

# Las actividades docentes de los profesores clínicos del PUEM desde la perspectiva de sus residentes

Alicia Hamui-Sutton<sup>a</sup>, Carlos Lavalle-Montalvo<sup>a</sup>, Arturo Díaz-Villanueva<sup>a</sup>,  
Dánae Sofía Gómez-Lamont<sup>a</sup>, José Antonio Carrasco-Rojas<sup>a</sup>, Pelayo Vilar-Puig<sup>a</sup>



Foto: Archivo

### Resumen

**Introducción:** Se busca describir las actividades docentes en el ámbito clínico desde la perspectiva de los residentes del PUEM.

**Objetivos:** 1) Identificar la frecuencia con que los profesores clínicos realizan actividades educativas en 4 áreas: docencia, supervisión, organización y relaciones interpersonales, 2) distinguir por especialidad el desempeño de los instructores, 3) indagar diferencias en la evaluación del docente según el grado académico de los residentes.

**Material y métodos:** La "Encuesta de Alumnos del PUEM 2010" incluyó en la sección del desempeño docente 13 preguntas de frecuencia y 2 de valoración. Se consideraron actividades educativas de las 4 áreas mencionadas en 10 especialidades. La muestra fue de 1816 casos y se buscaron asociaciones significativas ( $p < 0.05$ ) entre las variables.

**Resultados:** En las opciones de respuesta "siempre" y "casi siempre", las relaciones interpersonales fueron las mejor valoradas ( $> 80\%$ ), la organización continua de actividades académicas y asistenciales fue mencionada en más de 2 terceras partes de las respuestas. La frecuencia de actividades docentes vinculadas a la estructura curricular, y la supervisión se

ubicaron en promedio por debajo de la media. Las mejores calificaciones fueron para los profesores de Medicina Familiar y las más bajas para Ortopedia. Por grado académico, R1 y R5 consideraron que la labor docente fue más constante y los R2 menos.

**Discusión:** La relación personal entre profesores y residentes es adecuada y los estudiantes se perciben integrados a sus servicios; no obstante, el apego a los programas académicos y la supervisión no sucede con suficiente frecuencia.

**Palabras clave:** Profesores clínicos, residentes, docencia, supervisión, programa académico.

### PUEM's clinical professors' teaching activities from their residents' perspective

#### Abstract

**Introduction:** The aim is to describe the teaching activities in the clinical context from the residents' perspective.

**Objectives:** 1) To determine how frequently clinical professors perform teaching activities in the four areas: teaching, supervision, organization and interpersonal relationships, 2) to distinguish professors' performance by specialty 3) To inquire differences in the evaluation of professors according the residents' academic year.

**Materials and methods:** The "Survey among PUEM's Students 2010" included 13 frequency questions and 2 of valuation in the section of teaching performance. Teaching

<sup>a</sup>División de Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina. UNAM. México, DF.

Correo electrónico: lizhamui@gmail.com

Recibido: 26-febrero-2013. Aceptado: 19-abril-2013.

activities from the four previously mentioned areas in ten specialties were considered. The sample was 1816 cases; significant associations ( $p < 0.05$ ) among variables were assessed. **Results:** In the answer choices: "always" and "almost always", interpersonal relationships obtained the highest score (>80%), the regular organization of academic and healthcare activities was mentioned in more than 2/3 of the answers. The frequency of teaching activities related to the curricular structure, and supervision were situated below average. The highest scores were for family medicine professors and the lowest for orthopedics. By academic grade, first and fifth year residents considered that teaching activities were more constant; while second year students considered them the least constant.

**Discussion:** Personal relationships between clinical professors and residents are adequate. Students perceive themselves integrated to their wards; however the fulfillment of academic programs and supervision are not frequent enough.

**Key words:** *clinical professors, residents, teaching, supervising, academic program.*

## INTRODUCCIÓN

En este artículo se presenta la perspectiva de los residentes del Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) sobre la labor académica que desempeñan sus profesores. La fortaleza del modelo educativo médico en el ámbito de la clínica consiste en que la profesión reproduce sus prácticas y recrea la cultura en un espacio social acotado a través de interacciones directas en el trabajo. La educación se integra a la profesión en la práctica cotidiana<sup>1</sup>. La enseñanza clínica, que involucra directamente a los pacientes y sus problemas, se ubica en el centro de la educación médica enfocada en enseñar y aprender a partir del aprovechamiento de las oportunidades que surgen en las labores diarias de la práctica médica. Para los residentes, cuya posición institucional es compleja pues por una parte son médicos asalariados, y por otra, estudiantes en proceso de formación en alguna especialidad, el aprendizaje en el trabajo clínico es el núcleo de su desarrollo profesional.

La tarea principal del profesor clínico titular del curso y sus médicos adjuntos es optimizar la experiencia de aprendizaje de los residentes en la práctica diaria<sup>2</sup>. Actúa como mediador del saber en una relación pedagógica en la que guía al residente en la

realización de tareas. Es la persona que al relacionarse con los demás favorece el aprendizaje auténtico, estimula el desarrollo de sus potencialidades y corrige errores cognitivos, de habilidades y de actitudes<sup>3,4</sup>. Como expresa el Dr. Lifshitz: "Si el maestro logra que sus alumnos se vuelvan estudiantes independientes, que cada vez necesiten menos de él, estará haciendo el debido honor a su condición magisterial aunque su labor luzca poco a ojos de los críticos"<sup>5</sup>.

El aprendizaje en contextos clínicos tiene muchas ventajas pues se enfoca en problemas reales relevantes e implica la participación activa del estudiante. El pensamiento, la conducta y las actitudes son modeladas por los profesores en actividades hospitalarias, como el llenado de expedientes que contienen la historia médica de los pacientes, la exploración física, el razonamiento clínico, la toma de decisiones terapéuticas, la empatía y el profesionalismo. A pesar de estas fortalezas potenciales, la enseñanza clínica ha sido criticada por su gran variación, falta de desafíos intelectuales y su naturaleza azarosa.

Algunas de las dificultades que se presentan en la implementación de la enseñanza clínica son: presiones de tiempo, tareas competidas (asistenciales, académicas, administrativas, de investigación, entre otras), poca planeación por la incalculabilidad e incertidumbre de los casos que se atienden, mayor número de estudiantes y menor tiempo de internamiento de los pacientes –lo que disminuye las oportunidades para la práctica clínica–, incremento del número de pacientes que se rehúsan a dar consentimiento informado para actividades con fines educativos, falta de recursos, ambientes de aprendizaje poco propicios para el aprendizaje, y un escaso reconocimiento y recompensas a los profesores<sup>2</sup>.

Casi todos los médicos que laboran en instituciones de salud se han involucrado en la enseñanza clínica en algún momento de su trayectoria, y han desempeñado este trabajo con más o menos responsabilidad, compromiso y entusiasmo. No obstante, muy pocos reciben entrenamiento en habilidades docentes, pues asumen que con su experiencia y su conocimiento de los temas es suficiente para enseñar. Para que la instrucción de los residentes sea efectiva se requieren varias estrategias didácticas y actividades diversas para el aprendizaje de contenidos y saberes.

Los estilos docentes y las modalidades que los profesores eligen para enseñar tienen gran influencia en el aprendizaje de los residentes, por ejemplo, la profundidad con la que se abordan los temas, la aplicación práctica de los conocimientos, el vaivén entre los principios teóricos y normativos generales, y lo empírico, son habilidades que se ensayan diferencialmente en la enseñanza y que se reflejan en el desempeño de los estudiantes<sup>6</sup>. El currículum puede ser el mismo pero las tareas académico-asistenciales son diferentes.

La percepción de los estudiantes sobre sus profesores va cambiando a medida que avanzan los años de la especialidad o grado académico. Según la teoría de vectores de Stritter<sup>7</sup>, los aprendices pasan de la dependencia de sus profesores, a la colaboración con los mismos, para finalmente lograr la independencia en sus necesidades de aprendizaje. Estas transformaciones afectan la manera en que se valora al maestro en el desarrollo de la formación profesional. Ullian y cols.<sup>8</sup>, distinguieron los componentes de la enseñanza desde el punto de vista de los residentes en 4 roles clínicos: como persona, como médico, como supervisor y como profesor, y la ponderación de los componentes variaban según el momento de la trayectoria educativa en que se encontraban los estudiantes<sup>9</sup>.

