(p=0,07)	

FIGURA 6: Relación entre Maltrato Psicológico y edad de los estudiantes de 1º a 5º año de la Facultad de Medicina, UNT (n= 211) (p=0,07)



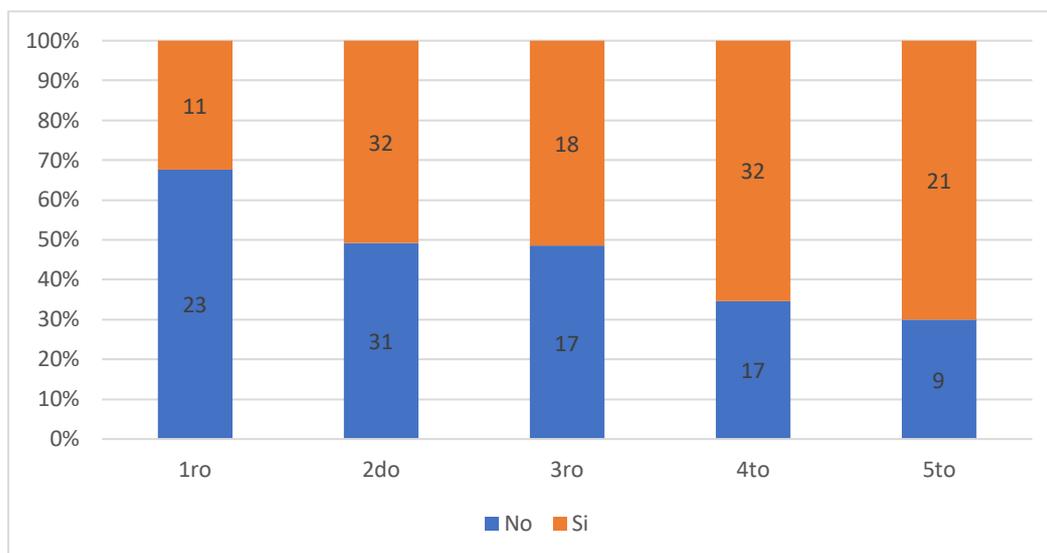
La mayoría de los de los estudiantes que percibieron maltrato de tipo psicológico se encontraban entre los 23 y 25 años

TABLA IV: Frecuencia de tipos de Maltrato de acuerdo al Año de Cursado de estudiantes de 1ro a 5to año de la Facultad de Medicina, UNT (n= 211)

Año de Cursado	Recibió Maltrato						Total Año de Cursado
	Físico		Sexual		Psicológico		
	No	Si	No	Si	No	Si	
1ro	23	11	23	11	6	28	34
2do	31	32	33	30	7	56	63
3ro	17	18	17	18	4	31	35
4to	17	32	25	24	3	46	49
5to	9	21	16	14	2	28	30
Total Maltrato	97	114	114	97	22	189	211
T. Exacto	(p=0,01)		(p=0,5)		(p=0,5)		

Se encontró relación de significancia entre maltrato tipo físico y el año de cursado de los estudiantes (p=0,01)

FIGURA 7: Relación entre Maltrato Físico y año de cursado de los estudiantes. (n= 211) (p=0,01)



Se encontró que los estudiantes perciben mayor maltrato físico en los últimos años de la carrera.

- Frecuencia de tipos de Maltrato de acuerdo al lugar de origen (n= 211): No se encontró relación de significancia en esta relación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.

El presente estudio ha permitido determinar que el 92% IC_{95%}= (88%; 96%) de los estudiantes han recibido al menos algún tipo de maltrato durante su paso por la carrera, porcentaje llamativamente superior al obtenido en Manizales, Colombia donde 70,6% manifestó haber recibido maltrato por parte de docentes, por lo menos una vez ⁽¹⁶⁾. Esto podría deberse al entorno cultural en el que se realizaron los distintos trabajos, donde la sociedad se encuentra susceptible e intolerante a maltratos que antiguamente se consideraban comunes y hasta normales, naturalizando las situaciones, algunos autores lo denominan como “legado transgeneracional” ⁽²²⁾.

