



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 02**

**“PERCEPCIÓN DEL AMBIENTE ACADÉMICO EN ALUMNOS DE
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR EN SUS DOS
MODALIDADES DE FORMACIÓN”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE: MEDICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA

DR. PRIETO LÓPEZ JUAN GABRIEL

**DIRECTOR/ ASESOR
DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ PÉREZ
DR. ISMAEL HERNÁNDEZ JAVIER**

MÉXICO CDMX. ENERO 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“PERCEPCIÓN DEL AMBIENTE ACADÉMICO EN ALUMNOS DE
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR EN SUS DOS
MODALIDADES DE FORMACIÓN”**

DIRECTOR DE TESIS:

**DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ PÉREZ
MÉDICO URGENCIOLOGO,
PROFESOR MEDICO MATRICULA.
CMN SIGLO XXI**

ASESOR:

**DR. ISMAEL HERNANDEZ JAVIER
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 2 IMSS**

Vo.Bo.

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR COORDINACION DE
EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 2 IMSS**

**“PERCEPCIÓN DEL AMBIENTE ACADÉMICO EN ALUMNOS DE
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR EN SUS DOS MODALIDADES DE
FORMACIÓN”**

Vo.Bo.

**DR JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR DIVISION DE
ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

Vo.Bo.

**DR GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR DIVISION DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

Vo.Bo.

**DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOSENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR DIVISION DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a **mi familia**, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser; gracias a mi familia por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de mi especialidad y de poder terminar con éxito mi tesis.

Gracias por creer en mí y gracias a Dios por permitirme vivir y disfrutar de cada día esta etapa de mi vida.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes a su comprensión, a su tiempo y apoyo, lo complicado de lograr esta meta.

Les agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes. **Mi hermosa familia**

 Mi agradecimiento se dirige a quien ha forjado mi camino y me dirigido por el sendero correcto, a mi **madre**, el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores y a no cometerlos otra vez.

 Eres la que ha guiado el destino de mi vida.

 Gracias.

La vida se encuentra plagada de retos, y uno de ellos es la universidad **UNAM**. Tras haberme dado la oportunidad de estar dentro de ella, me he dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base no solo para mi entendimiento del campo médico en el que me he visto inmerso, sino para lo que concierne a mi vida y mi futuro.

Le agradezco a mi institución **IMSS** por haberme dado la oportunidad de poder ejercer toda una vida laboral ya que dentro de ella me he podido desarrollar profesionalmente y ejercer mi conocimiento adquirido dentro de esta noble institución, y sin dejar a un lado a todos mis compañeros y maestros por sus esfuerzos para que finalmente pudiera graduarme como un médico especialista en medicina familiar.

Tabla de contenido

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	4
JUSTIFICACIÓN	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
OBJETIVO	18
HIPÓTESIS DE TRABAJO	19
MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	24
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES.....	63
COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	65
ANEXOS.....	69

RESUMEN

Percepción del ambiente académico en alumnos de posgrado de medicina familiar en sus modalidades de formación

Prieto López Juan Gabriel¹ Hernández Pérez Francisco.²
Dr. Ismael Hernández Javier³

Antecedentes: Los ambientes educativos tienen una influencia vital en los resultados educativos a corto y largo plazo; con frecuencia estos no están exentos de agresiones u hostilidades por lo que es importante conocer la percepción de los alumnos sobre estos espacios a fin de mejorar los mismos creando un ambiente educativo favorable para la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades y destrezas.

Objetivo: Determinar la percepción del ambiente académico en alumnos de posgrado de medicina familiar en sus modalidades de formación

Material y Métodos: Estudio transversal analítico, se utilizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, conformado por un grupo natural de 83 médicos, residentes. Previo consentimiento informado se utilizó la encuesta PHEEM (Postgraduate Hospital Educational Environment Measure) para evaluar la valoración del ambiente académico para la formación de alumnos de posgrado de medicina familiar de la unidad de adscripción y de la unidad formadora.

La estadística utilizada fue descriptiva con reporte de medias y desviación estándar para datos generales y demográficos, para el análisis inferencial se utilizó U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis para curva no normal.

Resultados: El puntaje total del instrumento PHEEM tuvo una media mayor para los residentes de la modalidad presencial (135.39 ± 19.92 vs 117.63 ± 32.64 , $p=0.000$);

Conclusiones: La modalidad presencial es percibida superior en todos los rubros evaluados (percepción de autonomía, calidad de la enseñanza, soporte social y ambiente educativo en general).

Palabras claves: Ambiente académico, residentes, medicina familiar, alumnos de posgrado, especialización para médicos generales.

ABSTRACT

Perception of the academic environment in graduate students of family medicine in their training modalities

Prieto López Juan Gabriel¹ Hernández Pérez Francisco.²

Dr. Ismael Hernández Javier.³

Background: Educational settings have a vital influence on short- and long-term educational outcomes; These are often not exempt from aggression or hostility, so it is important to know the perception of students about these spaces in order to improve them by creating a favorable educational environment for the acquisition of knowledge and the development of abilities and skills.

Objective: To determine the perception of the academic environment in graduate students of family medicine in their training modalities

Material and Methods: Analytical cross-sectional study, a non-probabilistic sampling was used, for convenience, made up of a natural group of 83 doctors, residents. With prior informed consent, the PHEEM survey (Postgraduate Hospital Educational Environment Measure) was used to evaluate the assessment of the academic environment for the training of postgraduate family medicine students from the assignment unit and the training unit.

The statistics used were descriptive with report of means and standard deviation for general and demographic data, for the inferential analysis Mann-Whitney U and Kruskal Wallis were used for non-normal curve.

Results: The total score of the PHEEM instrument had a higher mean for residents of the face-to-face modality (135.39 ± 19.92 vs 117.63 ± 32.64 , $p = 0.000$);

Conclusions: The face-to-face modality is perceived as superior in all the evaluated areas (perception of autonomy, quality of teaching, social support and educational environment in general).

Keywords: Academic environment, residents, family medicine, graduate students, specialization for general practitioners.

INTRODUCCIÓN

Recientemente, se han producido cambios drásticos en la educación médica en todo el mundo, lo que ha hecho que las percepciones de los estudiantes sobre su entorno educativo reciban una atención especial. La calidad del entorno educativo es indicativa de la eficacia de un programa educativo. Las subescalas del entorno educativo se correlacionan positivamente con el éxito académico y la satisfacción con los programas educativos.

El entorno educativo es uno de los factores más importantes para determinar el éxito de un plan de estudios eficaz y, posteriormente, el éxito académico de los estudiantes. La calidad del clima educativo afecta la calidad del plan de estudios, la consideración de la enseñanza y el aprendizaje y el desarrollo de los resultados de los estudiantes como profesionales. Un entorno de aprendizaje bueno o eficaz no se limita únicamente a las buenas habilidades de comunicación, el conocimiento, la credibilidad y la preparación del maestro que contribuyen a la excelencia en la enseñanza. Un entorno que mejor prepare a los estudiantes para su futura vida profesional y contribuya a su desarrollo personal y psicosomático, así como al bienestar social, se considera un entorno académico ideal.

Las percepciones de los estudiantes sobre el medio educativo pueden ser una base para implementar modificaciones y así optimizar el entorno educativo. El aprendizaje significativo se correlaciona positivamente con las percepciones de los estudiantes sobre el entorno educativo, lo que tiene un impacto en las experiencias y resultados de aprendizaje de los estudiantes. Influye en cómo, por qué y qué aprenden los estudiantes.

MARCO TEÓRICO

Durante la última década, la educación de especialidad ha sido desafiada repetidamente a proporcionar educación clínica de alta calidad que prepara a los residentes para abordar de manera segura las complejidades de la atención al paciente. La traducción de conocimientos, habilidades y actitudes aprendidas en el hospital en una práctica clínica segura y efectiva se logra mejor a través del aprendizaje experiencial en el entorno de aprendizaje clínico. Los entornos de aprendizaje clínico más facilitativos brindan una amplia oportunidad para el avance de los conocimientos teóricos y el dominio de las habilidades cognitivas y psicomotoras a través del compromiso de los residentes como miembro del equipo de atención médica. ⁽¹⁾

Una misión principal de los programas de capacitación de residencia es proporcionar un entorno de aprendizaje que pueda facilitar el desarrollo seguro de las habilidades clínicas y el conocimiento para preparar a los alumnos para la práctica independiente. El Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado (ACGME) se esfuerza por garantizar un entorno de aprendizaje clínico apropiado a través del proceso de revisión del entorno de aprendizaje clínico. Estas revisiones actualmente evalúan los mecanismos de los programas para promover el bienestar y mitigar el agotamiento y la fatiga. Inherente a esta expectativa no solo para el desarrollo profesional, sino también un compromiso institucional integral para el bienestar del residente. ⁽²⁾

En general, el entorno de aprendizaje clínico se refiere a los entornos de trabajo de la atención médica clínica en los que los estudiantes de atención médica completan sus colocaciones clínicas, que se incluye como parte de los estudios clínicos de su educación en salud. El concepto de colocación clínica se puede definir como aprendizaje que sucede bajo la supervisión de un profesional de una organización de atención médica, que incluye la aplicación de conocimientos teóricos, el desarrollo de habilidades clínicas y la integración de las actividades profesionales. El aprendizaje clínico consiste en dos partes: el entorno de aprendizaje y la supervisión. Los componentes de un buen entorno de aprendizaje clínico incluyen orientación, situaciones de aprendizaje apropiadas y comentarios, la oportunidad

de desarrollo profesional y una cultura de aprendizaje centrada en los estudiantes.
(3)

Desde el año de 1964, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) forma médicos especialistas en las diferentes ramas de la medicina, sin embargo, la formación de especialistas en medicina familiar inició en 1971, fundamentalmente para incrementar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, así como para asegurar una prestación médica humanista y de calidad, Hasta febrero de 2004 se habían formado en el IMSS aproximadamente 14 500 médicos familiares, de los cuales cerca de 50 % desarrolla actividades como médico en consulta externa en el primer nivel de atención, y el otro 50 % se desempeña en urgencias, actividades médico-administrativas como jefe de departamento clínico o en puestos directivos en las delegaciones y en nivel central. (4,5)

Alrededor de 6,000 médicos generales realizan funciones de médico familiar en el primer nivel, por lo que en el 2001 se firmó un convenio con la Universidad Nacional Autónoma de México para instrumentar un curso de especialidad en medicina familiar dirigido a los médicos generales del Instituto en una modalidad de alumnos de posgrado, A partir de marzo de 2002 se desarrolla en el IMSS el primer curso de especialización en medicina familiar en una modalidad de alumnos de posgrado, con duración de tres años, dirigido a médicos de base con antigüedad institucional entre 3 y 20 años y que cuenten con un consultorio con población asignada.

El curso se inició en 57 sedes con 960 alumnos, de los cuales concluyeron el ciclo académico respectivo 43 sedes y 332 alumnos. La deserción se debió a problemas administrativos, situación que fue corregida para el siguiente ciclo (2003 a 2004), en el cual hubo 50 sedes y 296 alumnos. Para el ciclo 2004 a 2005 se incluyeron 77 sedes con 560 alumnos, para un total de 1188 alumnos en los tres grados académicos. (5)

Durante los tres años, el médico debe rotar por servicio hospitalario del segundo nivel de atención, e inclusive en hospitales de tercer nivel, en cada uno de los tres años del programa, así como la realización de actividades clínicas complementarias (guardias), debe realizar actividades de investigación acordes con los servicios clínicos por donde rota, tratando de vincular la docencia, la asistencia

y la investigación; de igual forma, debe llevar a cabo investigaciones bibliográficas y descriptivas. En el tercer año debe presentar el informe final de un trabajo de tesis que le permita graduarse como especialista y obtener el diploma del IMSS y de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El contenido temático del curso es similar al de los residentes de la presencial en medicina familiar, que se desarrolla con actividades de tiempo completo. El referente temático para este curso es el propuesto por el Plan Único de Especialidades Médicas; la diferencia sustancial es que se hace mayor énfasis en la metodología del autoaprendizaje y de la investigación que en el contenido propiamente dicho ^(6,5)

Aprender a través de la experiencia en entornos clínicos es una parte clave de todos los programas profesionales de la salud. El aprendizaje de momento de momento que ocurre a través del compromiso cotidiano en el trabajo está formado por las actividades que se comprometen a los individuos. Eraut señala que tres factores contextuales clave tienen un impacto en el aprendizaje: (i) encuentros y relaciones; (ii) participación individual, y (iii) expectativas de desempeño, incluida la asignación y estructuración del trabajo. La contribución del medio ambiente, particularmente dentro de los lugares de trabajo clínicos, ha sido menos estudiado, pero sea propuesto que la asignación específica del sitio y la estructuración del trabajo y el impacto del entorno físico también pueden contribuir al aprendizaje en el lugar de trabajo. Diversas revisiones de la literatura sobre entornos de aprendizaje en el lugar de trabajo que cubren una gama de programas vocacionales muestran que las definiciones o descriptores de entornos de aprendizaje laboral efectivos son raros. Ha habido un movimiento para ampliar las concepciones de aprender en la educación profesional de la salud para abrazar un enfoque más fuerte en los modelos socioculturales de aprendizaje para explorar cómo se produce el aprendizaje en sistemas dinámicos y fluidos, como los lugares de trabajo clínicos y los equipos clínicos. ⁽⁷⁾

Conocer al “*ambiente académico*” como el producto del ambiente físico, las condiciones de las relaciones interpersonales así, como el estilo de comunicación dominante, de las presiones, factores estresantes, así como del sistema de reconocimientos y sanciones en los espacios educativos, Genn los describe como

“todo aquello que ocurre en la sala de clases, departamento, facultad y escuela de universidad como un todo”, este ambiente educacional afecta el rendimiento y satisfacción de los estudiantes de pre y postgrado ya que influye en su motivación durante el proceso de aprendizaje. ^(8,9)

El tema del entorno de aprendizaje clínico está a la vanguardia de las discusiones de los educadores, los acreditores, las organizaciones educativas y los profesionales de la atención médica, y ha sido un enfoque de los esfuerzos de investigación y mejora en la educación médica. Un entorno de aprendizaje clínico subóptimo se ha asociado con atención adversa del paciente y de los resultados de aprendizaje. El clima actual de los sistemas de salud restringidos financieramente y confirmados ha aumentado la presión y la expectativa de las consecuencias negativas para el bienestar del residente. Las restricciones financieras y las expectativas de productividad clínica han afectado negativamente el tiempo para las actividades educativas y han contribuido a niveles más altos de estrés, agotamiento, despersonalización y agotamiento emocional en los residentes y en sus maestros. Esto, a su vez, ha agregado un efecto negativo en el clima de trabajo y aprendizaje para los residentes y sus capacitadores.