Considerando los 4 componentes identificados por Ullian, en este artículo se presenta la frecuencia con que el profesor, desde la perspectiva de los residentes, realiza actividades académicas vinculadas con los roles clínicos. La labor educativa de los profesores en contextos hospitalarios se evalúa en 4 áreas: 1) docencia, 2) supervisión teórica (de los conocimientos aprendidos) y práctica (de las destrezas y habilidades cognitivas adquiridas), 3) organización del servicio donde se incorporan los residentes y 4) relaciones interpersonales que implican comportamientos éticos y profesionales.

## DOCENCIA

En el ámbito de la docencia, el profesor realiza tareas relacionadas con la enseñanza en el marco de una estructura curricular, en este caso el PUEM<sup>10</sup>. En el proceso docente, la relación pedagógica y la congruencia entre el programa y las prácticas educativas

Casi todos los médicos que laboran en instituciones de salud se han involucrado en la enseñanza clínica y han desempeñado este trabajo con más o menos responsabilidad y entusiasmo. Muy pocos reciben entrenamiento en habilidades docentes, pues asumen que con su experiencia y su conocimiento de los temas es suficiente para enseñar.

se vuelven relevantes al ser trasladadas al ámbito de la clínica. A la concepción del paradigma de la docencia tradicional, que considera al profesor como poseedor del conocimiento y único sujeto activo del proceso de enseñanza aprendizaje, se contrapone la tendencia constructivista, que lo reconoce como un guía en la transmisión, aprehensión y producción del conocimiento del alumno. El rol del profesor consiste en ayudar a los estudiantes a transitar este proceso de pensamiento y completar el ciclo del aprendizaje significativo.

Existen varios dominios del conocimiento que intervienen en las estrategias de enseñanza que utiliza el profesor como son: el conocimiento previo del estudiante, el conocimiento sobre el tema, el conocimiento del paciente y el conocimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje<sup>11</sup>.

La comunicación efectiva en la enseñanza es básica en un buen profesor y se expresa en 2 áreas: la habilidad para formular preguntas y la habilidad para dar explicaciones. Ambas requieren de una escucha atenta y participación activa por parte de los alumnos. Las preguntas (abiertas o cerradas) adecuadas ayudan a aclarar la comprensión, promover la curiosidad y enfatizar los puntos principales. Para ayudar a los residentes a elaborar su propio conocimiento el profesor: 1) activa los conocimientos previos del tema a través de actividades didácticas como la “lluvia de ideas” o de un resumen, por ejemplo, sobre los signos y síntomas del paciente de acuerdo a la historia clínica y la exploración previa; 2) establece puentes entre la información anterior y la nueva utilizando analogías, ejemplos clínicos, comparaciones, etc.; 3) promueve la discusión y re-

flexión, permitiendo la elaboración del conocimiento; 4) presenta conceptos teóricos con información clínica básica sobre el tema, relacionando lo teórico con lo práctico; y 5) propicia un contexto adecuado para el aprendizaje que deja abierta la posibilidad de seguir profundizando en el tema formulando nuevas preguntas<sup>12</sup>. En la encuesta de alumnos del PUEM, las preguntas respecto al desempeño del profesor en el proceso docente son las siguientes:

- ¿Con qué frecuencia los profesores de su curso verifican que los residentes aprendan los contenidos del programa para cumplir con los objetivos planeados en cada año académico?
- ¿Sus profesores preparan las actividades académicas y los materiales para enseñar competencias clínicas o quirúrgicas?
- ¿Sus profesores favorecen que los alumnos desarrollen el pensamiento crítico y la innovación?
- ¿Con qué frecuencia se discuten en su sede los aspectos éticos de los casos clínicos?
- ¿Las actividades académicas en su sede se realizan de manera continua?
- ¿Las actividades académicas en las subsedes por las que rota se realizan de manera continua?

### **Supervisión**

Una de las tareas principales del profesor en las residencias médicas consiste en supervisar las actividades académicas y asistenciales de los residentes. La supervisión teórica se relaciona con el aprendizaje significativo de los contenidos del programa y se vincula con las evaluaciones formativas y sumativas. La supervisión práctica tiene que ver con la aplicación de lo aprendido, es decir, con las destrezas y habilidades cognitivas y psicomotoras.

En las residencias médicas, la labor primordial del profesor está enfocada a supervisar y retroalimentar para lograr que el residente adquiera su independencia en la práctica médica y con ello la responsabilidad profesional. En los últimos años de la residencia los profesores adquieren cada vez más el carácter de colegas y menos el de maestros, los residentes se vuelven modelo de otros de menor grado académico y desempeñan funciones docentes y de supervisión con mayor frecuencia. En este proceso,



Foto: Archivo

las expectativas de los estudiantes con relación a su profesor pueden discrepar, pues mientras los segundos buscan propiciar la autonomía de los primeros, éstos esperan la presencia constante del maestro, lo que no exime al profesor de comportamientos educativos inapropiados, como desentenderse del proceso formativo del residente<sup>13</sup>.

La supervisión académica y asistencial de los residentes, es un acto eminentemente crítico y reflexivo, implica repensar procesos y procedimientos, razonamientos, ideas que se asumen sin cuestionar, decisiones e incluso creencias y valores implícitos<sup>14</sup>. Boud<sup>15</sup> sostiene que la práctica reflexiva propicia que los residentes piensen como profesionales y adquieran capacidades como las que subyacen al desarrollo de la autoconsciencia, el autoseguimiento y la autoeficacia<sup>16</sup>. La identificación, el análisis y la reflexión de la variedad de experiencias clínicas, tanto en el momento en que surgen como en reuniones médicas académicas o asistenciales, son parte importante



Foto: Archivo

**Entre las tareas del profesor en las residencias médicas está la supervisión teórica, que se relaciona con el aprendizaje significativo de los contenidos del programa y se vincula con las evaluaciones formativas y sumativas, y la supervisión práctica, que tiene que ver con la aplicación de lo aprendido, es decir, con las destrezas y habilidades cognitivas y psicomotoras.**

del aprendizaje supervisado y se incorporan como esquemas mentales al acervo de conocimientos profesionales que guían situaciones futuras<sup>17</sup>.

El aprendizaje y la supervisión tienen lugar en el acto médico y en el contexto clínico en el que será aplicado. La teoría del aprendizaje experiencial<sup>18</sup>, sostiene que éste es más efectivo cuando está basado en la experiencia. La descripción del proceso educativo se representa como un ciclo que vincula la experiencia concreta con la conceptualización abstracta a través de la reflexión y la planeación, esta última involucra la aplicación anticipada de nuevas teorías y habilidades. El ciclo experiencial del aprendizaje constituye además un marco útil para planear sesiones académicas. La labor del profesor es entonces ayudar al estudiante a transitar por las fases del ciclo (experiencia-reflexión-teoría-planeación)<sup>19</sup>. En la encuesta de alumnos del PUEM, las preguntas relativas al desempeño del profesor en la supervisión educativa son las siguientes:

- ¿Con qué frecuencia sus profesores verifican que los residentes apliquen los contenidos del programa para cumplir con los objetivos planeados para cada año académico?
- ¿Sus profesores supervisan las actividades asistenciales que usted realiza?

#### **Organización del servicio, enseñar en la práctica clínica**

En los contextos clínicos, frecuentemente saturados por las demandas asistenciales de los pacientes, el desafío está en asegurar una educación efectiva al mismo tiempo que se atiende con calidad y eficiencia a los pacientes. Las estrategias para mejorar la educación en la atención médica se pueden resumir en 3 elementos progresivos: planeación de la interacción del residente con el paciente, enseñanza con el paciente y la reflexión sobre lo aprendido<sup>20</sup>. Estas 3 actividades no se dan de manera espontánea, el profesor del curso propicia las oportunidades de aprendizaje en contextos clínicos, de ahí que un servicio bien organizado que contemple la inclusión de lo académico a los residentes en las tareas asistenciales sea crucial en la calidad educativa.