Respecto a la alta presencia de los distintos tipos de maltrato, los cuales son alarmantes en nuestro medio, al compararlos con los resultados anunciados por otros autores en el trabajo titulado “Características del maltrato hacia estudiantes de medicina de una universidad pública del Perú” se observó que la agresión recibida por parte de los médicos docentes fue superior 99,4% al obtenido en este trabajo 90% IC_{95%}= (85% ; 94%), en el componente psicológico; así como también el componente físico 54 % IC_{95%}= (47% ; 61%) donde fue sus resultados lanzaron el 68,5%, esto podría deberse al contexto social del año (2012) en que realizó dicho trabajo, donde la sensibilidad respecto al maltrato a evolucionado favorablemente. Al examinar el maltrato sexual se observó que sus resultados 42,7% fueron similares al presente trabajo 46% IC_{95%}= (39%; 53%) esto podría deberse a la falta de políticas contra el acoso y maltrato en la facultad como así también la posible falta de apoyo, contención referido a este tema. ⁽¹⁸⁾

La circunstancia más frecuente de maltrato correspondiente al componente psicológico fue la realización de comentarios negativos o despectivos, que en comparación a los resultados del estudio realizado en una universidad de Perú ⁽¹⁸⁾, son inferiores (89%); pero superiores a los reportados en países como Nigeria (71%) ⁽²³⁾. El segundo episodio en orden de frecuencia es la ejecución de críticas injustificadas, situación menos frecuente a la expuesta por los realizados en Perú ⁽¹⁸⁾ y Colombia ⁽¹⁶⁾ (82% y 76% respectivamente). Esto podría ser consecuente al uso de este tipo de acciones para reforzar el aprendizaje, por parte de algunos médicos docentes, la persistencia del uso de estas podría incidir en los alumnos, debido a ellas pueden pasar por situaciones de angustia, estrés y/o depresión ^(1,14,24,25). Incluso pasar por situaciones distróficas como irritabilidad y/o inquietud ⁽²⁶⁾.

La asignación de trabajos excesivos y la exposición a riesgos innecesarios fueron las formas de maltrato físico más frecuentes encontradas en este estudio. Comparando los resultados con otra pesquisa ⁽¹⁸⁾ estos valores se encuentran en posición de inferioridad (56% y 33% respectivamente) aunque la exposición a riesgos innecesarios no presenta una diferencia considerable. En este punto encontramos como limitación subjetividad de lo que significa trabajos excesivos, pues la percepción del mismo es de carácter muy personal.

Según el componente sexual el maltrato más frecuente se ve reflejado en la discriminación por género, resultado inferior al presentado por otros autores con un valor del 41% en estudiantes de medicina de Colombia ⁽¹⁶⁾. En cuanto a insinuaciones verbales o comentarios obscenos por parte de docentes a alumnos es similar a los resultados expresado en una investigación similar (20%) ⁽¹⁸⁾.

Los diferentes estudios ya mencionados han evidenciado una frecuencia de percepción de maltrato psicológico entre 60% y 95 %, ubicándose entre los episodios más comunes en el contexto académico: la humillación pública, los comentarios despectivos y los gritos ^(8;9;16;18). Tomando en cuenta estos datos se podría inferir que los mismos hechos suelen ocurrir en un ámbito público, lo que explicaría el porqué de un valor tan alto de testigos de maltrato psicológico con respecto a los otros tipos.

En referencia a la relación entre maltrato y sexo de los estudiantes, podemos notar que el sexo femenino fue el que manifestó mayor maltrato (95%), respecto al sexo masculino (86,9%), a diferencia de lo ocurrido en un trabajo realizado en Nigeria donde el mayor porcentaje de alumnos que recibieron maltrato fueron hombres (70,9%) en comparación a las mujeres (61,5%) ⁽²³⁾. Este dato resulta llamativo debido ya que en el mismo estudio se encontró que las mujeres percibían mayor acoso de tipo sexual (40,4%) que los hombres (29,7%) similar a los datos encontrados en el presente trabajo, también se encuentran datos parecidos en Perú donde los hombres manifestaron un 33% y las mujeres un 42,5% ⁽¹⁸⁾. Quizá el maltrato de tipo sexual es mayor en las mujeres debido a que la sociedad y cultura global se ha forjado desde una base históricamente machista, de igual manera estos resultados deben ponerse en un contexto sociocultural de cada región y cada país. Sería conveniente realizar investigaciones que propongan recursos para detectar maltrato de tipo sexual en mujeres.