El aprendizaje en un contexto clínico es fundamental en la formación de profesionales de la salud; Simplemente no hay alternativa. La simulación puede preparar a los alumnos para el CLE; Sin embargo, no hay comparación con el aprendizaje que proviene de la gestión de pacientes en un contexto clínico real. Además, muchos sistemas de atención médica confían en el servicio que los residentes proporcionan a los pacientes, y los eliminarlos de las instituciones de enseñanza pueden tener un impacto negativo en la atención al paciente. Un entorno de aprendizaje clínico eficaz y de apoyo es importante para la calidad y la seguridad de la atención al paciente, a la salud y el bienestar de la fuerza laboral médica, y al aprendizaje y la socialización de la práctica clínica. ⁽¹⁰⁾

Elementos clave de los entornos de aprendizaje clínico ⁽¹¹⁾

Elemento	Desafío	Soluciones potenciales
Organización y condiciones de trabajo.	Tensión entre el servicio clínico y el tiempo para el aprendizaje, la reflexión y la consolidación del conocimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar el número y los tipos de pacientes que cubren los alumnos. • Proporcionar tiempo programado y protegido para la reflexión.
Aprendizaje de los supervisores clínicos	Las presiones de tiempo y productividad limitan las interacciones con supervisores clínicos superiores	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar el número y los tipos de pacientes cubiertos por el alumno. • Establecer metas enfocadas, realistas y transparentes para la enseñanza y el aprendizaje en el lugar de trabajo clínico
Gestión e instalaciones	El espacio físico y los flujos de trabajo a menudo priorizan el sistema de atención médica y las necesidades de entrega sobre la capacitación y la educación.	<ul style="list-style-type: none"> • Crear y mantener el espacio físico para actividades de aprendizaje.
Cultura del lugar de trabajo	Los alumnos, los maestros clínicos y el aprendizaje deben ser valorados en el lugar de trabajo clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Además de la productividad clínica, incentivar y recompensar a los supervisores clínicos para la enseñanza de alta calidad.
Desarrollo de supervisores clínicos.	Los supervisores clínicos necesitan las habilidades para enseñar y dar retroalimentación en el lugar de trabajo clínico ocupado	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de desarrollo de la facultad de eficiencia al tiempo. • Adaptación realista de métodos de enseñanza y retroalimentación al lugar de trabajo clínico. • Utilizar observadores

capacitados en varios contextos clínicos.

Supervisión, autonomía y retroalimentación para aprendices en equipos clínicos.	Equilibrar la seguridad, la calidad y la eficiencia del paciente con permitir que los participantes practiquen, tome decisiones, reflexionen y gradualmente obtengan más independencia	<ul style="list-style-type: none">• Desarrollar habilidades de supervisor clínico en supervisión, enseñanza y retroalimentación.• Desarrollar habilidades de aprendiz en la búsqueda y procesamiento de comentarios.• Desarrollar y comunicar un modelo mental compartido sobre los objetivos de aprendizaje en cada lugar de trabajo clínico.
Contenido, evaluación y continuidad de la formación.	Las actividades de capacitación clínica en un lugar de trabajo clínico en particular deben coincidir con los objetivos de la evaluación, y los supervisores deben aplicar evaluaciones y sacar conclusiones adecuadamente	<ul style="list-style-type: none">• Hacer coincidir las evaluaciones con el lugar de trabajo clínico y las habilidades del supervisor.• Capacitar a los supervisores en el uso apropiado de las herramientas de evaluación.• Proporcionar a los supervisores retroalimentación continua sobre cómo están aplicando las evaluaciones.

Motivación y moral	El estrés, el agotamiento y el exceso de trabajo pueden llevar a la fatiga y socavar el trabajo y el aprendizaje en el entorno clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar el número y los tipos de pacientes que cubren los alumnos. • Proporcionar sistemas de respaldo para descargar una carga de trabajo excesiva • Programas de bienestar para apoyar a los aprendices, supervisores y miembros del equipo interprofesional
Tratamiento y soporte de aprendizaje en el lugar de trabajo clínico.	Creación de un ambiente acogedor y respetuoso para los alumnos que carecen de conocimientos, experiencia y relaciones con los clínicos mayores y los miembros del equipo interprofesionales que trabajan regularmente en el lugar de trabajo clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una orientación eficaz al lugar de trabajo clínico. • Desarrollar un modelo mental compartido entre los aprendices, supervisores y miembros del equipo interprofesional sobre la responsabilidad y los roles de los aprendices. • Involucrar a los miembros del equipo interprofesional en el proceso de capacitación.
El papel de los pacientes en el entorno de aprendizaje clínico.	Equilibrar las expectativas de atención de los pacientes con su voluntad de apoyar el aprendizaje de aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los pacientes un aprendizaje de orientación y una supervisión eficaces en el lugar de trabajo clínico. • Brindar oportunidades para que los pacientes / familias proporcionen retroalimentación guiada a los aprendices

Tomado de: Henry D, West DC. The Clinical Learning Environment and Workplace-Based Assessment Frameworks, Strategies, and Implementation. *Pediatr Clin N Am* 2019; 66:839–854

En México el entrenamiento alumnos de posgrado y residentes de medicina familiar correspondiente a las residencias médicas, representa un gran reto tanto académico como con aspectos de otra índole como es la carga de horarios y de trabajo, las tareas administrativas, las actividades que no corresponden estrictamente al médico sino a otras áreas como enfermería o administración como tal y que son asignadas al médico residente o alumno de postgrado, sobre todo al de menor grado, las jerarquías tan marcadas de residentes de grados superiores o médicos adscritos hacia los de menor grado, por tal motivo no es infrecuente que durante todo este proceso el residente se enfrente a situaciones de alto estrés emocional y académico. ⁽⁶⁾

Es precisamente el hecho de que estas actitudes sean consideradas “normales” o “necesarias” por parte de los residentes, ya que no reportan el abuso, de hecho, hasta antes de 1980 no se contaba con registro de ningún tipo de queja de esta índole, fue hasta 1991, que Baldwin estudió por primera vez la “percepción de maltrato” en diez escuelas de medicina de Estados Unidos en la cual se reportó un 96% de maltrato siendo la humillación el tipo de maltrato más frecuente. ⁽¹²⁾

En el caso en ambientes educativos (bullying) que en términos de habla hispana corresponde al acoso, o al maltrato laboral, un término denominado en habla inglesa como mobbing, es una conducta que ha ido en aumento en México, y definiremos para esto algunos conceptos:

- Abuso: Todo acto de lastimar intencionalmente a cualquier persona, ya sea de manera física o emocional; esto se caracteriza por la intención de agredir, además de que el comportamiento agresor es repetitivo, hay desbalance de poder, así como la indefensión y ausencia de provocación por parte de la víctima. ⁽¹³⁾
- Bullying: La Asociación Británica de Medicina lo define como “el comportamiento persistente hacia un individuo, que consiste en ser intimidante, degradante, ofensivo o malicioso y que deteriora la confianza y autoestima del receptor” ⁽¹⁴⁾

- Acoso Docente: El maltrato psicológico ejercido por profesores en contra de los alumnos, ya sea directamente o por omisión, en este último incurren los profesores y las autoridades que son testigos pasivos. ⁽¹⁵⁾
- Mobbing (Acoso Laboral): Se le conoce así a la práctica de asediar, acosar o acorralar en grupo en el lugar de trabajo. ^(13,15)

Por lo que, en las residencias médicas estas conductas son más frecuentes, por lo tanto los médicos que se encuentran en formación, para lograr el grado académico de especialista, son sometidos a mucho estrés, aparte de lo académico, sino que también se extiende a otras áreas como la adaptación, afectividad y el autoestima etc., por lo que en muchas ocasiones la salud física, como mental se ve afectada, y esto puede llevar resultados negativos como la poca motivación, renunciaciones o afectar la relación médico – paciente. ^(16,14)

Asimismo el acoso docente es un tipo de maltrato psicológico, debido a la intencionalidad de hacer daño a la persona, cuando este es recurrente podemos llamarlo acoso psicológico con gran potencial de convertirse en acoso laboral, de la misma forma, quien ejerce el acoso logra que otros individuos se sumen a esta práctica, este maltrato psicológico se basa en una comunicación hostil y deshonesto al inferir en algunas ocasiones en mentiras o manipulaciones ya que se exageran errores mínimos o los llegan a culpar de cualquier error y de todo lo que salga mal. ⁽¹⁵⁾

Por otra parte estudios diversos mencionan, la prevalencia de maltrato oscila entre el 60 y 95%, esto existe ya desde hace varias décadas, sin embargo se ha “normalizado” la conducta por parte de los propios residentes, y esta “naturalización” ha llevado a crear el concepto de que la violencia es inherente a la formación del médico, se ha observado también que esta percepción de maltrato se relaciona de manera inversa a la percepción de aprendizaje, es por esto que surge la duda de aceptar como un hecho de que si no existe la violencia no se aprende ya que se ha visto que sucede todo lo contrario, y aunque un gran porcentaje de alumnos de postgrado y médicos residentes en medicina familiar han renunciado como consecuencia de esta mala experiencia académica. ^(14,17)

A pesar de que se ve dañada su salud mental del residente, al ser sometido a tal violencia, sin embargo su salud física también sufre de complicaciones a corto y

largo plazo, esto lo podemos analizar al observar la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos de diferentes especialidades, este síndrome se caracteriza por un agotamiento profesional que conlleva a una pérdida de la motivación, sentimientos de inadecuación y fracaso, cansancio emocional, despersonalización y bajo rendimiento en el trabajo, un adulto que se ve sometido a tal acoso es más probable que desarrolle depresión y problemas cardiovasculares así como encontrar mayor ausentismo de sus actividades laborales. ^(12,18)

A pesar del acoso no solo se desarrolla de forma psicológica sino que alcanza también expresiones de violencia física, tales como empujones, golpes, acoso sexual, gritos etc., señalando a los principales agresores como a los residentes de mayor rango, seguidos por jefes de residentes, médicos de base, jefes de servicio y enfermeros, destaca entonces la contrariedad de que el residente al alcanzar un grado superior somete al de menor grado o jerarquía, al mismo tiempo el, maltrato del que fue víctima e incluso lo lleva a cabo en niveles superiores, esto bajo el pensamiento de que solo así funcionan las cosas. ⁽¹⁴⁾

Por lo que todo este cúmulo de factores puede llevar a que el alumno de postgrado y/o residente tenga un pobre desempeño laboral, al sentir que ya no puede dar más de sí mismo, en el sentido académico y afectivo, de hecho lo toma como una mala percepción del ambiente educativo en el que se desenvuelven. Y en este aspecto se han desarrollado varias investigaciones que buscan identificar la percepción en ambientes educacionales. ^(13,17)

De la misma manera esta perspectiva de los ambientes educativos tiene una influencia vital en los resultados educativos a corto y largo plazo; existe un consenso entre los educadores médicos que los efectos del entorno educativo y son determinantes, de las actitudes, conocimientos, habilidades y progresión de la conducta de los alumnos de medicina. ^(18, 19, 20)

De hecho el proceso de un buen aprendizaje debe estar basado en un equilibrio entre un adecuado clima académico y social, por lo que, así mismo podemos dividir a los factores influyentes en dos grupos, el primero estaría conformado por el estilo curricular, la calidad y claridad en los procesos de enseñanza, los métodos de evaluación y los resultados que estos arrojan, los mecanismos de apoyo para el aprendizaje, mientras tanto el segundo grupo de factores se relaciona con el

entusiasmo, los estilos o técnicas de enseñanza, el ambiente físico etc., todo esto se conjunta en la motivación del alumno hacia el aprendizaje, en el caso de las residencias médicas se ha observado, el ambiente académico, es percibido como malo u hostil y que lleva a una mala calidad de atención hacia los pacientes. (16, 14, 21)