En las instituciones de salud pública es frecuente que el jefe del servicio médico sea también el profesor titular del curso de especialización, esta combinación de responsabilidades responde a la deseabilidad de integrar lo asistencial con lo educativo y no disociarlo para evitar conflictos entre los titulares. De ahí que el compromiso del profesor con la formación de los residentes, al planear sus actividades diarias, y su integración en la organización de las labores del servicio, tenga como objetivo el propiciar oportunidades de aprendizaje<sup>21</sup>.

Neher y cols.<sup>22</sup>, han descrito una serie de microhabilidades para ayudar al profesor a organizar, supervisar y enfocar la enseñanza en la práctica clínica, así como para adquirir las competencias docentes necesarias con el fin de evaluar rápidamente al residente sobre sus conocimientos y capacidades de razonamiento clínico, y desde ahí proveer una instrucción orientada y retroalimentación inmediata. El modelo se denomina en inglés *One Minute Preceptor* (preceptor en un minuto) y su objetivo es utilizar el tiempo de manera eficiente y efectiva

al integrar la enseñanza en las rutinas diarias. El modelo considera varios pasos, y cada uno involucra tareas sencillas que al ser combinadas forman una estrategia educativa integrada<sup>23</sup>.

En el proceso intervienen, cuando menos, el residente, el profesor y el paciente, y pasa por las siguientes fases: 1) encuentro con el paciente (historia clínica y la exploración física), 2) el residente elabora un argumento razonado y el profesor cuestiona “¿qué cree que está sucediendo?”, y espera la respuesta del alumno, 3) el profesor solicita que explique el razonamiento que subyace al diagnóstico con la siguiente pregunta “¿Qué lo llevó a esa conclusión?”, de acuerdo a la respuesta, el profesor refuerza lo que hizo bien con frases como “su diagnóstico del paciente *x* estuvo bien hecho y es congruente con la historia clínica...”, 4) el profesor ayuda al estudiante a identificar y lo orienta sobre las posibles omisiones y errores: “aunque su sugerencia de *y* puede ser considerada como una posibilidad, en una situación como esta, *z* es más probable porque...”, finalmente, 5) el profesor enseña las normas y los principios generales relativos al caso “cuando esto suceda, hay que actuar de esta manera...”. Este intercambio rápido de argumentos es deseable que suceda al margen de la interacción con el paciente, aunque sin perder la oportunidad de comentar el caso<sup>24</sup>. Dar espacio a este tipo de encuentros entre el profesor y el alumno, en medio de la ocupada agenda asistencial, puede marcar la diferencia en el ambiente académico del que participa el residente e influye poderosamente en la calidad de su educación como especialista<sup>25</sup>. En la encuesta de alumnos del PUEM, las preguntas relativas al desempeño del profesor en la organización del servicio médico son las siguientes:

- ¿Con qué frecuencia usted se involucra en la atención médica que ofrece su servicio?
- ¿Sus profesores organizan las actividades académicas y asistenciales de los residentes?

### Relaciones interpersonales

Aislar la educación médica de los especialistas del contexto social en que sucede es desacertado. Las relaciones personales que suceden en las intensas

interacciones en contextos clínicos diversos y la labor educativa que en ellos sucede son ampliamente variadas. La labor docente del profesor se refleja en el alumno a través de las preguntas que le formula, las tareas que le asigna, las expectativas que de él tenga, lo que afecta el nivel del aprendizaje. La versatilidad del desempeño de los residentes es en parte el resultado de la manera en que se le enseña y de las actividades que se le pide desarrolle, y no sólo de sus conocimientos previos, lo que lleva a afirmar una perogrullada “la enseñanza provoca el aprendizaje”. Aunque todos los profesores enseñen lo mismo en un marco curricular único, la calidad de la práctica docente, el compromiso con el alumno, así como la manera en que involucran a los estudiantes en tareas más o menos complejas imprimen fuertes diferencias en la calidad educativa.

Las relaciones interpersonales en la clínica se dan en el contexto de la relación profesor-alumno y médico-paciente, entre otras, es decir en roles definidos que implican comportamientos esperados. Por ejemplo, se espera que el profesor sea portador de conocimientos que pueda transmitir de manera lógica y comprensible, le de seguimiento al aprendizaje de sus alumnos, que evalúe las competencias médicas que va adquiriendo el residente, y sea sensible a sus necesidades académicas, sociales y emocionales. Por su parte, del alumno se espera una actitud comprometida para aprender y desempeñarse eficientemente en el trabajo, disciplina, puntualidad, pulcritud, el cumplimiento de las tareas asignadas y la demostración de sus competencias profesionales en evaluaciones teóricas y prácticas. La claridad en las expectativas de los roles sobre qué y cómo aplicar los conocimientos y realizar las tareas coadyuva en un mejor desempeño educativo.

Se aprende a hacer el trabajo haciendo el trabajo, la profesión se reproduce en la práctica y las relaciones interpersonales forman parte de una cultura que se construye en la práctica. En este sentido, el modelo de educación médica incorpora el aprendizaje como ocupación en la práctica profesional<sup>26</sup>. En esta lógica, el aprendizaje considerando al paciente como texto se ha enfatizado desde las obras de William Osler. Por generaciones se ha exhortado a los estudiantes a escuchar al paciente, que por lo

general provee claves cruciales para el diagnóstico. Sin embargo, tradicionalmente se ha considerado el rol del paciente como ente pasivo, como materia de interés para enseñar, como un medio para que el profesor de su lección. Esta visión tiende a desperdiciar oportunidades valiosas para el aprendizaje significativo. Los pacientes no sólo cuentan sus historias personales y describen sus síntomas físicos, sino que dan información valiosa sobre sus problemas, retroalimentando tanto a los alumnos como a los profesores. A través de sus interacciones con los pacientes, los profesores clínicos ejercen una gran influencia como modelos (*“rol model”*) sobre sus estudiantes.

Algunas sugerencias para trabajar-educar con pacientes de manera ética y efectiva serían: 1) pensar cuidadosamente qué secciones de la sesión educativa requieren contacto directo con el paciente y cuáles es mejor realizarlas alejadas de la cama del paciente, 2) obtener consentimiento informado del paciente antes de que se presenten los estudiantes a la consulta, 3) asegurarse de que los estudiantes respeten la confidencialidad de la información relacionada con el paciente (de forma verbal o escrita), 4) revisar el caso del paciente antes de la sesión para definir el propósito educativo de la reunión, el grado académico de los estudiantes, así como su experiencia clínica y la manera en que esperan que participe el paciente en el proceso educativo, 5) pedir la retroalimentación del paciente e involucrarlo en la enseñanza, por ejemplo cuestionarlo sobre la comunicación establecida, las habilidades clínicas, las actitudes y los modales de los estudiantes y profesores, y 6) explicarle al paciente después de la sesión sus dudas o comentar aspectos sensibles que hayan surgido<sup>27</sup>.

Finalmente, un ingrediente importante en las relaciones interpersonales que se dan entre profesores y alumnos es la retroalimentación, el conjunto de reacciones y respuestas del profesor respecto a las acciones asistenciales y académicas del residente, orientadas a cambiar o modificar sus competencias con fines constructivos, lleva a compartir observaciones, preocupaciones y sugerencias para mejorar el desempeño profesional y el trabajo institucional del residente. Para que la mejora continua sea posible, es deseable que la retroalimentación suceda durante las

labores cotidianas supervisadas y en las evaluaciones prácticas y escritas. Una buena relación interpersonal, jerárquica y entre pares, propicia el ejercicio de la retroalimentación y coadyuva en un círculo virtuoso de mejoramiento personal y colectivo.

Las relaciones interpersonales y la comunicación eficiente son elementos fundamentales en el proceso de atención médica y en el aprendizaje significativo, de ahí que un buen profesor ensaye estas competencias para el óptimo desempeño de su labor educativa y profesional. En la Encuesta de alumnos del PUEM, las preguntas relativas a las relaciones interpersonales de los profesores según los residentes son las siguientes:

- ¿Sus profesores intentan resolver los problemas que los residentes les plantean?
- ¿Sus profesores son accesibles con los residentes?
- La relación y la comunicación entre profesores y residentes es...
- ¿Qué calificación daría a los profesores de su curso en la conducción del proceso de enseñanza aprendizaje?