En cuanto a la relación que existe entre el maltrato psicológico y la edad, el mismo prevaleció en alumnos de entre 23 y 25 años, esto podría deberse a que quizá el alumno de esa edad se encuentra en la etapa clínica de la carrera, en concordancia con lo encontrado en la relación de significancia entre el maltrato físico y el año de cursado, que va en aumento a medida que se avanza en la carrera manifestando un 70 % en alumnos de 5to año contra un 32% en alumnos de primer año. Tal vez tanto el maltrato físico como psicológico en los estudiantes de años superiores pueda deberse a que las enseñanzas de la medicina que se realizan en el contexto hospitalario son ejecutadas bajo la supervisión de médicos expertos que tienen la responsabilidad del adecuado manejo de los

pacientes, por lo que son ambientes más propensos al estrés y la presión⁽²⁷⁾. En este contexto, un error cometido por un estudiante puede tener graves consecuencias, tanto para la salud de los pacientes que reciben sus cuidados como para los médicos tratantes y la institución hospitalaria. Por esta razón, podría existir una mayor tendencia al maltrato en este entorno.

El presente trabajo concluye con el hallazgo de valores sumamente altos de los distintos tipos de maltratos analizados. Estos enfatizan la necesidad de cultivar un ambiente de apoyo para los estudiantes durante la capacitación médica y desarrollar estrategias apropiadas para la prevención y reducción del maltrato de estudiantes de medicina^(28,29). Se presta mucha atención a las competencias que adquieren los estudiantes a través de la formación profesional⁽³⁰⁾, sin embargo, estos esfuerzos se podrían ver frustrados a menos que el ambiente de aprendizaje defienda los valores subyacentes a la empatía necesaria para una buena relación médico-paciente.

Anexo

Anexo 1- Encuesta

FRECUENCIA DE MALTRATO FÍSICO, SEXUAL Y PSICOLÓGICO POR PARTE DE DOCENTES A ESTUDIANTES DE 1RO a 5TO AÑO DE LA CARRERA DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN, AÑO 2017.

Este cuestionario forma parte de un trabajo de investigación sobre la prevalencia de tipos de maltrato por partes de docentes hacia alumnos. La participación que se solicita es voluntaria y consentida. Esto implica que al responder a este cuestionario usted da vuestro consentimiento para participar de esta investigación. Se remarca que el hecho de participar o no a esta investigación no tiene ninguna consecuencia. Se solicita que respondan a todas las preguntas del cuestionario y, por eso, se ruega que lo completen adecuadamente, marcando la opción u opciones, según corresponda, siguiendo las instrucciones que se dan en cada pregunta.

El cuestionario no tiene forma de ser identificado y se garantiza el anonimato de quienes respondan.

Autores: Alanoca, Saúl P.; Alejo, Álvaro D.; Maidana, Sandra F.; Zerpa, Milton D.

Asesor: Prof. Dr. Rodríguez, José L.; Prof. Lic. Sánchez, Natalia M.

Contacto: Bernabé Araoz 140, Piso 6º, Dpto. "18" (4000) - (03885)15404814 - link13.spa@gmail.com

El objetivo de esta investigación es determinar la frecuencia de maltrato físico, sexual y psicológico por parte de docentes a estudiantes de 1ro a 5to año de la carrera de médico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán.

Marque con una X según corresponda:

SEXO: M F

EDAD: <20 años 20 a 23 años 23 a 25 años > 25 años

AÑO DE CURSADO: 1ro 2do 3ro 4to 5to

PROVINCIA DE ORIGEN:

Tucumán Salta Jujuy Catamarca Santiago del Estero

Otra Provincia Otro País

Marque con una X según corresponda:

Marca solo un cuadrado por fila.