Es evidente que los entornos laborales tradicionales pocos reflexivos, no sólo contribuyen al pobre desarrollo de aptitudes en los alumnos de postgrado de medicina, sino que pueden ser fuentes de conflictos entre sus integrantes, por lo cual nos lleva a redefinir sus características para que contribuyan a generar un ambiente propicio para una reflexión y de bienestar para el alumno, de hecho esto se vea reflejado con un mayor grado de calidad de los servicios prestados, ya que en ambientes adversos se genera una serie de problemas académicos, interpersonales y de formas de convivencia, entre los que participan: profesores, autoridades académicas e institucionales, que finalmente se ve reflejado en la calidad de atención como un producto final, de la misma forma el término facilitación social se centra al cambio en la conducta de los alumnos de postgrado conforme a su sentido de pertenencia , de esta manera puede despertar en el alumno motivación y competencia o por otra parte ansiedad y cuadros de depresión que finalmente afectaran la calidad de atención que le otorgará al paciente. (22,23, 24,25)

Las evidencias de un ambiente adverso, suele vincularse con la aparición de síntomas y agresiones tanto físicas o verbales y en consecuencia, sentimientos depresivos y el desinterés del curso y que pueda provocar la negatividad y el aprendizaje profesional en el ámbito académico. (26)

Ya que la educación recibida en un ambiente de maltratos reduce la capacidad de la educación médica, y afecta la calidad de la atención de los pacientes a largo plazo debido a que los residentes ejercerán como especialistas durante toda su carrera profesional, su desempeño se verá afectado al no haber podido llegar a su máximo potencial de aprendizaje, lo cual es importante en un país como el nuestro, que tiene una alta demanda de atención de salud y que por lo tanto requiere una optimización de los recursos económicos y humanos. (20, 24, 27)

La mayoría de investigaciones sobre ambientes educativos se centran en la percepción de la violencia que se ejerce sobre los alumnos de postgrado y médicos residentes ya que existe un gran número de investigaciones, de que los médicos tienen una percepción muy mala de su entorno, en especial en lo que se refiere a los abusos y violación de derechos, éstas investigaciones también señalan que los alumnos perciben como problemática al docente, ya que en muchas ocasiones estos tienden a ser autoritarios y crear un ambiente poco propicio a la reflexión, el debate y el ejercicio de la crítica. ^(8, 13, 28, 29)

Sin embargo, la experiencia ha demostrado que, a pesar de los esfuerzos que se realizan y lo mucho que se publica, todavía se presentan dificultades en el empeño de evaluar y garantizar la calidad de la atención médica continua. ⁽¹⁸⁾

Finalmente, y basado en evidencias, se deben buscar ambientes donde converjan e interactúen condiciones y circunstancias intra y extra aula que propicien una labor educativa cualitativamente diferente y de gran alcance, y que permitan al alumno de postgrado participar de manera autónoma en la elaboración de su propio conocimiento a partir de la crítica de su experiencia, refinando continuamente sus aptitudes y alejándose de prácticas rutinarias carentes de sentido. ^(19, 5)

JUSTIFICACIÓN

En medicina el aprendizaje se desarrolla no solo en aulas sino en campos clínicos como rotaciones hospitalarias en la que los alumnos de postgrado y residentes también se desenvuelven otorgando actividades de atención a los pacientes, por lo tanto la evaluación de estos ambientes académicos debe tomar en cuenta estas dos áreas.

Estos ambientes académicos pueden ser favorables al propiciar el aprendizaje del alumno a través de proporcionarles las herramientas necesarias para la adquisición de nuevas habilidades y destrezas, favoreciendo la supervisión constante de la práctica clínica así como estableciendo buenas relaciones entre profesores y alumnos, los ambientes académicos desfavorables dejan poco espacio a lo educativo, suelen ser pasivos y llenos de contradicciones, no exentos de violencia y privaciones.

La formación en medicina familiar, en algunos de los artículos publicados menciona que mala percepción de un ambiente educativo impacta de forma directa en la salud mental, en la salud física, en el área emocional y en el desempeño de los residentes, provocando síndrome de burnout, depresión, trastorno de ansiedad generalizado y en algunos casos suicidio, por lo que mediante este trabajo de investigación se busca conocer la percepción del ambiente educativo de los alumnos y residentes de medicina familiar para de esta forma buscar nuevas áreas de mejora y el desarrollo de nuevas estrategias que propicien un ambiente educativo enriquecedor, además de que se dispone de los recursos necesarios para el desarrollo de la presente investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La formación de los médicos en particular desde el punto de vista académico ya que combina diferentes áreas constructoras del conocimiento como aulas y entornos clínicos, así como se ven involucrados múltiples espacios físicos, personas relacionadas y funciones específicas según el momento del proceso formativo, por otra parte existen dos cursos de formación que implican una misma currícula universitaria sin embargo el alumno es diferente uno forma ya parte de la institución de salud y el otro solo obtiene desde el punto de vista laboral una contratación eventual que cubre sus años de formación; de tal motivo que la percepción suele ser diferente ya que el alumno que ya parte del instituto llega a tener a tener más claridad de las necesidades a subsanar dentro de su formación para tener un mejor desempeño y suele tener expectativas más elevadas y suelen ser más críticos de la operacionalización y de los ambientes

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Por lo anterior se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción del ambiente académico en alumnos de posgrado de medicina familiar en sus dos modalidades de formación?

OBJETIVO

GENERAL

- **Determinar la percepción del ambiente académico en alumnos de postgrado de medicina familiar en sus dos modalidades de formación.**

ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de percepción del ambiente académico en alumnos de postgrado de medicina familiar en sus dos modalidades de formación
- Comparar la diferencia de la percepción del ambiente educativo por grado académico de medicina familiar en sus dos modalidades de formación.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hipótesis nula

H0: La percepción de los ambientes educativos es igual en ambos cursos de formación en medicina familiar.

Hipótesis alterna

H1: La percepción de los ambientes educativos es mejor en el curso presencial de formación en medicina familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Características de donde se realizó el estudio: El estudio se realizó en la UMF-5.

Diseño de estudio: No experimental

De acuerdo al grado de control de la variable: Observacional

De acuerdo al objetivo que se busca: Analítico.

De acuerdo al momento en que se obtendrá o evaluarán los datos: Prolectivo.

De acuerdo al número de veces que se miden las variables: Transversal

Universo de trabajo: Residentes de medicina familiar con sede en la UMF-20, UMF-23 y UMF-02.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión.

- Los residentes y alumnos de postgrado del curso de especialización de medicina familiar de ambos cursos de formación Ciudad de México, que aceptaron participar en el estudio.
- Residentes y alumnos de postgrado que tuvieron más de 2 meses de haber ingresado a la especialidad

Criterios de exclusión:

- Residentes en servicio social (rotación de campo)
- Residentes y/o alumnos de postgrado, que se encontraron ausentes de la sede por motivos de incapacidad

Criterios de eliminación.

- Que no llenaron adecuadamente los instrumentos de medición o escalas.
- Que retiraron su consentimiento informado

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Por medio de un muestreo no probabilístico se conformó una muestra de estudio de 81 residentes que cumplieron con los criterios de selección.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable dependiente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Percepción del ambiente académico	Interpretación del médico residente sobre las manifestaciones y conceptualizaciones del producto del ambiente físico, de las relaciones interpersonales, de los factores estresantes y del sistema de reconocimientos y sanciones, así como culturales, que influye en la motivación de los estudiantes, en la disposición hacia el estudio y en el rendimiento académico.	Se considerará al ambiente académico en 4 categorías según el puntaje obtenido en el PHEEM (Postgraduate Hospital Educational Environment Measure) 1: Ambiente Educativo Muy Pobre 0-40 puntos 2: Ambiente Educacional con Muchos Problemas 41-80 puntos 3: Ambiente Educacional más Positivo que Negativo pero con Espacio para Mejorar 81-120 puntos 4: Ambiente Educacional Excelente 121-160 puntos.	Cualitativa	Ordinal

Independientes

Variable	Definición	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años cumplidos	Cuantitativa	Discreta
Sexo	Condición orgánica que distingue a los	1.-Hombre 2.-Mujer	Cualitativa	Dicotómica

	machos de las hembras			
Estado Civil	Situación personal en que se encuentra una persona en relación con otra	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión Libre 4.- Viudo 5.-Divorciado	Cualitativa	Politómica
Grado de Residencia Médica	Se refiere al grado académico que se encuentre cursando durante la residencia médica	1.- Primero 2.- Segundo 3.- Tercero	Cualitativa	Ordinal

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Primeramente, se conformó la muestra de estudio de acuerdo a los criterios de selección de la muestra, a los residentes incluidos se les solicitó amablemente su participación en el estudio previa explicación de la intervención y firma de consentimiento informado; posteriormente les fue aplicada una entrevista con datos demográficos y el instrumento PHEEM. Los datos fueron capturados en la hoja de recolección de datos (Anexo) y luego fueron capturadas en el programa estadístico IBM SPSS en su versión 25 para Windows para realizar los cálculos descriptivos e inferenciales; posteriormente los resultados fueron sometidos a discusión y finalmente las conclusiones del estudio.

INSTRUMENTO

El instrumento PHEEM original en inglés consta de 40 ítems, 36 afirmaciones positivas y 4 negativas en una escala de "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo", puntuadas de 0 a 4 en una escala Likert de cinco puntos (después de revertir las negativas), agrupadas en tres subescalas para las percepciones de autonomía de roles, enseñanza y apoyo social. ⁽³⁰⁾

La subescala de autonomía se compone de los ítems 1, 4, 5, 8, 9, 11, 14, 17, 18, 29, 30, 32, 34 y 40. La subescala de enseñanza se compone de los ítems 2, 3, 6, 10, 12, 15, 21, 22, 23, 27, 28,31, 33, 37, 39. La subescala de soporte social se compone de los ítems 7, 13, 16,19, 20, 24, 25, 26, 35, 36 y 38. ⁽³¹⁾

El cuestionario PHEEM tuvo un alfa de Cronbach de 0.89 en el primer ensayo y 0.91 en el segundo ensayo. Cada uno de los 3 dominios también tiene un alfa de Cronbach superior a 0.60. ⁽³²⁾

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estadística descriptiva:

- Para datos generales y demográficos, reporte de medias y desviación estándar.

Estadística inferencial

- Para comparación de medias entre grupos de modalidad de enseñanza se utilizó la prueba T de Student
- Para comparación de medias entre grupos de año de residencia se utilizó ANOVA de un factor
- En caso de tener curva no normal, se realizó la prueba de Kruskal Wallis
- Para la comparación de porcentajes entre grupos independientes: Se utilizó la X^2 o U de Mann Whitney (diferentes grados de residencia, género y los niveles de la escala de evaluación)
- Se consideró a una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

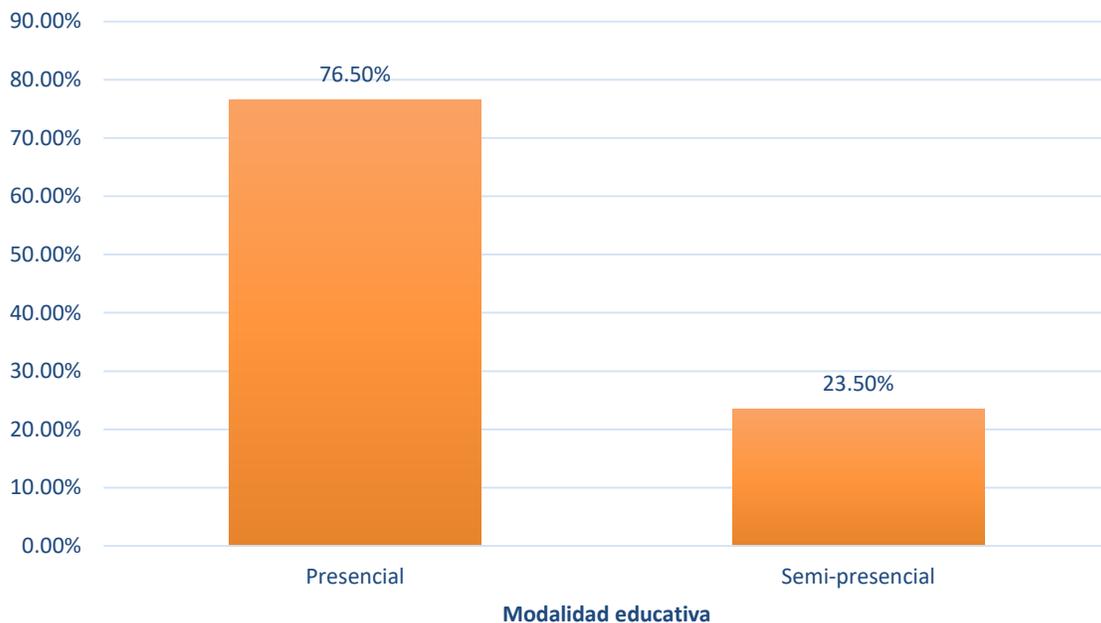
RESULTADOS

A. Análisis descriptivo de la población general

Cuadro 1: Distribución de la modalidad educativa en la población de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Presencial	62	76.5
Alumnos de posgrado	19	23.5
Total	81	100