El objetivo de investigación de este trabajo es presentar la percepción de los residentes del PUEM sobre el desempeño de sus profesores en las cuatro áreas descritas (docencia, supervisión, organización y relaciones interpersonales) según especialidad y grado académico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En el Departamento de Investigación Educativa de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, se diseñó un cuestionario para identificar las características de aspectos centrales en los procesos de enseñanza y aprendizaje de los residentes inscritos en el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM). El cuestionario se estructuró en 6 apartados: 1) datos personales y sociodemográficos, 2) sobre el programa del PUEM, 3) sobre las estrategias de enseñanza y aprendizaje, así como sobre los recursos de tecnología educativa utilizados, 4) sobre la labor de los profesores, 5) sobre la investigación, y 6) sobre las modalidades de evaluación. En total consideraron 120 preguntas

<b>Tabla 1.</b> Distribución de la muestra por especialidades (n=1837)		
Especialidad	No. de casos	%
Medicina Interna	402	21.8
Medicina Familiar	185	10.1
Cirugía general	233	12.7
Pediatría	185	10.1
Anestesiología	119	6.5
Ortopedia	112	6.1
Ginecología y Obstetricia	135	7.4
Psiquiatría	73	4
Oftalmología	67	3.6
Imagenología	69	3.8
Otros*	257	14

Fuente: Encuesta de Alumnos del PUEM 2010.

cerradas y una abierta para las observaciones adicionales del respondiente al final.

Después de ser revisado y aprobado por médicos y académicos expertos que asistieron al Seminario de Investigación Educativa del Posgrado de la FM, se invitó vía electrónica y a través de los profesores en las sedes, a todos los residentes del PUEM a responder la encuesta en línea durante el proceso de inscripción, entre el 15 de febrero y el 5 de abril de 2010. De los 8693 alumnos inscritos en el ciclo 2009-2010, respondieron 3179. Se detectaron 332 cuestionarios incompletos que fueron eliminados, por lo que el total fue de 2865 casos, 32.9% del universo total.

El estudio que aquí se presenta es descriptivo, transversal, y está estratificado por especialidades médicas. De las 120 preguntas del instrumento se consideraron aquellas relacionadas con la percepción de los residentes sobre la labor docente de sus profesores clínicos (16 preguntas, de la número 71 a la 87 más la 90). Estos reactivos fueron cerrados y las opciones de respuesta en una escala de Likert evaluaron la frecuencia con que se realizaban las actividades académicas con los siguientes rangos: nunca (0 a 25%), a veces (26 a 50%), casi siempre (51 a 75%) y siempre (76 a 100%). En el caso de la pregunta 87 “La relación y la comunicación entre profesores y residentes es...”, las opciones de respuesta eran: mala, regular, buena, muy buena. En la última pregunta de la sección “¿Qué calificación le daría a los profesores de su curso en la conducción del proceso de enseñanza aprendizaje?”, podían

responder usando una escala del 1 al 5, donde 1 era muy mala y 5 muy buena. El Alpha de Cronbach de las preguntas relativas a los profesores (71 a 90) fue de 0.975, en el análisis factorial se encontraron 2 componentes, el primero que explicó el 47.89% de la varianza y el segundo el 27.29%.

Del total de la muestra de la encuesta de alumnos del PUEM, se seleccionaron las 10 especialidades con mayor número de casos y las restantes se agruparon en la categoría “otros”, el número de casos y los porcentajes por especialidad se presentan en la **tabla 1**. También se estratificaron los datos de acuerdo al grado académico de los residentes, la clasificación considera a los residentes de primer año R1 (482 casos = 26.2%), R2 (492 = 26.8%), R3 (404 = 22%), R4 (246 = 13.4%) y R5 y más (11.6%). Una variable que pudo haber influido en los resultados es la sede hospitalaria, no obstante, se excluyó del análisis para evitar señalar las características de algún curso en específico. Para aquellos interesados, los datos por sede se pueden solicitar en el Departamento de Investigación Educativa del Posgrado de la FM de la UNAM.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba chi<sup>2</sup> con el programa SPSS para encontrar asociaciones significativas (valor de  $p < 0.05$ ) entre la frecuencia con que los profesores se desempeñaron en la docencia, en la supervisión, en la organización de las actividades de los residentes, en las relaciones interpersonales, y según las especialidades.

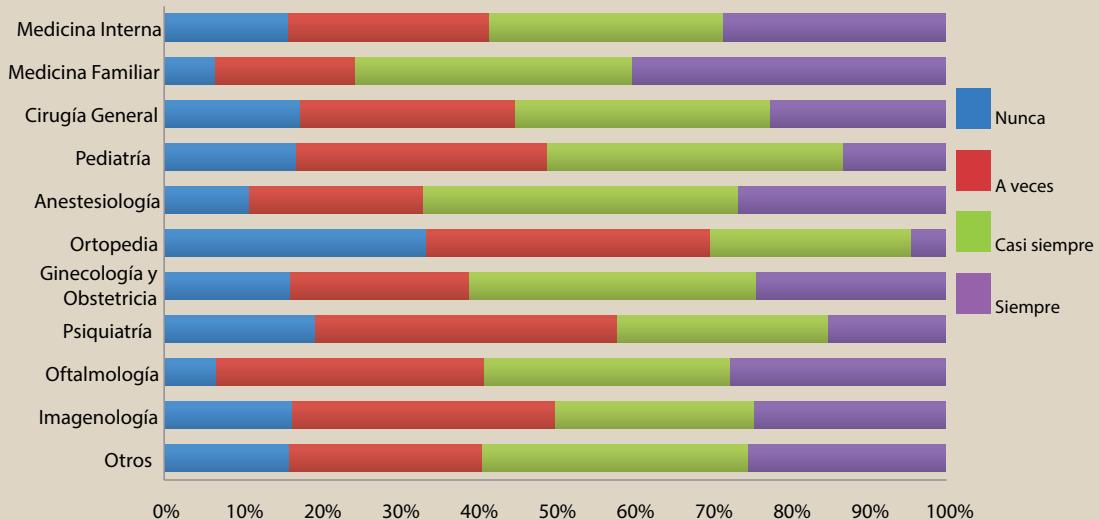
Las asociaciones encontradas fueron casi en su totalidad estadísticamente significativas, lo que se explica por el tamaño de la muestra. Al relacionar las actividades que realizan los profesores con el fin de formar profesionalmente a los residentes, con las especialidades y el grado académico existió correlación entre ellas. De las 4 opciones de respuesta en la escala Likert (“nunca”, “a veces”, “casi siempre” y “siempre”) se sumó el porcentaje correspondiente a las respuestas “siempre” y “casi siempre” para comparar la frecuencia con que se realizaba cada actividad en las distintas especialidades.

## RESULTADOS

En las preguntas relativas a la docencia, de los alumnos de las especialidades que consideraron que sus

**Figura 1.** Verificación de los profesores del aprendizaje de los contenidos del programa académico (n=1837)

*¿Con qué frecuencia los profesores de su curso verifican que los residentes aprendan los contenidos del programa para cumplir con los objetivos planeados?*



Fuente: Encuesta de Alumnos del PUEM 2010  
 $\chi^2 = 192.28$   $p = 0.00$

profesores verificaban que lo que aprendieron cumpliera con los objetivos del programa más del 60% se ubicaron en medicina familiar, anestesiología y ginecología-obstetricia; entre 50 y 59% en medicina interna, cirugía, pediatría, oftalmología, imagenología y otros; menos de 49% en ortopedia y psiquiatría ( $\chi^2 = 192.28$ ,  $p = 0.00$ ) (figura 1). Al observar los resultados de la misma pregunta por grado académico, llamó la atención que los estudiantes de menor grado, tanto en la especialidad (R1) como en la subespecialidad (R5) se verificó con mayor frecuencia el apego al programa académico. Al sumar las opciones de respuesta siempre y casi siempre, los R1 sumaron 61.6%, R2 54%, R3 53.7%, R4 53%, y R5 en adelante 65% ( $\chi^2 = 41.50$ ,  $p = 0.00$ ).