Maltrato psicológico Docente-Alumno	No, Nunca	Si, una vez	Si, más de una vez
1. ¿Has recibido comentarios negativos o despectivos?			
2. ¿Has recibido críticas injustificadas?			
3. ¿Te han tratado con gritos?			
4. ¿Te han humillado?			
5. ¿Te han insultado?			
6. ¿Has recibido amenazas verbales?			
7. ¿Te han recomendado que abandones la carrera?			
8. ¿Se han burlado respecto a tu persona?			
9. ¿Han limitado tu derecho a expresarte?			
10. ¿Has presenciado algún tipo de maltrato psicológico hacia un tercero?			

Maltrato físico Docente-Alumno	No, Nunca	Si, una vez	Si, más de una vez
1. ¿Te han asignado trabajos excesivos?			
2. ¿Te expusieron a riesgos innecesarios?			
3. ¿Te han tirado del brazo?			
4. ¿Te han golpeado?			
5. ¿Has sido testigo de violencia física?			

Maltrato sexual Docente-Alumno	No, Nunca	Si, una vez	Frecuentemente
1. ¿Te han hecho insinuaciones verbales sexuales o comentarios obscenos?			
2. ¿Te han mostrado un lenguaje corporal ofensivo de tipo sexual?			
3. ¿Te han discriminado por tu género?			
4. ¿Te han hecho alguna propuesta indecente?			
5. ¿Te han mostrado imágenes ofensivas de tipo sexual?			
6. ¿Te han tocado sin tu consentimiento?			
7. ¿Te han discriminado por tu preferencia sexual?			
8. ¿Te han chantajeado sexualmente?			
9. ¿Has vivenciado violencia sexual hacia un tercero?			

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION!

AGRADECIMIENTOS.

Deseamos agradecer profundamente a todas aquellas personas que colaboraron y apoyaron este trabajo desde una primera instancia. Principalmente a nuestros queridos amigos y compañeros José Bulacio y Marcos Tito quienes supieron guiar e incentivaron en este proceso creativo que es la investigación; a nuestro estimado asesor Dr. Prof. Rodríguez José Luis con quien supimos conversar, discutir y aprender sobre este delicado tema que es la violencia; a nuestra asesora Lic. Prof. Sánchez Natalia quien nos colaboró en el análisis e interpretación de los datos con su amplio conocimiento en estadísticas.

Por supuesto no queremos dejar de agradecer a los principales actores de esto, los estudiantes, que son el pilar y causa fundamental de nuestra investigación.

BIBLIOGRAFÍA.

- Orozco Mujca GE. Relaciones interpersonales asimétricas docente-estudiante, acoso psicológico, psicopatologías, reactividad interna al estrés, desgaste profesional en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo de Venezuela. 29(4):285-95.
- Keashly L. Emotional Abuse in the Workplace. J Emot Abus. 1997 Jul;1(1):85-117.
- Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. Mistreatment of university students most common during medical studies. BMC Med Educ. 2005 Dec;5(1):36.
- Rosenberg DA, Silver HK: Medical student abuse: An unnecessary and preventable cause of stress JAMA 1984; 251:739-742
- Maida R, Diego A, Herskovic M, V, Pereira S.A, Salinas-Fernández L, y Esquivel C.C. Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. Revista Médica de Chile 2006: 134:1516-1523.