Gráfica 1: Distribución del hospital de procedencia en la población de estudio

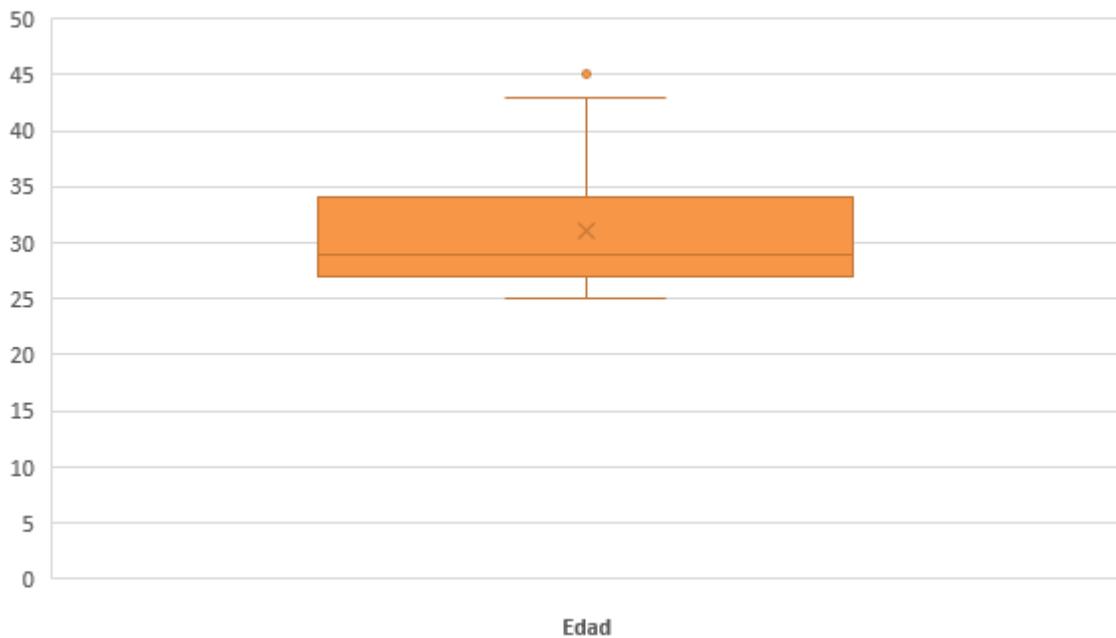


La modalidad educativa más frecuente fue presencial representando el 76.5%, mientras que la modalidad de alumnos de posgrado representó el 23.5%.

Cuadro 2: Análisis descriptivo de la edad de la población de estudio

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	81	25	53	31.60	5.65

Gráfica 2: Análisis descriptivo de la edad de la población de estudio

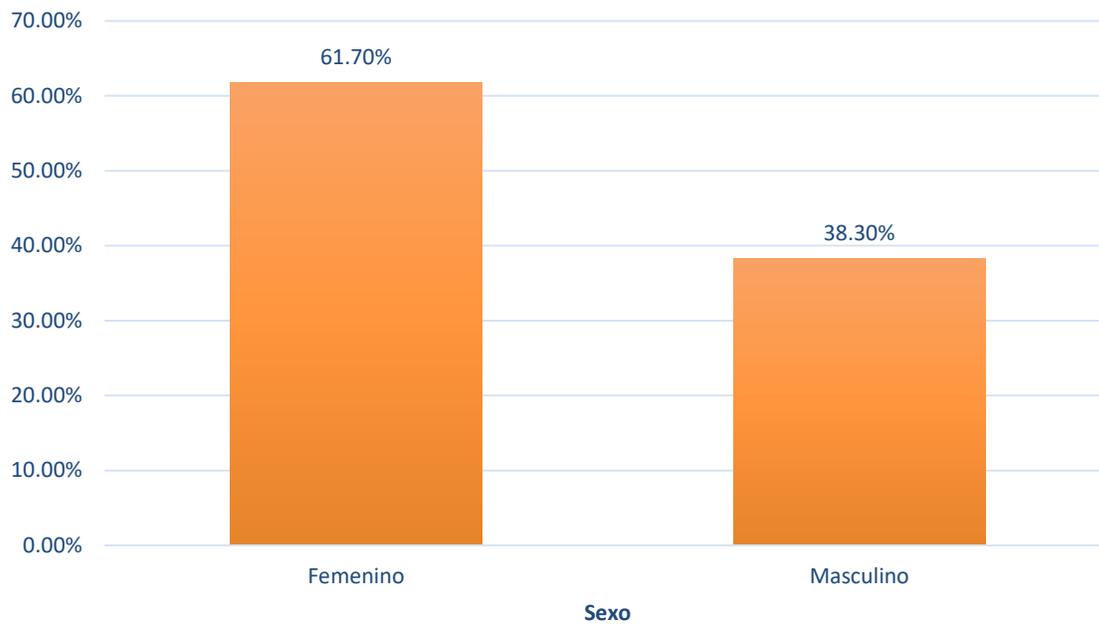


La edad tuvo una media de 31.60 ± 5.65 años, con un mínimo de 25 años y un máximo de 53 años.

Cuadro 3: Distribución del sexo en la población de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	50	61.7
Masculino	31	38.3
Total	81	100

Gráfica 3: Distribución del sexo en la población de estudio

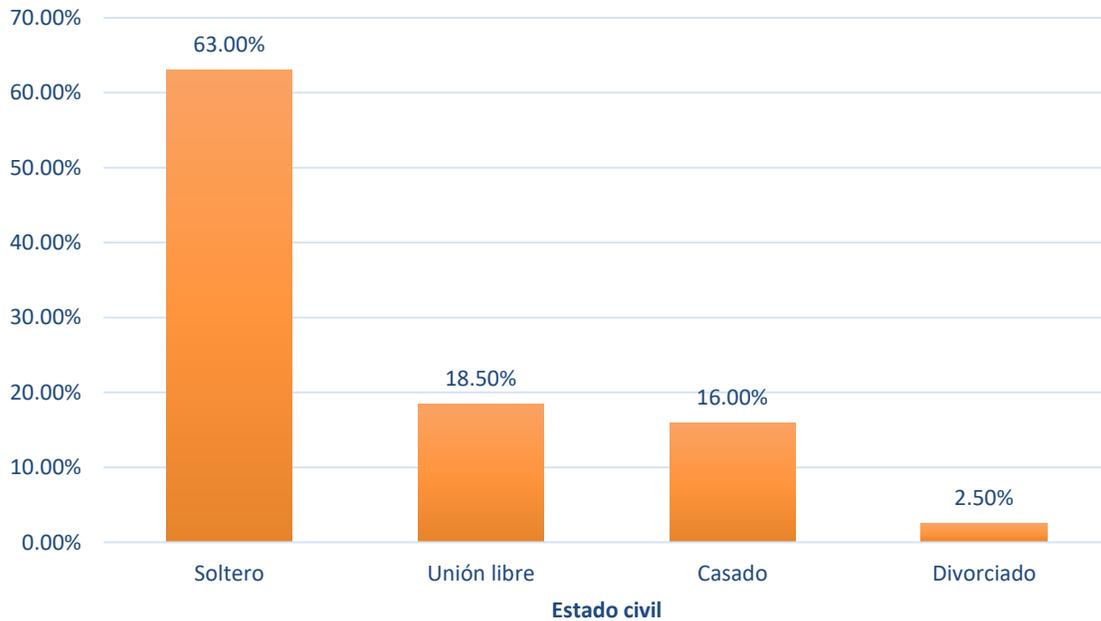


El sexo más prevalente fue el femenino representando el 61.7%, mientras que los hombres representaron el 38.3%.

Cuadro 4: Distribución del estado civil en la población de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	51	63
Unión libre	15	18.5
Casado	13	16
Divorciado	2	2.5
Total	81	100

Gráfica 4: Distribución del estado civil en la población de estudio

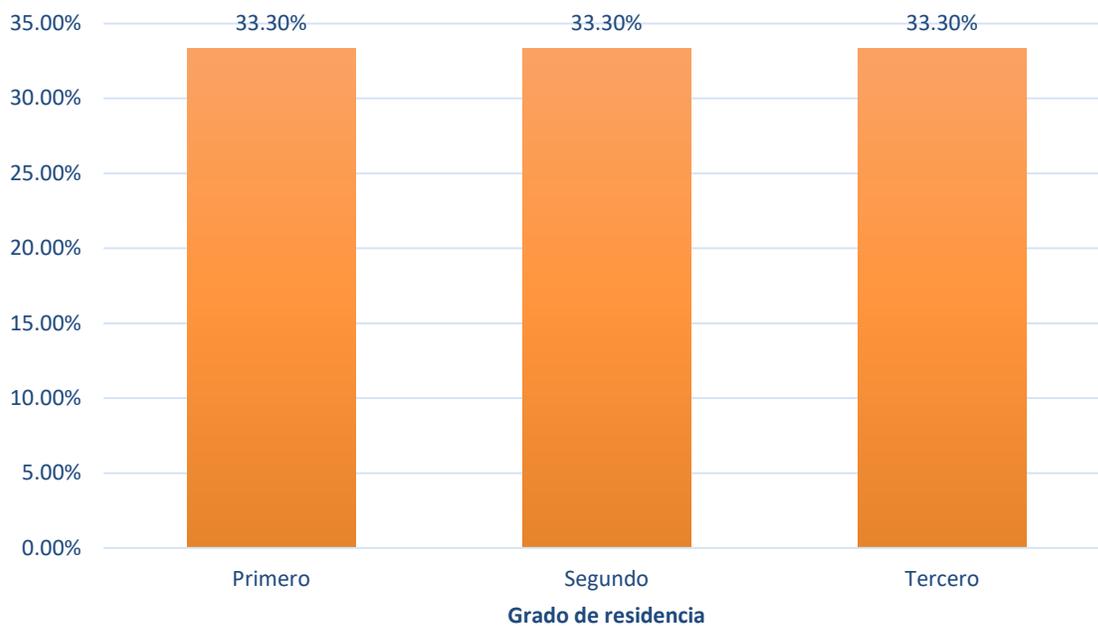


El estado civil más frecuente fue el de soltero representando el 63.0%, seguido de unión libre representando el 18.5%, casado representando el 16.0%, y por último divorciado representando el 2.5%.

Cuadro 5: Distribución del grado de residencia en la población de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Primero	27	33.3
Segundo	27	33.3
Tercero	27	33.3
Total	81	100

Gráfica 5: Distribución del grado de residencia en la población de estudio

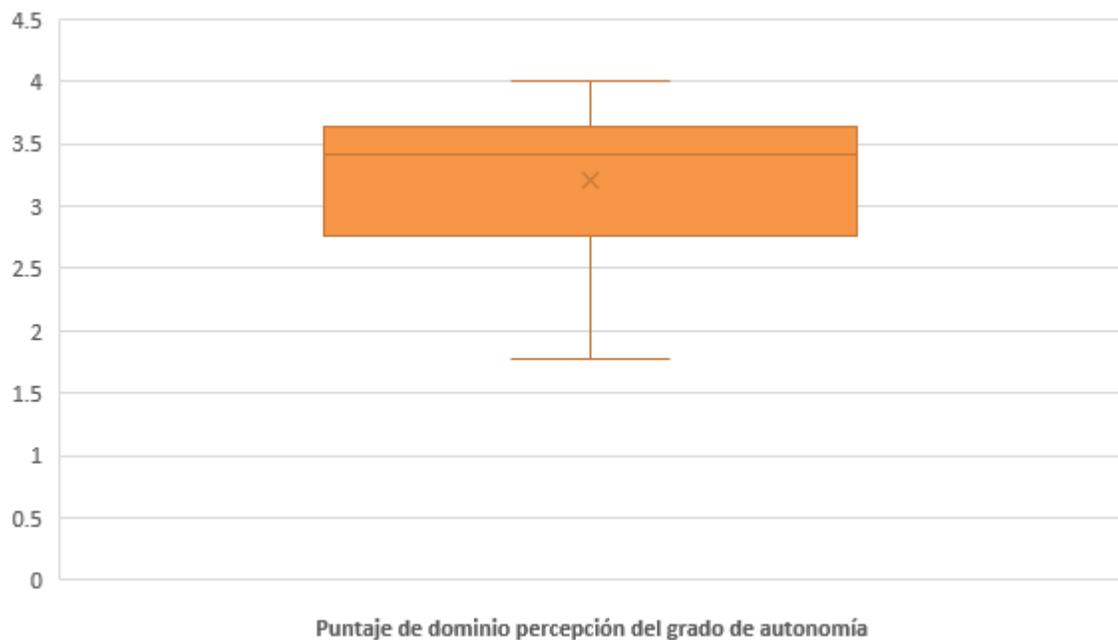


El grado de residencia mostró igualdad en los diferentes grados de residencia: cada uno de ellos representó el 33.3%.