Al indagar acerca de la preparación de actividades académicas y materiales de enseñanza por parte de los profesores de acuerdo a la especialidad, más de 60% lo hacían en medicina familiar; entre 50 y 59% en oftalmología; entre 40 y 49% en otros, psiquiatría, medicina interna, pediatría y ginecología;

entre 30 y 39% en anestesiología, cirugía e imagenología; menos de 29% en ortopedia. Destacó que las especialidades donde los procedimientos clínicos son más frecuentes, la preparación de materiales didácticos es menor. ( $\chi^2 = 168.16$ ,  $p = 0.00$ ). Al relacionar los datos según el grado, en ningún caso se llegó a 50% (R1 48.7%, R2 39.8%, R3 43.6%, R4 35.5% y R5 45.7%), lo que denota que la enseñanza no se imparte en clase o con actividades planeadas con anticipación, sino de manera improvisada en la práctica clínica. ( $\chi^2 = 38.51$ ,  $p = 0.00$ ).

De acuerdo con los estudiantes, la frecuencia con que los profesores estimularon la innovación y el pensamiento crítico en el proceso educativo fue más de 70% en oftalmología, medicina familiar y medicina interna; entre 60 y 69% en otros, imagenología, ginecoobstetricia, anestesiología, cirugía y pediatría; entre 50 y 59% en psiquiatría, y menos de 49% ortopedia. A excepción de psiquiatría, las más altas fueron las especialidades analíticas ( $\chi^2 = 125.54$ ,  $p = 0.00$ ). Según el grado académico,

		Comparación de la organización continua de actividades académicas por sede y subsede (n=1837)			
		Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Medicina Interna	Sede	6.8	11	26	56.1
	Subsede	21.2	15.4	31.9	31.6
Medicina Familiar	Sede	3.7	8.2	26.9	61.2
	Subsede	4.8	9.9	30.3	55.1
Cirugía General	Sede	12	16	27	44.9
	Subsede	23.3	22.2	29.4	25.1
Pediatría	Sede	13.1	22.8	27.9	36.2
	Subsede	27.6	16.2	33.8	22.4
Anestesiología	Sede	8.7	15.8	24.5	51.1
	Subsede	13.6	21.2	35.3	29.9
Ortopedia	Sede	15.6	24.6	35.2	24.6
	Subsede	36.9	20.1	28.5	14.5
Ginecología y Obstetricia	Sede	11	15.1	28	45.9
	Subsede	25.7	18.3	30.7	25.2
Psiquiatría	Sede	10.9	21.8	31.9	35.3
	Subsede	16.8	26.9	34.5	21.8
Oftalmología	Sede	3.8	10.5	28.6	57.1
	Subsede	12.4	13.3	33.3	41
Imagenología	Sede	6.4	18.2	26.4	49.1
	Subsede	18.2	14.5	37.3	30
Otros	Sede	8.3	12.7	26.8	52.3
	Subsede	12.9	14.1	36.5	36.5

Sede 2= 8.28, p=0.76; subsede chi<sup>2</sup>= 223.91, p=0.00.

otra vez los R1 y los R5 mostraron las cifras más altas (R1 71.2% y R5 o más 72.3%), de tal manera que los profesores los estimularon más. Los menos motivados fueron los R2 (61.7%), lo que coincide con otros estudios realizados en el Departamento de Investigación Educativa de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM sobre la comunicación en la relación médico paciente. El porcentaje aumentó un poco en el R3 (64.3%) y R4 (64.3%) (chi<sup>2</sup> = 54.76, p = 0.00).

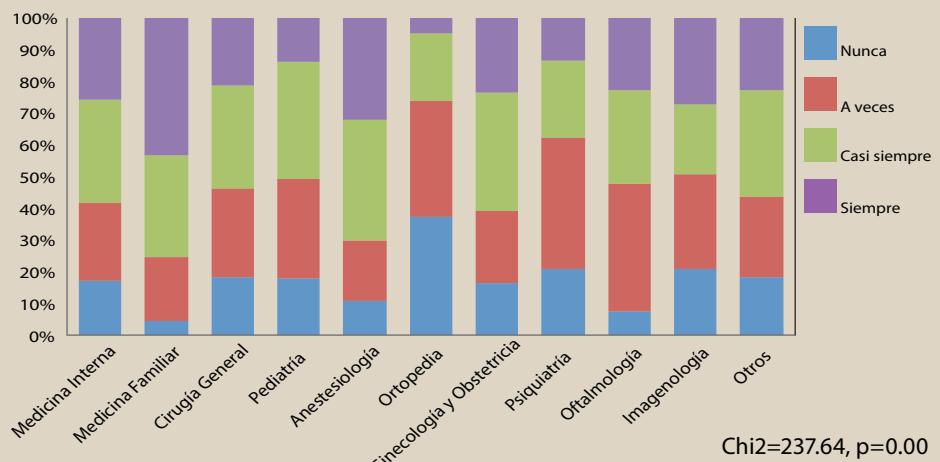
Al preguntarles a los alumnos sobre la frecuencia con la que se discuten aspectos éticos de la práctica clínica, la diferencia por especialidades fue de 26%, medicina familiar fue la más alta con 62.9% y la más baja ortopedia con 36.9%. Las especialidades por abajo de 50% fueron cirugía, pediatría, psi-

quiatría, oftalmología, imagenología y otros. En general las cifras fueron bajas, lo que denota poca atención por parte de los profesores a los aspectos éticos de la práctica médica (chi<sup>2</sup> = 73.01, p = 0.00). La diferencia por grados fue escasa (menos de 5%: R1 48.7%, R2 46.4%, R3 50.4%, R4 51.3%), no obstante, las cuestiones éticas fueron abordadas con mayor frecuencia en el R5 o más 61.1%, lo que se relaciona tal vez con la complejidad de los casos atendidos (chi<sup>2</sup> = 30.91, p = 0.002).

Las actividades académicas que se llevan de manera continua en las sedes según los residentes en las distintas especialidades con más de 80% de frecuencia en medicina interna, medicina familiar y oftalmología, entre 70 y 79% en cirugía, anestesiología, ginecología, imagenología y otros; entre 60 y

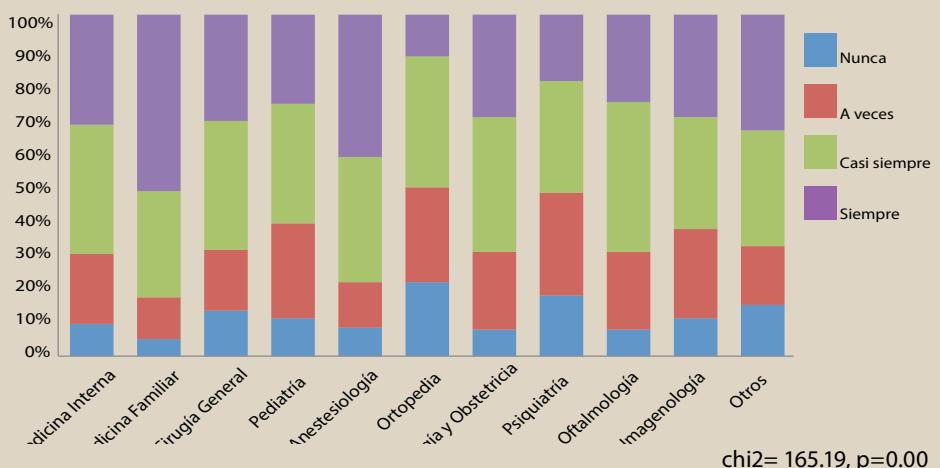
**Figura 2.** Verificación de los profesores de la aplicación de los contenidos del programa académico (n=1837)

*¿Con qué frecuencia sus profesores verifican que los residentes apliquen los contenidos del programa para cumplir con los objetivos planeados para cumplir con los objetivos planeados en cada año académico?*



**Figura 3.** Supervisión de los profesores sobre las actividades asistenciales de los residentes (n=1837)

*¿Sus profesores supervisan las actividades asistenciales que usted realiza?*

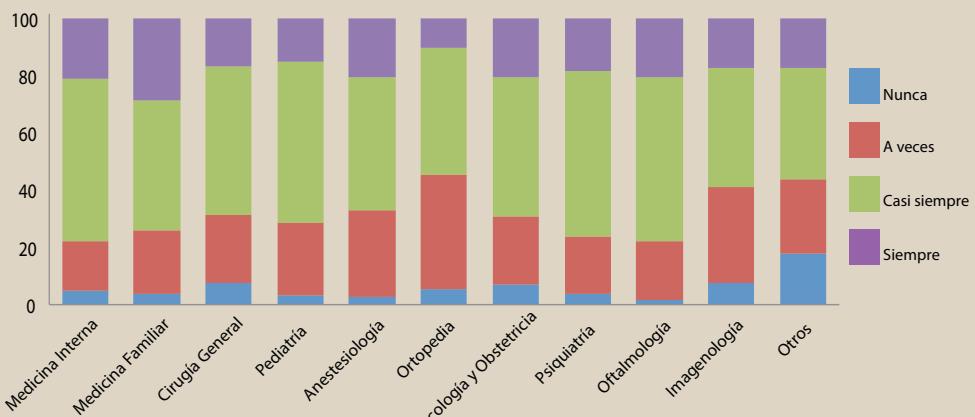


Fuente: Encuesta de Alumnos del PUEM 2010.