6. Gabriela Diaz-Véliz, Sergio Mora G., Jesús F Escanero. Percepción del ambiente educacional en dos escuelas de medicina con currículo tradicional. Estudio longitudinal. *Rev Med Chile* 2016; 144: 1479-1485.
7. Ahmer S, Yousafzai AW, Bhutto N, Alam S, Sarangzai AK, Iqbal A (2008) Intimidación de estudiantes de medicina en Pakistán: una encuesta de cuestionario transversal. *PLoS ONE* 3 (12): e3889. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0003889>
8. Cortes Barre M. " La letra con sangre entra ": el maltrato en la formación médica. 2010;51(1):43-8.
9. Nagata-Kobayashi S, Sekimoto M, Koyama H, Yamamoto W, Goto E, Fukushima O, et al. Medical student abuse during clinical clerkships in Japan. Vol. 21, *Journal of General Internal Medicine*. 2006. p. 212-8.
10. Kassebaum DG, Cultler ER. On the culture of student abuse in medical school. *Academic Medicine* 1998; 73(11):1149-58.
11. Raúl Mariano Mejía. Tesis de Doctorado. UBA. " Maltrato durante la Residencia Medica" Director de tesis: Prof. Dr. Fernando Lasala. Buenos Aires,2002.[Http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/Sauld/2002/9845.pdf](http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/Sauld/2002/9845.pdf)
12. Mejía R, Diego A, Aleman M, Maliandi M del R, Lasala F. Percepción de Maltrato Durante la capacitación de médicos residentes. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2005; 65:295-301
13. Nagata-Kobayashi S, Sekimoto M, Koyama H, Yamamoto W, Goto E, Fukushima O, et al. Medical student abuse during clinical clerkships in Japan. Vol. 21, *Journal of General Internal Medicine*. 2006. p. 212-8.
14. Margaret E.M: Haglund, MD, Marijeaan Het Rot, PhD et al. Resilience in the third Year of Medical School: A prospective Study of the Associations between Stressful Events Occurring during Clinical Rotations and Student Well-Being. *Academic Medicine*, 2009, 84(2): 258-268
15. Nava BR, Mariscal SLR, Estrada JRO. La percepción del maltrato de las y los estudiantes nayaritas en las carreras universitarias de medicina y enfermería. Un primer acercamiento. *Waxapa*. 2013;5(9):20-30.
16. Bermeo JL, Castaño Castrillón JJ, López Román A, Téllez DC, Toro Chica S. Abuso académico a estudiantes de pregrado por parte de docentes de los programas de Medicina de Manizales, Colombia. *Rev la Fac Med*. 2016 Mar;64(1):9-19.
17. Alyssa F. Cook, MD, MPH, Vineet M. Arora, MD, MAPP, Kenneth A. Rasinski, PhD, Farr A. Curlin, MD, and John D. Yoon, Md. The Prevalence of Medical Student Mistreatment and Its Association with Burnout. *Academic Medicine*. 2014; 89 (5): 749-754
18. Guillén F, Cámara A, Muñoz J, Arroyo H, Mejía C, Lem F, et al. Características del maltrato hacia estudiantes de medicina de una universidad pública del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016 Mar;20(3):289-98.
19. Rancich A, Donato M, Gelpi R. Relación docente-alumno: percepción de incidentes moralmente incorrectos. *Univ La Sabana Colomb*. 2015;12.
20. Rancich ANAM, Gelpi RJ. Incidentes moralmente incorrectos en la relación docente-alumno en educación médica Morally Incorrect Incidents in the Teacher-Student Relationship in Medical Education. *Rev Argent Cardiol*. 2011;79(5):423-8.
21. Rancich A-M, Niz LY, Caprara MP, Aruanno ME, Donato M, Sánchez González M-Á, et al. Actuaciones docentes consideradas como incorrectas por los alumnos de Medicina: análisis comparativo entre dos universidades. 2013 Jan 1; 4(9):95-107.
22. Fried JM, Vermillion M, Parker NH, Uijtdehaage S. Eradicating medical student mistreatment: a longitudinal study of one institution's efforts *Acad Med*. 2012; 87(9):1191-8.
23. Owoaje ET, Uchendu OC, Ige OK. Experiences of mistreatment among medical students in a university in south west Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2012;15(2):214-9.
24. Galli A, Brissón ME, Soler C, Yulitta H; Eiguchi K. Evaluación del ambiente educacional en sistema de residencias médicas del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Rev Arg Educ Med*. 2015; 6 (3) :100-106
25. Galli A, Brissón ME, Soler C, Lapresa S, Alves de Lima A. Evaluación del ambiente educacional en residencia de cardiología . *Rev Argent Cardiol*. 2014; 82: 396-401
26. Silver, HK: Medical students and medical school. *JAMA* 1982; 247:309-310
27. Doval H.C. Malestar en la medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos. *Revista Argentina de cardiología*, 2007; 75(4):336-339.
28. West CP, Erwin PJ, Shanafelt TD Interventions To Prevent and reduce physician burnout : a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016; 388(10057):2272-2281.
29. Kiran R. Busireddy, Jonathan A. Miller, Kathleen Ellison, Vicky Ren, Rehan Qayyum, and Mukta Panda (2017) Efficacy Of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *Journal of Graduate Medical Education*: June 2017, Vol. 9, No.3, pp. 294-301.
30. Larkin, G y Mello, M. Commentary: doctors without boundaries : the ethics of teacher-student relationships in academic medicine. *Academic medicine*, 2010, 85: 752-755