Cuadro 6: Análisis descriptivo del puntaje de dominio percepción del grado de autonomía de la población de estudio

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje de dominio percepción del grado de autonomía	81	13	52	43.16	7.914

Gráfica 6: Análisis descriptivo del puntaje de dominio percepción del grado de autonomía de la población de estudio

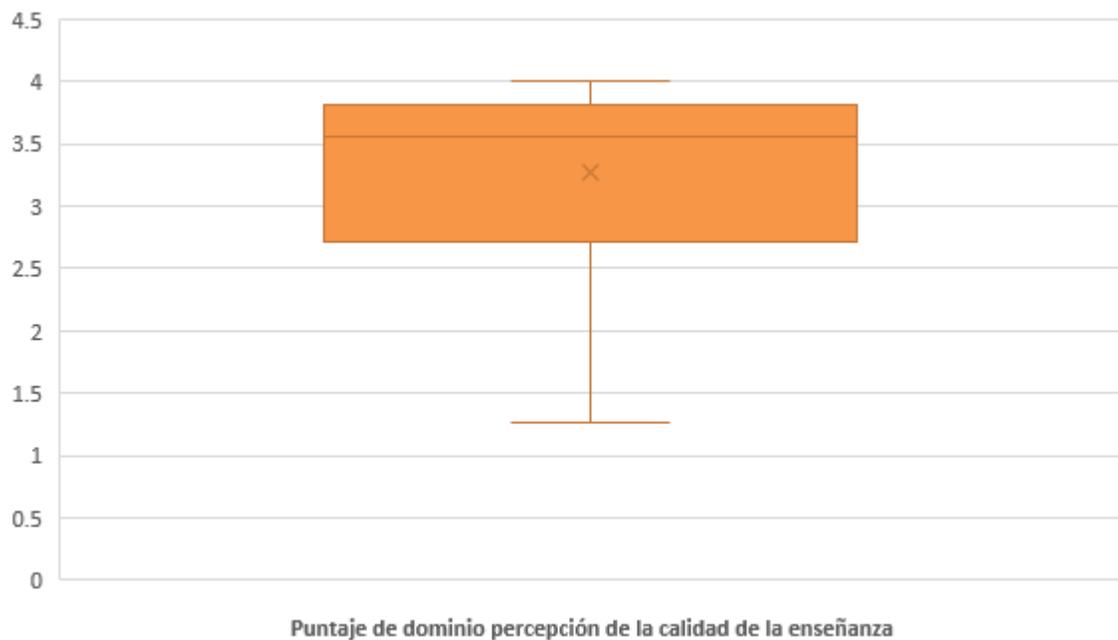


El puntaje del dominio percepción del grado de autonomía tuvo una media de 43.16 ± 7.91 puntos, con un mínimo de 13 puntos y un máximo de 52 puntos.

Cuadro 7: Análisis descriptivo del puntaje de dominio percepción de la calidad de la enseñanza de la población de estudio

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje de dominio percepción de la calidad de la enseñanza	81	15	60	50.05	10.151

Gráfica 7: Análisis descriptivo del puntaje de dominio percepción de la calidad de la enseñanza de la población de estudio

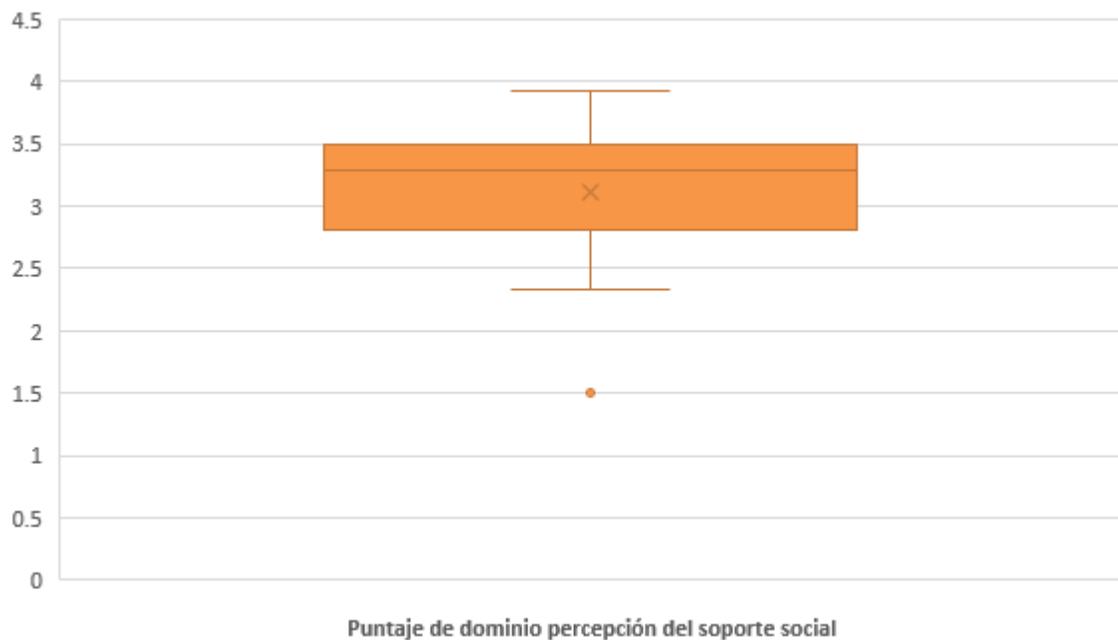


El puntaje del dominio percepción de la calidad de la enseñanza tuvo una media de 50.05 ± 10.15 puntos, con un mínimo de 15 puntos y un máximo de 60 puntos.

Cuadro 8: Análisis descriptivo del puntaje de dominio percepción del soporte social de la población de estudio

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje de dominio percepción del soporte social	81	12	48	38.01	7.162

Gráfica 8: Análisis descriptivo del puntaje de dominio percepción del soporte social de la población de estudio

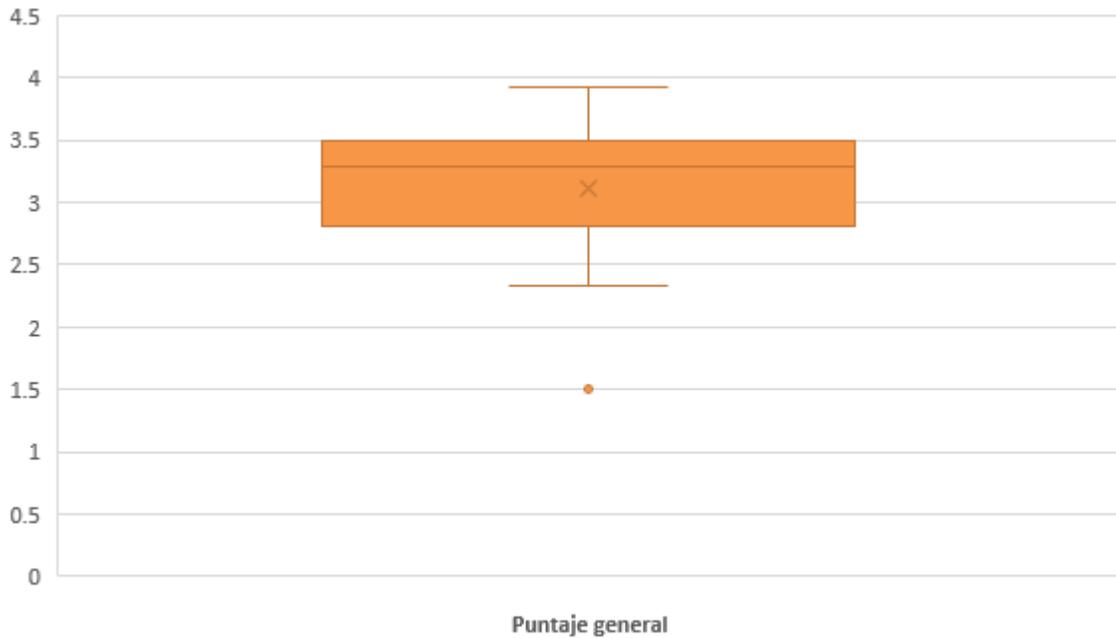


El puntaje del dominio percepción de la calidad de la enseñanza tuvo una media de 38.01 ± 7.16 puntos, con un mínimo de 12 puntos y un máximo de 48 puntos.

Cuadro 9: Análisis descriptivo del puntaje general de la población de estudio

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje general	81	40	160	131.22	24.488

Gráfica 9: Análisis descriptivo del puntaje general de la población de estudio

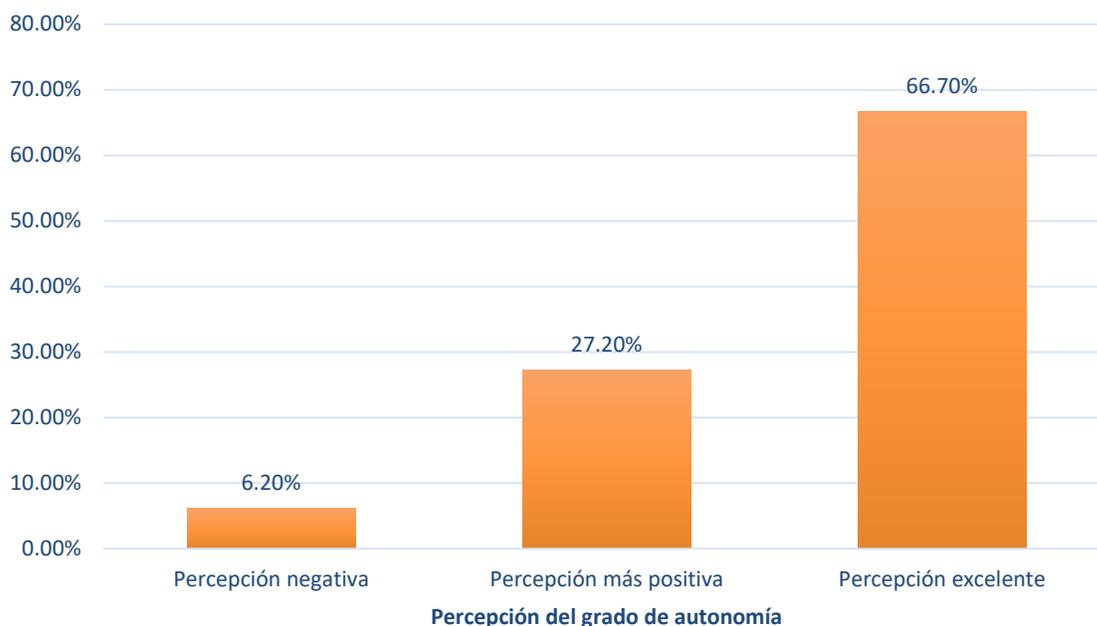


El puntaje general tuvo una media de 131.22 ± 24.48 puntos, con un mínimo de 40 puntos y un máximo de 160 puntos.

Cuadro 10: Distribución de la categoría de percepción del grado de autonomía en la población de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Percepción negativa	5	6.2
Percepción más positiva	22	27.2
Percepción excelente	54	66.7
Total	81	100

Gráfica 10: Distribución de la categoría de percepción del grado de autonomía en la población de estudio

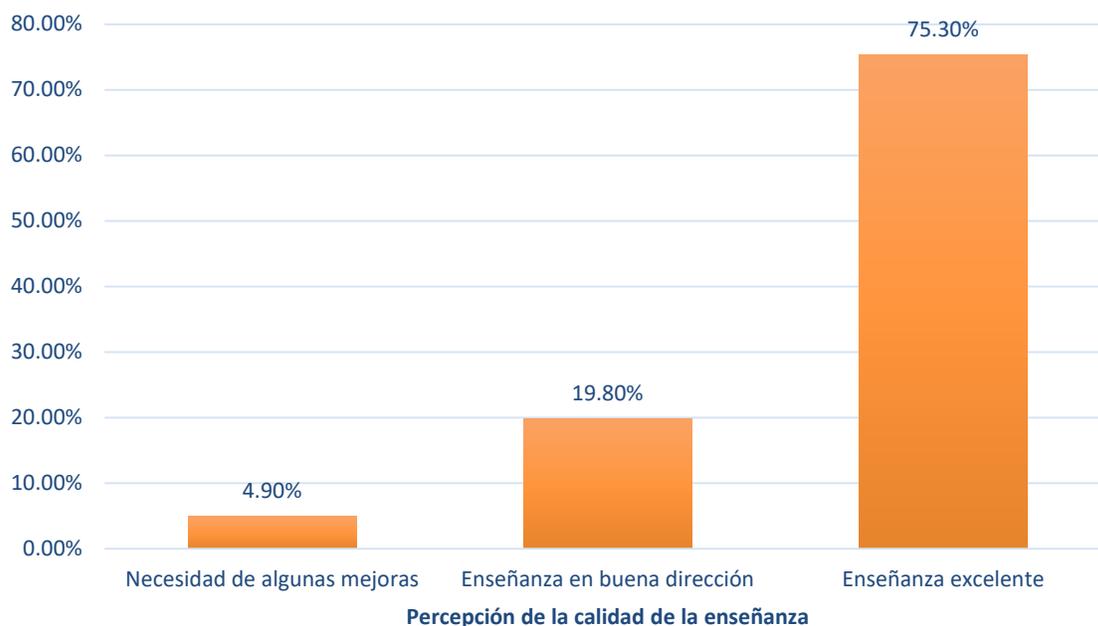


La categoría de percepción del grado de autonomía más prevalente fue percepción excelente representando el 66.7%, seguido de percepción más positiva representando el 27.2%, y por último percepción negativa representando el 6.2%.