69% en pediatría y psiquiatría, y menos de 59% en ortopedia ( $\chi^2 = 144.96$ ,  $p = 0.00$ ). Según el grado académico, la realización de actividades educativas fue constante de un grado a otro, alrededor del 75%, lo preocupante está en saber lo que sucedía con el 25% restante ( $\chi^2 = 8.28$ ,  $p = 0.76$ ).

En las subsedes, según los residentes, las actividades académicas se realizaron con menor frecuencia que en las sedes, lo que obliga a revisar el programa educativo y la atención a los alumnos fuera de su servicio original. En la **tabla 2** se puede apreciar la frecuencia con que se realizaron dichas actividades

**Figura 4.** Frecuencia con que los residentes toman decisiones médicas sobre los pacientes (n=1837)  
¿Con qué frecuencia usted toma las decisiones médicas sobre los pacientes?



Fuente: Encuesta de Alumnos del PUEM 2010.

$\chi^2 = 197.49, p=0.00$

en las subsedes fue de más de 80% en medicina familiar, entre 70 y 79% en oftalmología y otros, entre 60 y 69% en medicina interna, anestesiología e imagenología, entre 50 y 59% en cirugía, pediatría ginecología y psiquiatría, y menos de 49% en ortopedia ( $\chi^2 = 223.91, p = 0.00$ ). Las actividades en las subsedes se incrementaron levemente entre los R3 (67.3%), R1 (64.1%), R2 (62.6%), R4 (61.2%) y R5 (61.4%) y se realizaron con una frecuencia de 2 terceras partes ( $\chi^2 = 30.90, p = 0.002$ ).

Una de las tareas centrales de los profesores es la supervisión de la aplicación de lo aprendido por el estudiante (figura 2). De acuerdo a las respuestas de los alumnos a la pregunta ¿con qué frecuencia sus profesores verifican que los residentes apliquen los contenidos del programa para cumplir con los objetivos planeados en cada año académico? más de 70% en anestesiología y medicina familiar, entre 60 y 69% en gineco-obstetricia; entre 50 y 59% en medicina interna, cirugía, pediatría, oftalmología y otros; menos de 49% en imagenología, psiquiatría y ortopedia ( $\chi^2 = 237.64, p = 0.00$ ). Al observar los datos por grado, vuelve a destacar el interés de los profesores en los R1 (61.2%) y los R5 (65.5%), los R2, R3 y R4 percibieron que los supervisaron la mitad de las ocasiones mientras aplicaron sus conocimientos: 50.3, 54.2 y 51.8% respectivamente ( $\chi^2 = 51.92, p = 0.00$ ).

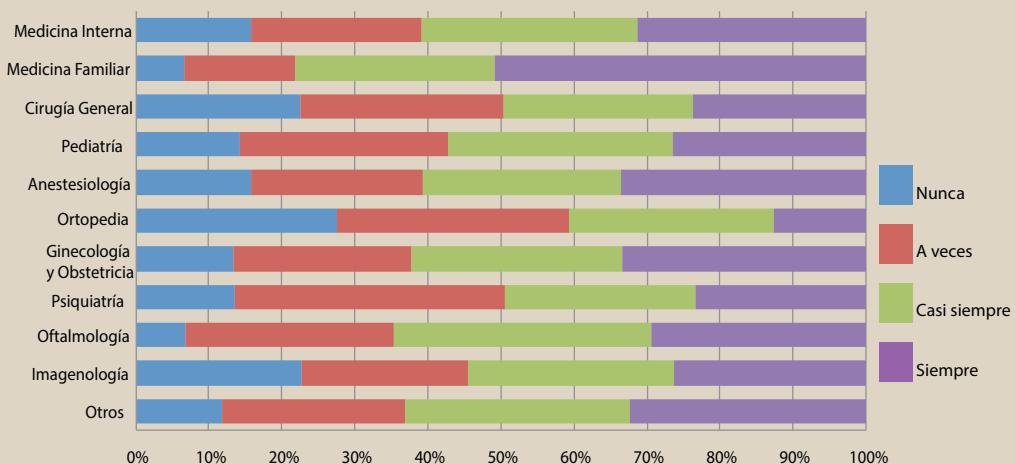
Uno de los aspectos más importantes en la educación clínica es la supervisión de los procedimientos y la retroalimentación en el acto médico. Al preguntarles si sus profesores supervisaban las actividades asistenciales que realizaban, los residentes respondieron en los siguientes rangos (figura 3): en más de 80% de las ocasiones, medicina familiar; entre 70 y 79%, anestesia y medicina interna; entre 60 y 69%, cirugía, pediatría, ginecología, oftalmología, imagenología y otros; menos de 59%, psiquiatría y ortopedia ( $\chi^2 = 165.19, p = 0.00$ ). La supervisión de los profesores fue más cercana en residentes de quinto año y más (77.9%), seguida de primer año con 72.6%, como en otras áreas los R2, R3 y R4 tuvieron un porcentaje similar y más bajo que los anteriores: 64% ( $\chi^2 = 50.03, p = 0.00$ ).

Sobre las preguntas de la sección de organización en el servicio y la enseñanza en el trabajo, ante la pregunta sobre el grado de involucramiento de los residentes en el servicio clínico en el que realizaron su desarrollo académico, las cifras son mayores de 90%. Se detectaron algunas especialidades donde este dato fue menor: anestesiología, 88.6%; imagenología, 87.3%; y otros, 85.9% ( $\chi^2 = 66.67, p = 0.00$ ). A medida que fueron aumentando los grados el involucramiento se incrementó levemente de 90 a 94%. ( $\chi^2 = 42.31, p = 0.00$ ).

La frecuencia con que los residentes tomaron

**Figura 5.** Frecuencia con que los profesores organizan las actividades académicas y asistenciales de los residentes (n=1837)

*¿Sus profesores organizan las actividades académicas y asistenciales de los residentes?*



Fuente: Encuesta de Alumnos del PUEM 2010.

$\chi^2 = 158.22, p = 0.00$

decisiones sobre el manejo de los pacientes estuvo por arriba de la media (**figura 4**). Esto refleja que las prácticas hospitalarias no siempre se apegan al supuesto de que la responsabilidad de las decisiones médicas es del profesor o del médico adscrito y no de los residentes que deberían ser supervisados en todo momento. Arriba de 70% de frecuencia se encontraron medicina interna, medicina familiar, cirugía, pediatría, psiquiatría y oftalmología; entre 60 y 69%, anestesiología y ginecología; menos de 59%, ortopedia, imagenología y otros ( $\chi^2 = 197.49, p = 0.00$ ). La toma de decisiones aumentó levemente según el grado del residente, pasó de 90% en los R1 y R2 a 94% en los R3, R4 y más ( $\chi^2 = 59.28, p = 0.00$ ).

Uno de los aspectos centrales para propiciar un ambiente clínico óptimo para el aprendizaje es un servicio bien organizado donde las actividades académicas tengan un peso significativo. Al preguntarles si los profesores organizaban las actividades académicas y asistenciales de los residentes, éstos respondieron por especialidad de la siguiente manera (**figura 5**): en más de 70% de las ocasiones, medicina familiar; entre 60 y 69%, medicina interna, anestesiología, ginecología, oftalmología y

otros; entre 50 y 59%, pediatría e imagenología; menos de 50%, cirugía, ortopedia y psiquiatría ( $\chi^2 = 158.22, p = 0.00$ ). Destacó que a medida que avanzaron los años, las actividades organizadas por los profesores tendieron a disminuir: R1 63%, R2 59.6%, R3 58.1%, R4 50.7%, no obstante, a partir de R5 (64.3%) el comportamiento fue similar al de los R1 ( $\chi^2 = 42.15, p = 0.00$ ).