DATOS DE AUTOR**TITULO:**

FRECUENCIA DE MALTRATO FÍSICO, SEXUAL Y PSICOLÓGICO POR PARTE DE DOCENTES A ESTUDIANTES DE 1RO A 5TO AÑO DE LA CARRERA DE MÉDICO, EN UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA ARGENTINA.

AUTORES:

Alanoca Saúl P¹, Alejo, Álvaro D¹, Maidana, Sandra F¹, Zerpa Milton Daniel¹.

1. Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Tucumán.

TITULO ABREVIADO: MALTRATO DOCENTE EN UNIVERSIDAD.

Nro DE PALABRAS : 4621

CORRESPONDENCIA : Zerpa, Milton D., mildaze24@gmail.com, cel: (+5493816354727)

La Revista Argentina de Educación Médica (RAEM) es una publicación dirigida a docentes de la educación superior, a investigadores, estudiantes y profesionales del campo de las ciencias de la salud y miembros de instituciones relacionadas con ésta área. Su objetivo principal es diseminar el conocimiento a través de la publicación de artículos y trabajos científicos originales e inéditos relacionados con todos los aspectos de la educación médica y promover el desarrollo de los profesionales y técnicos de las ciencias de la salud.

En sus indicaciones para la preparación de manuscritos (formato pdf), la revista se ha adecuado a los requerimientos establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) en su más reciente versión disponible en <http://www.icmje.org>.

Presentación de manuscritos

Los trabajos originales se enviarán como adjunto a guillermo.marin@vaneduc.edu.ar La primera página llevará: (a) el título, informativo y conciso; (b) los nombres completos de los autores y de las instituciones en que se desempeñan; (c) un título abreviado para cabeza de página; (d) el número total de palabras del artículo, sin las referencias bibliográficas; (e) el nombre y dirección completa electrónica del autor con quien se deba mantener correspondencia. La nota que acompañe el envío de un trabajo deberá especificar que el o los trabajos originales no han sido anteriormente publicados. Sólo deben figurar como autores quienes hayan participado directamente en la investigación o en la elaboración del trabajo y puedan hacerse públicamente responsables de su contenido. Para cada artículo se permite un máximo de 6 (seis) autores; si son más de 6 (seis), la carta de presentación deberá explicar la contribución de cada autor al trabajo. Las normas para la autoría se explican en extenso en www.icmje.org; en castellano en Rev Panam Salud Pública 2004; 15: 41-57 (www.scielosp.org). Una vez aprobada la publicación del trabajo, AFACIMERA retiene los derechos de su reproducción total o parcial.

Los trabajos a publicar se incluyen dentro de las siguientes categorías: editoriales revisiones de la literatura, actualizaciones, artículos de investigación originales, comunicaciones breves, experiencias innovadoras en educación médica y cartas al Editor.

Los originales se prepararán en Microsoft Word, en papel tamaño carta o A4, con márgenes de al menos 25 mm, escritos de un solo lado, a doble espacio, en letra de tipo Times New Roman 12. Las páginas se numerarán en forma consecutiva comenzando por la del título.

Abreviaturas, siglas, acrónimos y símbolos: Se evitará su uso en el título y en el resumen. Sólo se emplearán abreviaturas estándar. La primera vez que se empleen irán precedidos por el término completo, salvo que se trate de unidades de medida estándar.