Cuadro 11: Distribución de la categoría de percepción de la calidad de la enseñanza en la población de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Necesidad de algunas mejoras	4	4.9
Enseñanza en buena dirección	16	19.8
Enseñanza excelente	61	75.3
Total	81	100

Gráfica 11: Distribución de la categoría de percepción de la calidad de la enseñanza en la población de estudio

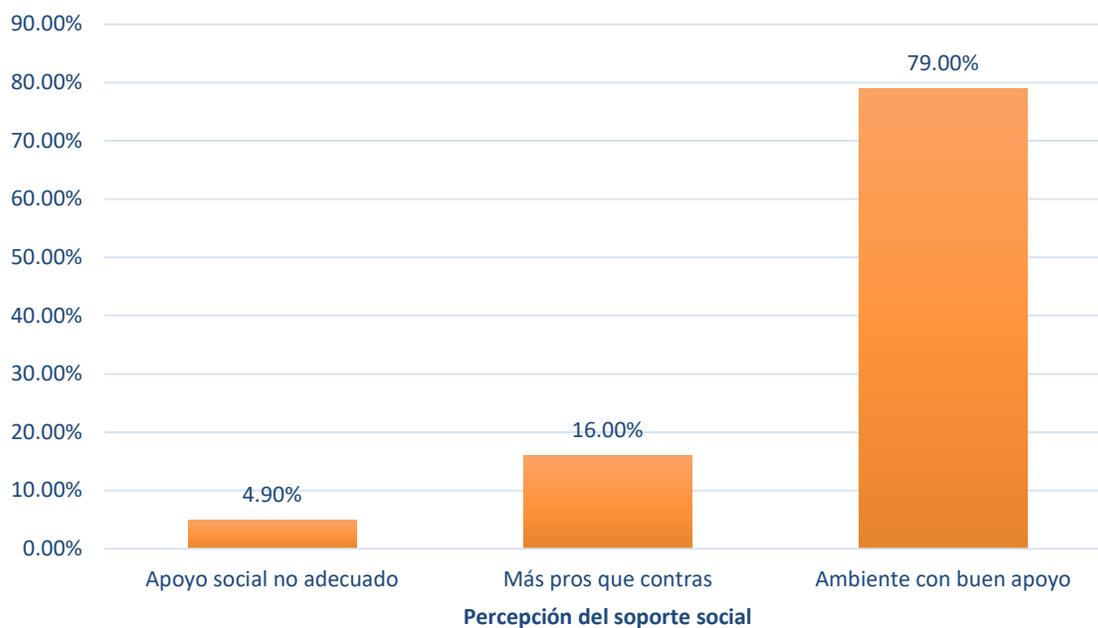


La categoría de percepción de la calidad de la enseñanza más prevalente fue enseñanza excelente representando el 75.3%, seguido de enseñanza en buena dirección representando el 19.8%, y por último necesidad de algunas mejoras representando el 4.9%.

Cuadro 12: Distribución de la categoría de percepción del soporte social en la población de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo social no adecuado	4	4.9
Más pros que contras	13	16.0
Ambiente con buen apoyo	64	79.0
Total	81	100

Gráfica 12: Distribución de la categoría de percepción del soporte social en la población de estudio

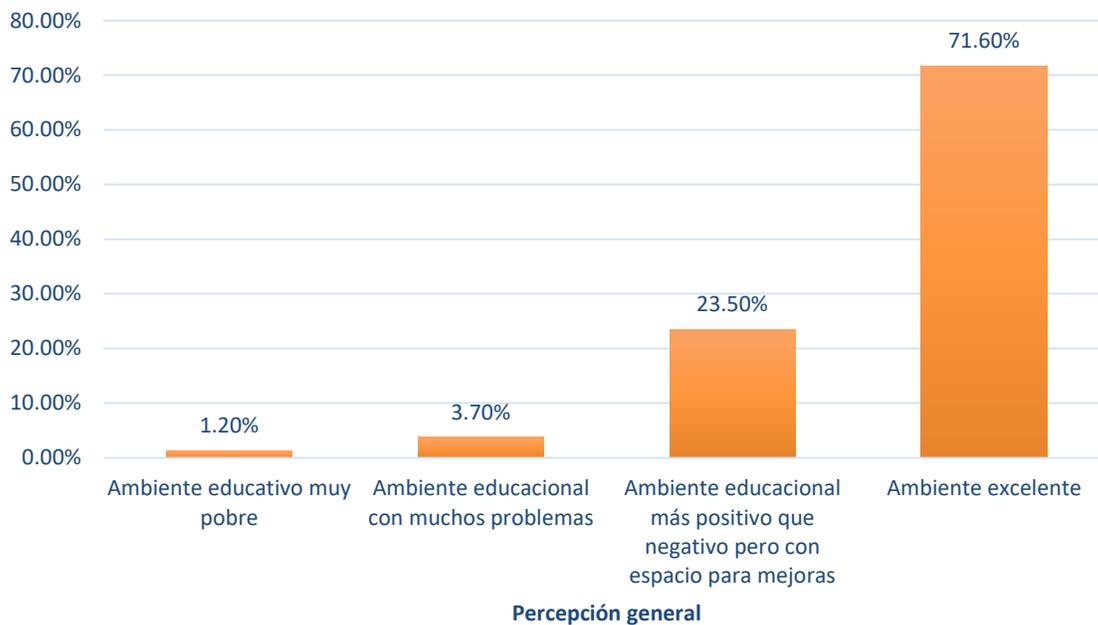


La categoría de percepción del soporte social más prevalente fue ambiente con buen apoyo representando el 79.0%, seguido de más pros que contras representando el 16.0%, y por último apoyo social no adecuado representando el 4.9%.

Cuadro 13: Distribución de la categoría de percepción general del ambiente educativo en la población de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Ambiente educativo muy pobre	1	1.2
Ambiente educacional con muchos problemas	3	3.7
Ambiente educacional más positivo que negativo pero con espacio para mejoras	19	23.5
Ambiente excelente	58	71.6
Total	81	100

Gráfica 13: Distribución de la categoría de percepción general del ambiente educativo en la población de estudio



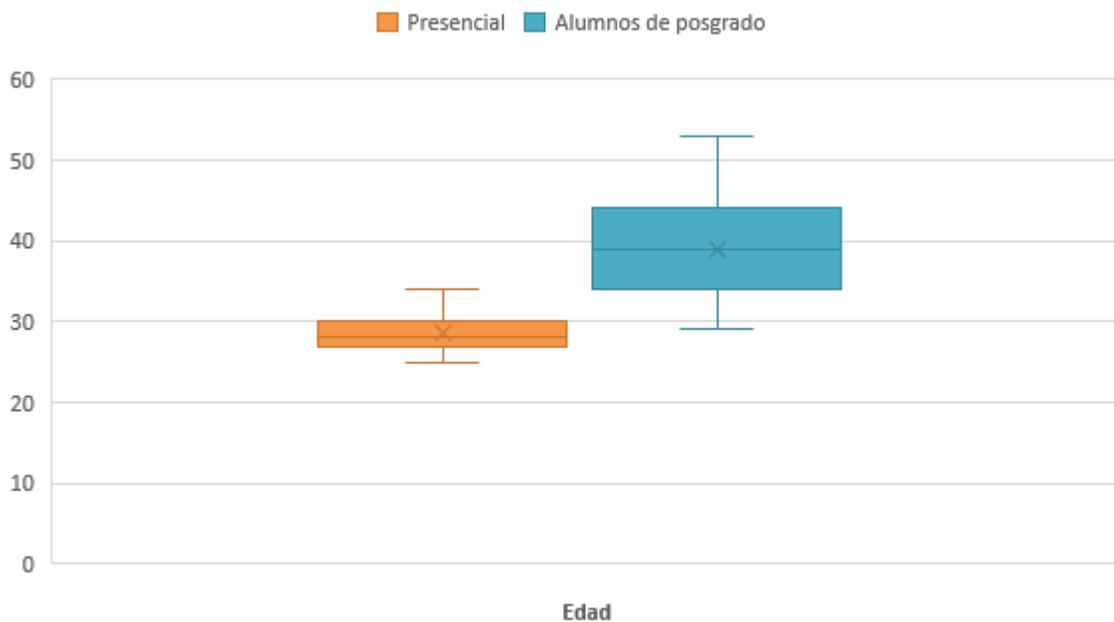
La categoría de percepción general más prevalente fue ambiente excelente representando el 71.6%, seguido de ambiente educacional más positivo que negativo pero con espacio para mejoras representando el 23.5%, seguido de ambiente educacional con muchos problemas representando el 3.7%, y por último ambiente educativo muy pobre representando el 1.2%.

B. Análisis descriptivo por modalidad educativa

Cuadro 14: Comparativo de estadísticos de la edad por modalidad educativa

	Presencial		Alumnos de posgrado		Valor p
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Edad	29.32	2.75	39.05	6.34	0.000

Gráfica 14: Comparativo de estadísticos de la edad por modalidad educativa

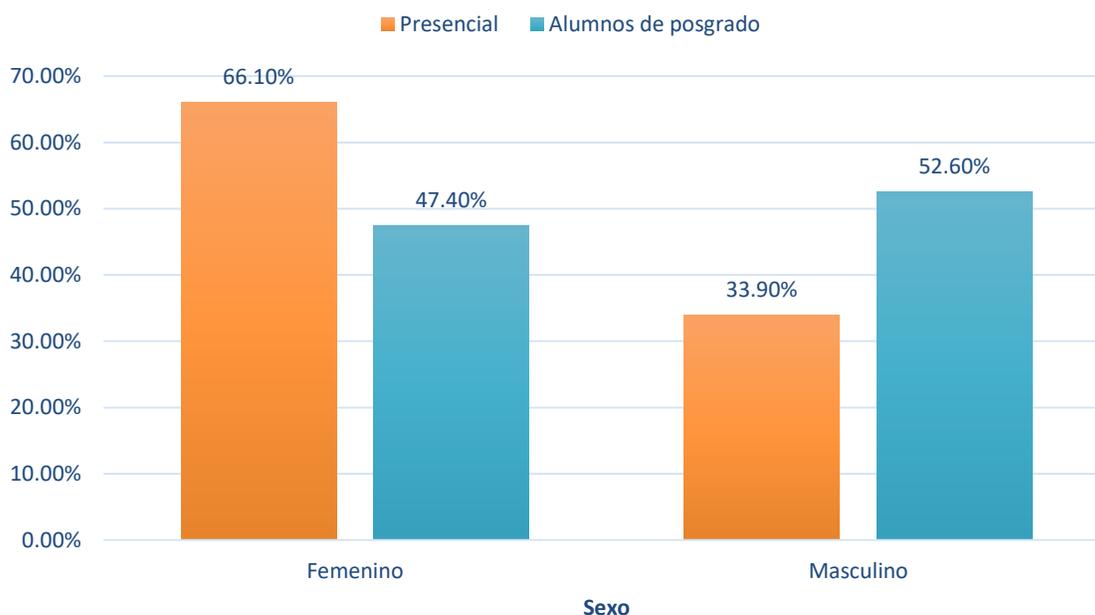


La edad media para los residentes de la modalidad presencial fue de 29.32 ± 2.75 años, para la modalidad de alumnos de posgrado fue de 39.05 ± 6.34 años, mostrándose estadísticamente significativa la diferencia ($p=0.000$).