En el último apartado relativo a las relaciones interpersonales de los residentes con sus profesores, se les preguntó a los alumnos acerca de la disposición de sus maestros para resolver los problemas que les planteaban, según los datos obtenidos éstos últimos fueron receptivos para atender los asuntos que iban surgiendo. La frecuencia con la que intentaron resolver los problemas por especialidad fue: más de 70%, otras, oftalmología, cirugía, medicina familiar y medicina interna; entre 60 y 69%, pediatría, anestesiología, ginecoobstetricia y psiquiatría; y menos de 59%, ortopedia e imagenología ( $\chi^2 = 104.18, p = 0.00$ ). Al verlo por grado, los profesores atendieron más los problemas de los R1 (71.9%) y R5 (77.6%) que a los R2 (64.1%), R3 (67.7%) y R4 (68.4%) ( $\chi^2 = 39.01, p = 0.00$ ).

**Tabla 3.** Evaluación global de las labores docentes del profesor (n=1837)

		Calificación*				
		1	2	3	4	5
Especialidad	Medicina Interna	5.8	7.3	23.3	38.7	24.9
	Medicina Familiar	5.1	2.7	20.1	43.5	28.6
	Cirugía General	8.6	8.8	25.9	38.2	18.4
	Pediatría	6.6	7.9	31	37.2	17.2
	Anestesiología	6.5	7.1	26.1	44	16.3
	Ortopedia	14	16.8	34.1	30.2	5
	Ginecología y Obstetricia	7.3	6.4	24.8	41.3	20.2
	Psiquiatría	13.4	5.9	34.5	34.5	11.8
	Oftalmología	1.9	2.9	23.8	47.6	23.8
	Imagenología	6.4	7.3	31.8	31.8	22.7
Grado	Otros	6.1	3.9	27.5	44.5	18
	R1	6	6.3	23.8	42.7	21.2
	R2	7.1	7.6	30.8	40.3	14.2
	R3	7	6.5	28.7	39.4	18.3
	R4	9.7	8.4	25.5	38.5	17.9
	R5 o más	6.2	5.6	18.6	33.3	36.3

\*1=muy mal, 2=mal, 3=regular, 4=bien y 5=muy bien.

Por especialidad:  $\chi^2=150.64$ ,  $p=0.00$ ; por grado:  $\chi^2=92.02$ ,  $p=0.00$ .

La percepción de los residentes de que los profesores eran accesibles al parecer fue buena, con más de 80% de frecuencia destacaron medicina interna, oftalmología y otros; entre 70 y 79% ,medicina familiar, cirugía, pediatría, anestesiología, ginecología y psiquiatría; menos de 69%, imagenología y ortopedia ( $\chi^2 = 113.94$ ,  $p = 0.00$ ). La percepción de disponibilidad de los profesores fue mejor entre los R1 y R5 (81 y 80.6% respectivamente), bajó a 77% en R3 y R4 y la más afectada fue la de los R2 con 73.5%. ( $\chi^2 = 44.47$ ,  $p = 0.00$ ).

La relación entre profesores y alumnos fue percibida como muy buena, arriba de la media. Al sumar las opciones muy buena con buena las cifras aumentaron notablemente. Excepto ortopedia (78.3%), las demás especialidades estuvieron entre 80 y 89% y oftalmología rebasó esta cifra al llegar a 94.4%. En esta pregunta las cifras correspondieron a una muestra de 2194 alumnos ( $\chi^2 = 46.87$ ,  $p = 0.02$ ). Estos datos revelan una fortaleza en torno a los procesos educativos, ya que la comunicación entre alumnos y profesores es crucial en el proceso formativo.

Al analizar los datos por grado académico R1 y R5 fueron los más altos (89.9 y 87.1% respectivamente), en cambio, disminuyó en R2, R3 y R4 (86.8, 86.2 y 81.2% respectivamente). Sin embargo, sólo 20% de los residentes tuvieron dificultades de comunicación con el profesor ( $\chi^2 = 154.64$ ,  $p = 0.00$ ).

Al solicitarles a los residentes que evaluaran la conducción del proceso de enseñanza del profesor, del 1 al 5, donde 1 era muy mal, 2 mal, 3 regular, 4 bien y 5 muy bien, las cifras más altas se ubicaron en el número 4, seguidas del 3 y el 5. Los profesores peor evaluados fueron los de ortopedia y psiquiatría (**tabla 3**) ( $\chi^2 = 150.64$ ,  $p = 0.00$ ). Según el grado, los R5 fueron los más satisfechos con la conducción educativa de sus profesores, y los menos fueron los R2. Los R4 calificaron mal y muy mal a sus profesores en 18.1% ( $\chi^2 = 92.02$ ,  $p = 0.00$ ).

A indagar qué tan satisfechos estaban con los resultados de su proceso de formación como especialistas hasta el momento en que respondieron la encuesta, los residentes marcaron la opción



Foto: Archivo

“mucho” de la siguiente manera: más de 60% sólo medicina familiar; entre 50 y 59% medicina interna y ginecología; entre 40 y 49% oftalmología, anestesiología, cirugía general, otros, imagenología, pediatría y psiquiatría; finalmente, ortopedia con 21.6% ( $\chi^2 = 110.26$ ,  $p = 0.00$ ). Al verlo por grado, los estudiantes de segundo año estuvieron menos satisfechos, sólo 39.4% eligieron la opción mucho, lo que contrastó con el 62.3% de los residentes de quinto año y más. Las cifras más altas de la suma de nada y poco satisfechos fueron de los R2 con 13.5% ( $\chi^2 = 72.19$ ,  $p = 0.00$ ).

## DISCUSIÓN

Los resultados de la encuesta muestran la percepción de los residentes del PUEM sobre el desempeño de sus profesores en 4 áreas básicas del proceso de enseñanza aprendizaje: docencia, supervisión, organización y relaciones interpersonales. Al analizar los datos según la especialidad, destacaron los profesores de medicina familiar por realizar las ac-

tividades docentes ligadas al programa con mayor frecuencia, en la evaluación global también obtuvieron las calificaciones más altas. Medicina interna y anestesiología aparecieron en segundo lugar, lo que refleja estabilidad académica y compromiso pedagógico por parte de los profesores. En tercer sitio estuvieron: cirugía general, oftalmología, ginecoobstetricia e imagenología, donde los profesores podrían mejorar su labor docente; aunque en la evaluación de los residentes sobre la conducción de su formación profesional sus calificaciones fueron altas. En las especialidades donde existen grandes áreas de oportunidad para los profesores es en pediatría y psiquiatría, los estudiantes percibieron que sus maestros fomentaron escasamente las actividades académicas vinculadas a su proceso educativo. La especialidad peor evaluada fue ortopedia y esto fue consistente en la mayoría de los reactivos analizados, habrá que indagar con mayor detalle el desempeño docente de los responsables de ésta especialidad para reforzar la instrucción.

Los datos promediados de las especialidades y el grado académico por área de actividad docente revelaron que la docencia y la supervisión se practicaron con poca frecuencia (cerca de la mitad de las ocasiones), de ahí la necesidad de reforzar estrategias educativas formales dirigidas a los profesores para mejorar sus habilidades docentes, pues no es suficiente conocer de la especialidad, sino saber transmitir ideas y motivar al residente a través de experiencias de aprendizaje significativo, tanto de contenidos teóricos como de competencias prácticas.

En contraste, en aspectos relacionados con la organización de las actividades académicas y laborales de los residentes, así como en las relaciones interpersonales, los profesores resultaron mejor evaluados. La mayoría de los residentes consideraron que eran receptivos, estaban dispuestos a resolver sus problemas y que la comunicación entre ellos era buena. Los residentes en general, se percibieron integrados al servicio médico al que estaban adscritos y ejercieron su poder de decisión sobre los pacientes, aún sin la supervisión del profesor. De ahí que se pueda afirmar que fueron una pieza clave en el complejo sistema hospitalario. Cabe aclarar que cuando los residentes rotaron en las subsedes la realización continua de las actividades académicas disminuyó, lo que obliga a revisar el valor educativo de dichas rotaciones.