Los trabajos originales estarán divididos en Introducción (que no debe llevar subtítulo), Materiales y métodos, Resultados y Discusión, a más de un Resumen en castellano, precedido por el correspondiente título. El resumen se ubicará a continuación de la primera página, y no excederá de las 250 palabras, evitando la mención de tablas y figuras. Tres a seis palabras clave, irán al final del Resumen. Para su elección se recurrirá a términos incluidos en la lista del Index Medicus (Medical Subject Headings, MeSH). En la Introducción se presentarán los objetivos del trabajo, y se resumirán las bases para el estudio o la observación. Materiales y métodos incluyen una referencia al diseño metodológico, y una descripción de (a) los métodos y procedimientos. Se informarán detalles de la población estudiada y las intervenciones efectuadas (b) guías o normas éticas seguidas; (c) descripción de métodos estadísticos si los hubiera. Los Resultados se presentarán en una secuencia lógica, sin repetir en el texto las informaciones presentadas en Tablas o Figuras. En la Discusión se resaltarán los aspectos nuevos e importantes del estudio, las conclusiones de ellos derivadas, su relación con los objetivos que figuran en la Introducción y la contrastación con la bibliografía. No repetir informaciones

que ya figuren en otras secciones del trabajo. Cuando corresponda se agregarán Agradecimientos, precediendo a la bibliografía; si cabe se citarán: reconocimiento por apoyo técnico, aportes financieros, contribuciones que no lleguen a justificar autoría. En estos casos los autores serán responsables de contar con el consentimiento escrito de las personas nombradas. Deben declararse los Conflictos de Intereses.

La Bibliografía se limitará a aquellos artículos directamente relacionados con el trabajo mismo, evitándose las revisiones bibliográficas extensas. Se numerarán las referencias consecutivamente, en el orden en que se las mencione en el trabajo. Se incluirán todos los autores cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de la expresión et al. Los títulos de las revistas serán abreviados según el estilo empleado en el Index Medicus (la lista puede obtenerse en <http://www.nlm.nih.gov>).

En el texto las citas serán mencionadas por sus números en superíndices. En la lista de referencias, las revistas, los libros, los capítulos de libros, y los sitios de Internet se presentarán de acuerdo a los siguientes ejemplos: 1. Arnold, L. Assessing professional behavior: yesterday, today and tomorrow. *Acad Med* 2002; 77(6): 502-515. 2. Bogner, M, editor. *Human Error in Medicine*. Hillsdale, NJ: LEA, 1994. 3. Cooke, NJ. Knowledge Elicitation. En: Durso FT, editor. *Handbook of Applied Cognition*. New York. Wiley 1999; 479-509. 4. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Outcome project. 1999. En <http://www.acgme.org>. Acceso el 23/7/06.

Las comunicaciones personales se citan en el texto. Las Tablas, presentadas en hojas individuales, y numeradas con números arábigos, deben ser indispensables y comprensibles por sí mismas, y poseer un título explicativo. Las notas aclaratorias irán al pie, y no en el título. No emplear líneas verticales de separación entre columnas ni líneas horizontales, salvo tres: las que separan el título de la Tabla, los encabezamientos del resto, y la que indica la terminación de la Tabla. Las Figuras (dibujos o fotografías en blanco y negro) han de permitir una reproducción adecuada y serán numeradas correlativamente con una inscripción al dorso que permita identificarlas, y una leyenda explicativa en hoja aparte. Las flechas, símbolos o letras incluidas deben presentar buen contraste con el fondo. Si se presentan en archivos digitales, además de adjuntar el archivo original del programa donde fueron procesadas, adjuntar una copia en formato .jpg o tif de al menos 300 dpi.

Los artículos especiales de revisión, tendrán una extensión máxima de 7 000 palabras y no más de 100 referencias.

Cada manuscrito recibido será examinado por el Comité de Redacción, y además por uno o dos revisores externos. Después de esa revisión se notificará al autor responsable sobre la aceptación (con o sin correcciones y cambios) o sobre el rechazo del manuscrito. El Comité de Redacción se reserva el derecho de introducir, con conocimiento de los autores, todos los cambios editoriales exigidos por las normas gramaticales y las necesidades de compaginación