Cuadro 15: Comparativo del sexo por modalidad educativa

	Presencial		Alumnos de posgrado		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Femenino	41	66.1	9	47.4	0.144
Masculino	21	33.9	10	52.6	
Total	62	100	19	100	

Gráfica 15: Comparativo del sexo por modalidad educativa

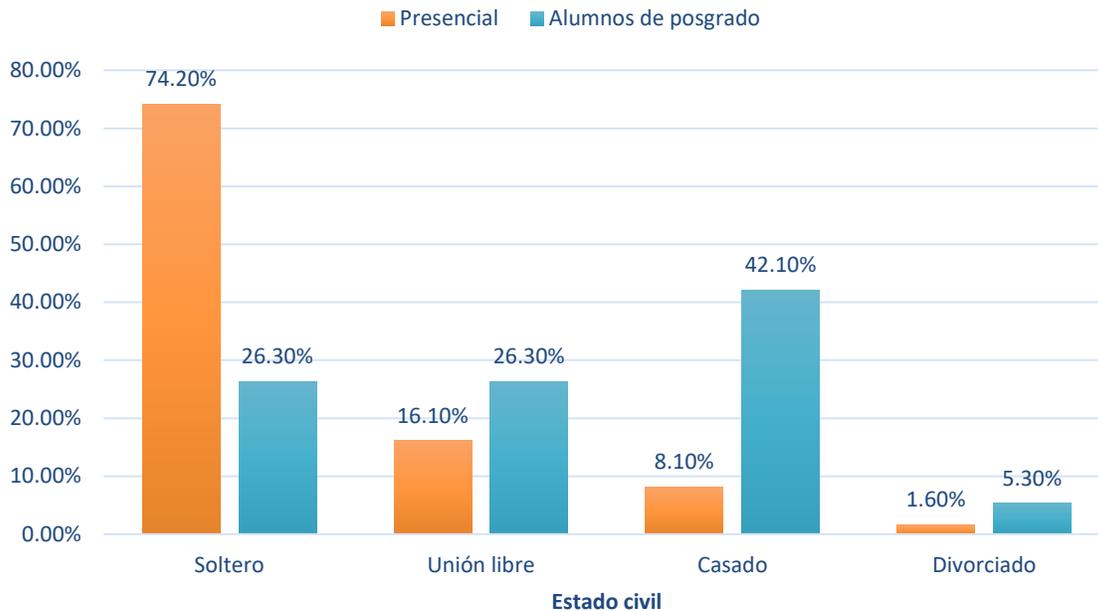


El sexo predominante para la modalidad presencial fue el femenino representando el 66.1%, para la modalidad de alumnos de posgrado fue el masculino representando el 52.6%. La diferencia no fue estadísticamente significativa al hallarse un valor $p=0.144$.

Cuadro 16: Comparativo del estado civil por modalidad educativa

	Presencial		Alumnos de posgrado		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Soltero	46	74.2	5	26.3	0.000
Unión libre	10	16.1	5	26.3	0.000
Casado	5	8.1	8	42.1	0.320
Divorciado	1	1.6	1	5.3	0.373
Total	62	100	19	100	

Gráfica 16: Comparativo del estado civil por modalidad educativa

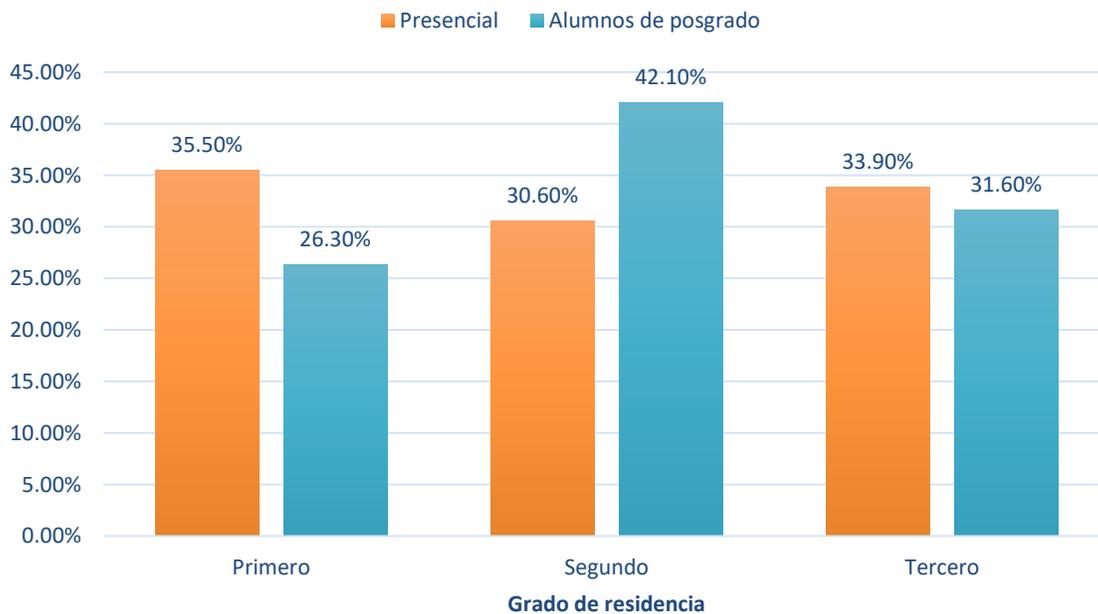


El estado civil más prevalente para la modalidad presencial fue soltero (74.2%), seguido de unión libre con el 16.1%, casado con el 8.1%, y por último divorciado con el 1.6%. Para la modalidad de alumnos de posgrado predominó casado con el 42.1%, seguido de soltero y de unión libre con el 26.3% respectivamente, y por último divorciado con el 5.3%. Mostrándose diferencias estadísticamente significativas solo entre las categorías de soltero y de unión libre ($p < 0.05$).

Cuadro 17: Comparativo del grado de residencia por modalidad educativa

	Presencial		Alumnos de posgrado		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Primero	22	35.5	5	26.3	0.461
Segundo	19	30.6	8	42.1	0.357
Tercero	21	33.9	6	31.6	0.854
Total	62	100	19	100	

Gráfica 17: Comparativo del grado de residencia por modalidad educativa

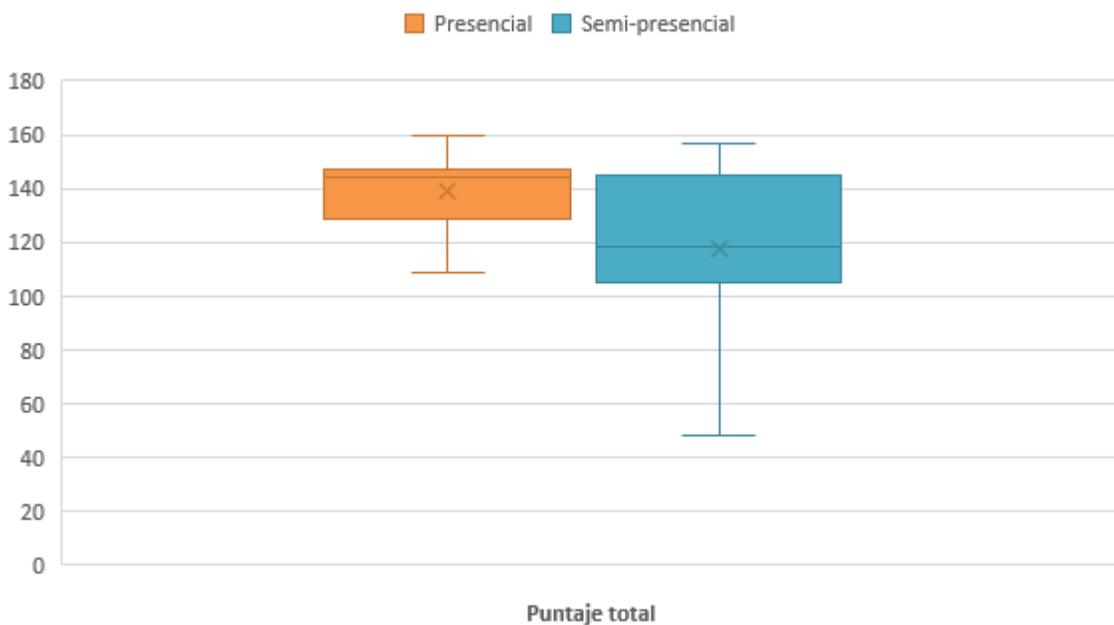


El grado de residencia más prevalente para la modalidad presencial fue primero (35.5%), seguido de tercero con el 33.9%, y por último segundo con el 30.6%. Para la modalidad de alumnos de posgrado predominó segundo con el 42.1%, seguido de tercero con el 31.6%, y por último primero con el 26.3%. No se mostraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna categoría ($p > 0.05$).

Cuadro 18: Comparativo de puntaje total del instrumento PHEEM por modalidad educativa

	Presencial		Alumnos de posgrado		Valor p
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Puntaje total	135.39	19.92	117.63	32.64	0.005

Gráfica 18: Comparativo de puntaje total del instrumento PHEEM por modalidad educativa

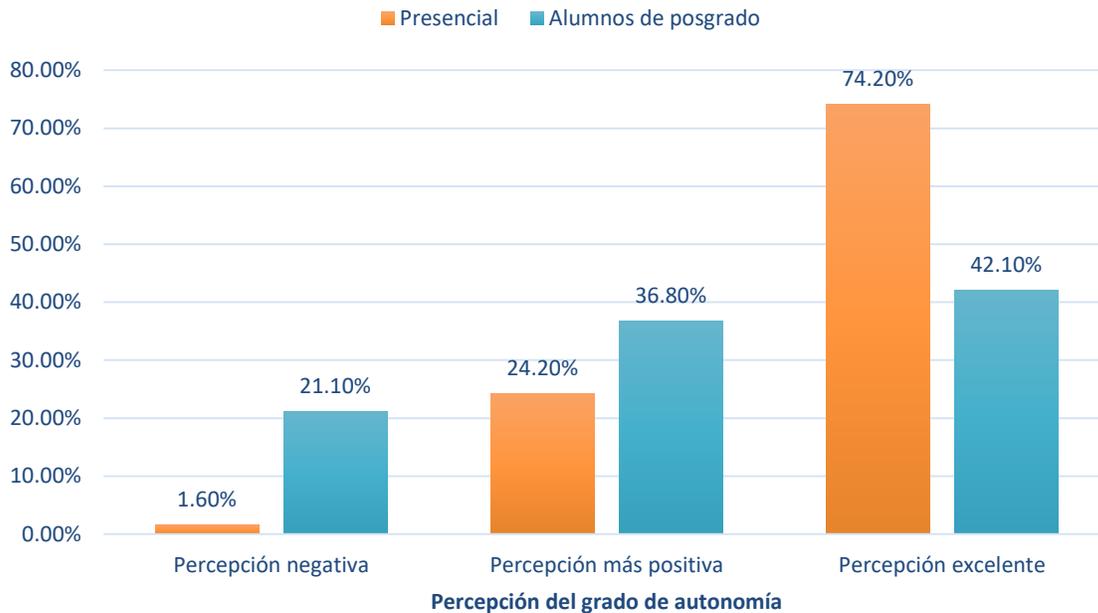


El puntaje total del instrumento PHEEM tuvo una media mayor para los residentes de la modalidad presencial (135.39 ± 19.92 vs 117.63 ± 32.64), mostrándose estadísticamente significativa la diferencia ($p=0.000$).

Cuadro 19: Comparativo de la categoría de la percepción del grado de autonomía por modalidad educativa

	Presencial		Alumnos de posgrado		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Percepción negativa	1	1.6	4	21.1	0.002
Percepción más positiva	15	24.2	7	36.8	0.281
Percepción excelente	46	74.2	8	42.1	0.010
Total	62	100	19	100	

Gráfica 19: Comparativo de la categoría de la percepción del grado de autonomía por modalidad educativa

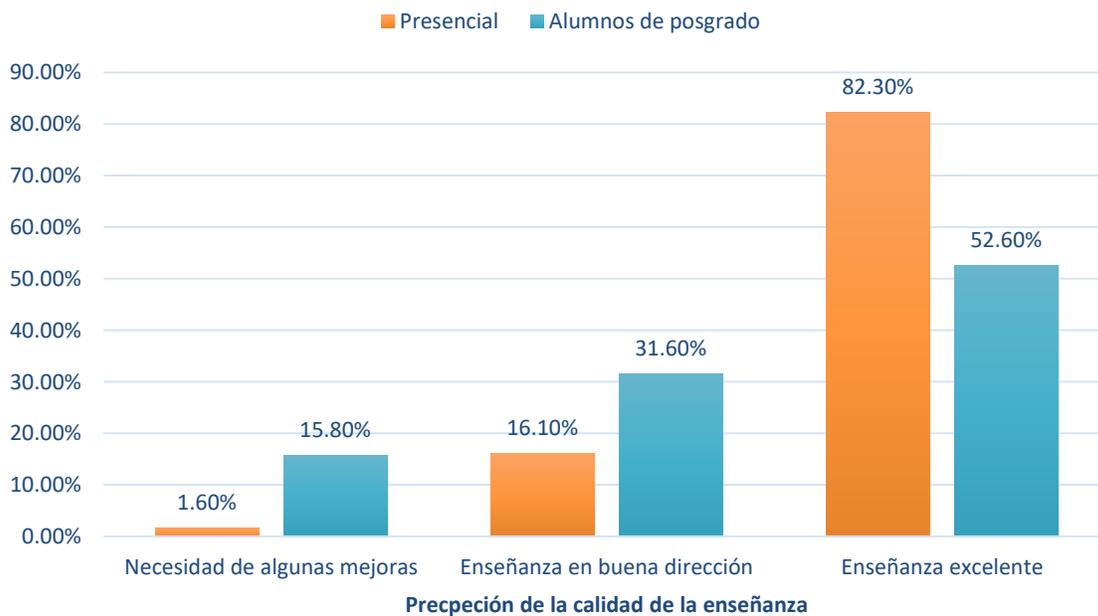


El grado de autonomía percibido más prevalente para la modalidad presencial fue percepción excelente con el 74.2%, seguido de percepción más positiva con el 24.2%, y por último percepción negativa con el 1.6%. Para la modalidad de alumnos de posgrado predominó percepción excelente con el 42.1%, seguido de percepción más positiva con el 36.8%, y por último percepción negativa con el 21.1%. Mostrándose diferencias estadísticamente significativas solo entre las categorías de percepción negativa y percepción excelente ($p < 0.05$).