Finalmente, al analizar los datos por grado académico, la mejor evaluación de los profesores fue la de los residentes de primero y quinto años. En el quinto año, cuando por lo general se inician las subespecialidades, los residentes frecuentemente cambian de sede. En ambos casos, el de primero y quinto año, el proceso de socialización requirió de una atención más estrecha por parte del profesor, lo que llevó a profundizar las relaciones personales, sociales e institucionales, y a enfatizar el rol del profesor como modelo educativo y profesional. La percepción de los R2, R3 y R4 fue distinta, pues en la rutina hospitalaria ocupaban ya un lugar reconocido y conocían los procedimientos clínicos y las normas del lugar, de ahí que el profesor destinara menos tiempo y atención al desempeño de sus actividades. No obstante, destacó que quienes menos apreciaron las tareas docentes de sus profesores fue-

ron los residentes de segundo año, se requiere una investigación más profunda para comprender los procesos psicosociales por los que transitan.

## CONCLUSIONES

La calidad de la formación profesional de los estudiantes depende en buena medida de la labor docente y las estrategias para propiciar experiencias de aprendizaje significativo. El modelo educativo clínico que se basa en “aprender en el trabajo”, no sólo permite el desarrollo de las competencias de los residentes, sino reproduce los usos y costumbres de la profesión en la práctica. La crítica a esta manera de educar es que, así como se transmiten las virtudes del sistema de salud, también se instituyen los vicios, además de que la calidad de la instrucción puede ser extremadamente variable a pesar de compartir un programa académico único. Como expresó Ullian, el profesor es una pieza central del proceso educativo y es percibido por los estudiantes por lo menos en 4 de sus facetas: como docente, como supervisor, como organizador de las actividades académicas y asistenciales del servicio y como persona.

La valoración de este personaje esencial de la educación médica de posgrado es diferente en las distintas especialidades y de acuerdo al grado académico del residente. Son múltiples los factores que influyen en la apreciación de las actividades docentes que realiza y que habría que estudiar con mayor profundidad. No obstante, los datos de la encuesta permiten un primer acercamiento a las fortalezas y debilidades de los profesores. Las labores docentes relacionadas con la estructura curricular y los contenidos del PUEM, no siempre se cumplen, por lo que se requiere de una supervisión más estrecha del proceso pedagógico en los contextos clínicos y una revisión crítica del programa. Tampoco la supervisión se practica en su totalidad, este hecho resulta preocupante, pues es el núcleo de lo que denominamos “aprender laborando”, y constituye una parte importante de la retroalimentación académica *in situ*.

El sentido de pertenencia y el aprovechamiento de las oportunidades de aprendizaje con el paciente son el resultado de una buena organización de las actividades instructivas y asistenciales, lo que forma parte de las tareas docentes. En este ámbito, es común la in-

corporación del residente al servicio médico (aunque cerca de una tercera parte no lo percibe así). Otra área dinámica es la de las interacciones entre profesores y alumnos, donde por lo general se expresó a partir de las respuestas de los estudiantes la existencia de una comunicación eficiente y fluida lo que se tradujo en una buena disposición para negociar conflictos y atender los problemas educativos de los alumnos.

La labor del profesor en la clínica es una tarea compleja que requiere de gran dedicación y mucha atención al desempeño de los residentes. La educación para enseñar y la instrucción pedagógica del docente son elementos fundamentales para mejorar la calidad educativa de las residencias y formar médicos más competentes y profesionales. ●

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. City E, Elmore R, Fiarman S, Teitel L. *Instructional Rounds in Education*. Cambridge, Mass: Harvard Education Press; 2009, p. 4.
2. Spencer J. ABC of Learning and Teaching in Medicine. *Learning and Teaching in the Clinical Environment*. BMJ. 2003;326:591.
3. Lifshitz A, Zerón L, Ramiro M. Los Retos de la Educación Médica en México Tomo I. México: Academia Nacional de Educación Médica. 2010:3.
4. Organización Panamericana de la Salud y Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas de Medicina): Los Cambios en la Profesión Médica y su Influencia sobre la Educación Médica. Documento de Posesión de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica de Edimburgo Escocia, Educación Médica en Salud. 1994;28:124-138.
5. Lifshitz a, Zerón L, RamiroM. Los Retos de la Educación Médica en México Tomo I. México:Academia Nacional de Educación Médica;2010:6.
6. City E, Elmore R, Fiarman S, Teitel L. *Instructional Rounds in Education*. Cambridge, Mass: Harvard Education Press; 2009:3.
7. Stritter F, Baker R, Shahady E. Clinical Instruction. En: *Handbook for the Academic Physician*, eds. McGaghie C, Frey J. New York: Springer-Verlag; 1988. p. 24.
8. Ullian J, Bland C, Simpson D. An Alternative Approach to Defining the Role of the Clinical Teacher. *Academic Medicine*. 1994;69:832-38.
9. Paukert J, Boyd F. How Medical Students and Residents Describe the Roles and Characteristics of Their Influential Clinical Teachers. *Academic Medicine*. 2000;75(8):845.
10. Plan Único de Especializaciones Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Mexico Facultad de Medicina División de Estudios de Posgrado; consultado el 09 de Diciembre del 2011. Disponible en:<http://132.248.160.169/espmed/puem/puem.htm#plan>.
11. Parcell G, Bligh J. Recent Perspectives on Clinical Teaching. *Medical Education*. 2001;35:409-14.
12. Ferenchick G, Simpson D, Blackman J, Da Rosa D, Dunnington G. Strategies for Efficient and Effective Teaching in the Ambulatory Care Setting. *Academic Medicine*. 1997; 72(4):592.
13. Paukert J, Boyd F. How Medical Students and Residents Describe the Roles and Characteristics of Their Influential Clinical Teachers. *Academic Medicine*. 2000;75(8):845.
14. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and Reflective Practice in Health Professions Education: a Systematic Review. *Adv in Health Sci Educ*. 2009;14(4):595-621.
15. Boud D. Avoiding the traps: Seeking Good Practice in the Use of Self Assessment and Reflection in Professional Courses. *Social Work Education*. 1999;18:121-32.
16. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986:27.
17. AMEE Guide No. 27 Effective Educational and Clinical Supervision, *Medical Teacher*. 2007;29(1):2-19.
18. Lifshitz A. Aprender de la experiencia. La Teoría Experiencial del Aprendizaje. En: *Educación en las Residencias Médicas*. Graue E., Sanchez M. eds. México: Editorial de Textos Mexicanos, Universidad Nacional Autónoma de México; 2010. p. 121-30.
19. Spencer J. ABC of Learning and Teaching in Medicine. *Learning and Teaching in the Clinical Environment*. BMJ. 2003;326:592.
20. Ferenchick G, Simpson D, Blackman J, DaRosa D, Dunnington G. Strategies for Efficient and Effective Teaching in the Ambulatory Care Setting. *Academic Medicine*. 1997;72(4):592.
21. McLeod P, Sterhert Y, Meagher T, McLeod A. The ABC of Pedagogy for Clinical Teachers. *Medical Education*. 2003;37(7):638-44.
22. Neher J, Gordon K, Meyer B, Stevens N. A Five Step “Microskills” Model of Clinical Teaching. *J Am Board Fam Pract*. 1992;5:419-24.
23. Spencer J. ABC of Learning and Teaching in Medicine. *Learning and Teaching in the Clinical Environment*. BMJ. 2003;326:590.
24. Irby D, Bowen J. Time Efficient Strategies for Learning and Performance. *The Clinical Teacher*. 2004;1(1):23-28.
25. Boor K, Scheele F, Van der Vleuten C, Teunissen P, Der Breejen E, Scherpbier A. How undergraduate clinical learning climates differ: a multi-method case study. *Medical Education*. 2008;42:1029-36.
26. City E, Elmore R, Fiarman S, Teitel L. *Instructional Rounds in Education*. Cambridge, Mass: Harvard Education Press. 2009:4.
27. Spencer J. ABC of Learning and Teaching in Medicine. *Learning and Teaching in the Clinical Environment*. BMJ. 2003;326:594.