Cuadro 20: Comparativo de la categoría de la percepción de la calidad de la enseñanza por modalidad educativa

	Presencial		Alumnos de posgrado		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Necesidad de algunas mejoras	1	1.6	3	15.8	0.013
Enseñanza en buena dirección	10	16.1	6	31.6	0.141
Enseñanza excelente	51	82.3	10	52.6	0.009
Total	62	100	19	100	

Gráfica 20: Comparativo de la categoría de la percepción de la calidad de la enseñanza por modalidad educativa



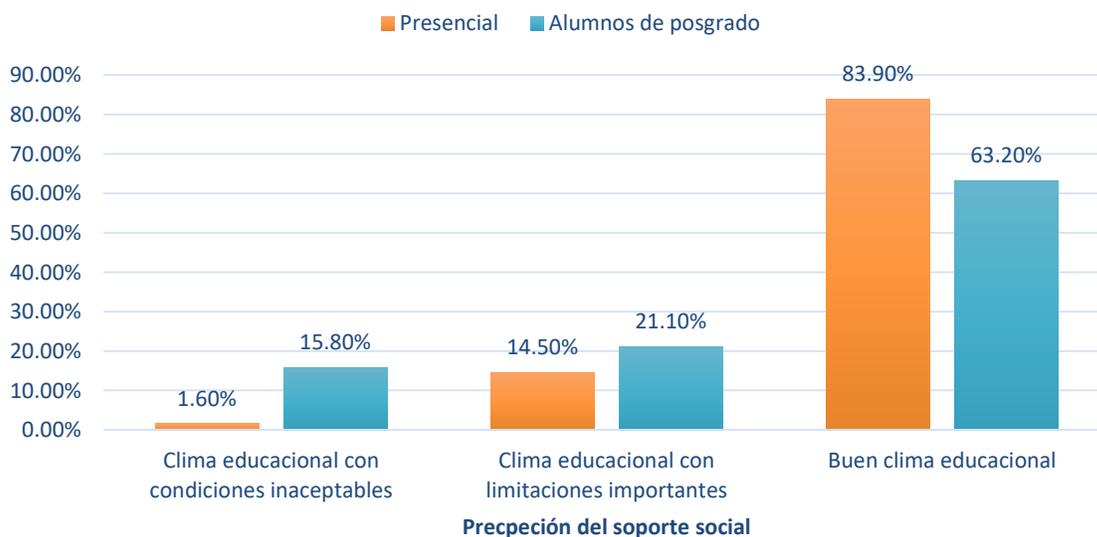
El grado de calidad de la enseñanza percibido más prevalente para la modalidad presencial fue enseñanza excelente con el 82.3%, seguido de enseñanza en buena dirección con el 16.1%, y por último necesidad de algunas mejoras con el 1.6%. Para la modalidad de alumnos de posgrado predominó enseñanza excelente con el 52.6%, seguido de enseñanza en buena dirección con el 31.8%, y por último

necesidad de algunas mejoras con el 15.8%. Mostrándose diferencias estadísticamente significativas solo entre las categorías de necesidad de algunas mejoras y enseñanza excelente ($p < 0.05$).

Cuadro 21: Comparativo de la categoría de la percepción del soporte social por modalidad educativa

	Presencial		Alumnos de posgrado		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Clima educacional con condiciones inaceptables	1	1.6	3	15.8	0.013
Clima educacional con limitaciones importantes	9	14.5	4	21.1	0.500
Buen clima educacional	52	83.9	12	63.2	0.054
Total	62	100	19	100	

Gráfica 21: Comparativo de la categoría de la percepción del soporte social por modalidad educativa



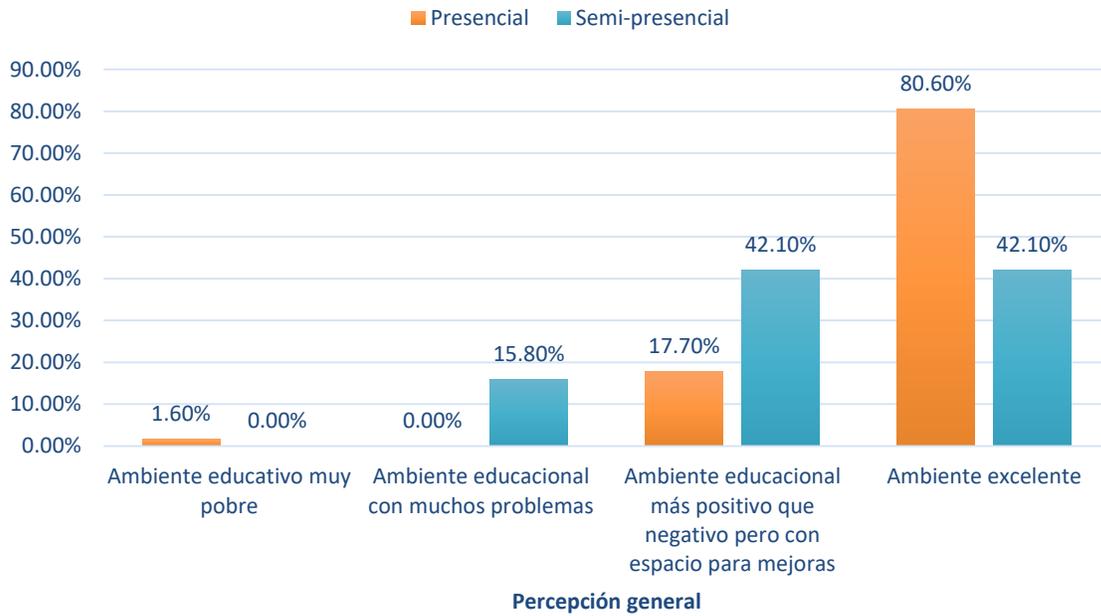
El clima social percibido más prevalente para la modalidad presencial fue buen clima educacional con el 83.9%, seguido de clima educacional con limitaciones importantes con el 14.5%, y por último clima educacional con condiciones

inaceptables con el 1.6%. Para la modalidad de alumnos de posgrado predominó buen clima educacional con el 63.2%, seguido de clima educacional con limitaciones importantes con el 21.1%, y por último clima educacional con condiciones inaceptables con el 15.8%. Mostrándose diferencias estadísticamente significativas solo entre la categoría de clima educacional con condiciones inaceptables ($p < 0.05$).

Cuadro 22: Comparativo de la categoría de la percepción general del ambiente educativo por modalidad educativa

	Presencial		Alumnos de posgrado		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Ambiente educativo muy pobre	1	1.6	0	0.0	0.580
Ambiente educacional con muchos problemas	0	0.0	3	15.8	0.002
Ambiente educacional más positivo que negativo pero con espacio para mejoras	11	17.7	8	42.1	0.029
Ambiente excelente	50	80.6	8	42.1	0.001
Total	62	100	19	100	

Gráfica 22: Comparativo de la categoría de la percepción general del ambiente educativo por modalidad educativa



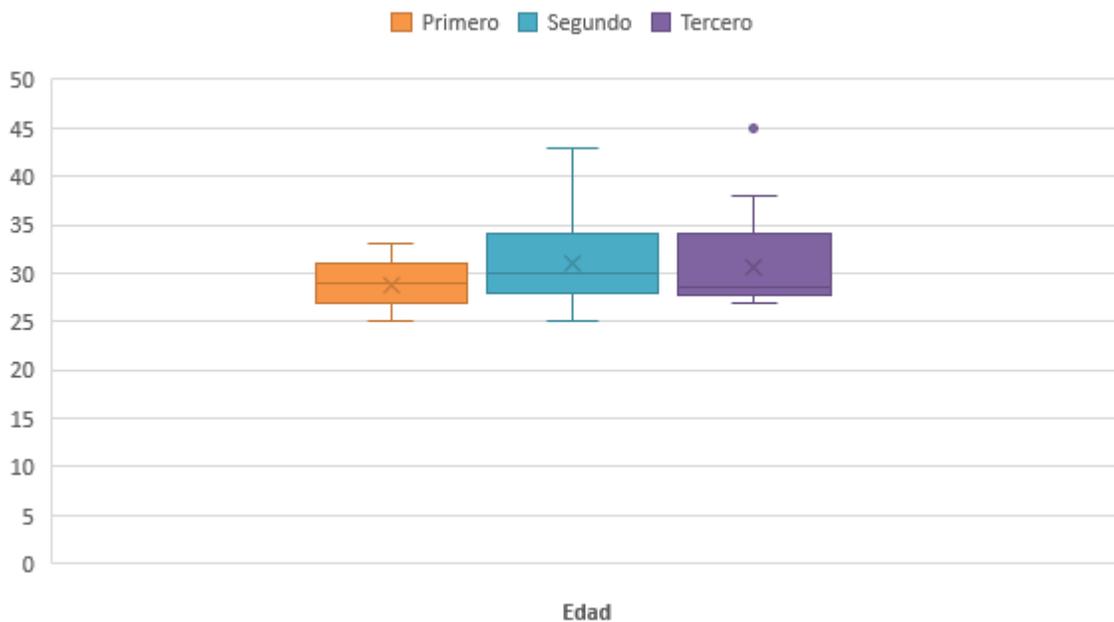
La percepción general percibida más prevalente para la modalidad presencial fue ambiente excelente con el 80.6%, seguido de ambiente educacional más positivo que negativo pero con espacio para mejoras con el 17.7%, y por último ambiente educativo muy pobre con el 1.6%. Para la modalidad de alumnos de posgrado predominó ambiente educacional más positivo que negativo pero con espacio para mejoras y ambiente excelente con el 42.1% respectivamente, y por último ambiente educacional con muchos problemas con el 15.8%. Mostrándose diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de ambiente educacional con muchos problemas, ambiente educacional más positivo que negativo pero con espacio para mejoras y ambiente excelente ($p < 0.05$).

C. Análisis descriptivo por grado de residencia

Cuadro 23: Comparativo de estadísticos de la edad por grado de residencia

Edad	Grado de residencia					
	Primero		Segundo		Tercero	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
	29.30	2.85	33.07	6.97	32.44	5.77

Gráfica 23: Comparativo de estadísticos de la edad por grado de residencia

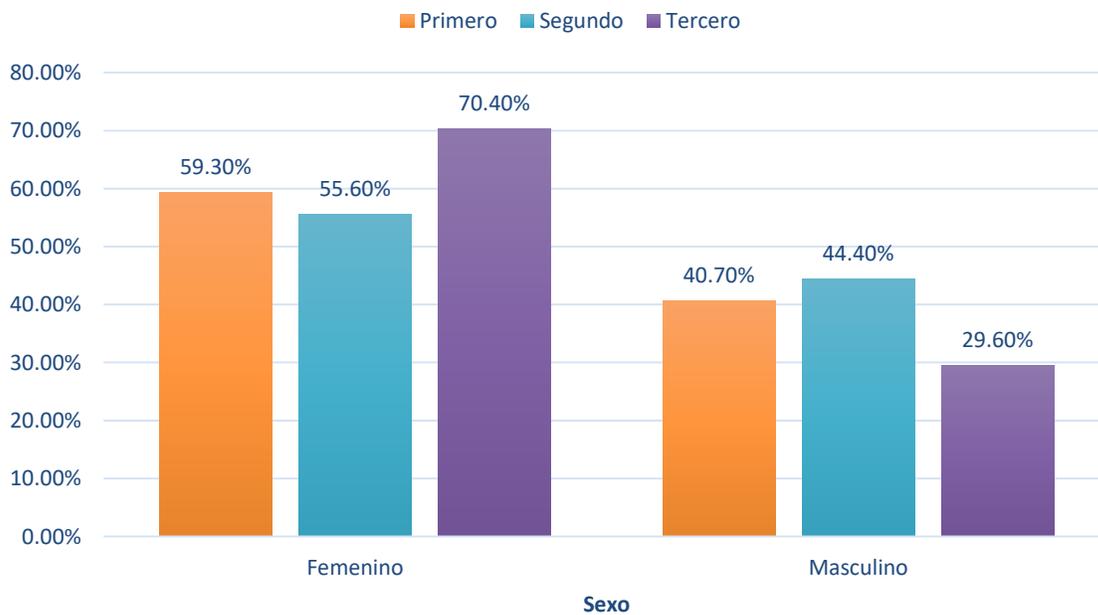


La edad media para los residentes de primer año fue de 29.30 ± 2.85 años, para el segundo año fue de 33.07 ± 6.97 años, y para el tercer año fue de 32.44 ± 5.77 años.

Cuadro 24: Comparativo del sexo por grado de residencia

	Grado de residencia					
	Primero		Segundo		Tercero	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	16	59.3	15	55.6	19	70.4
Masculino	11	40.7	12	44.4	8	29.6
Total	27	100	27	100	27	100

Gráfica 24: Comparativo del sexo por grado de residencia

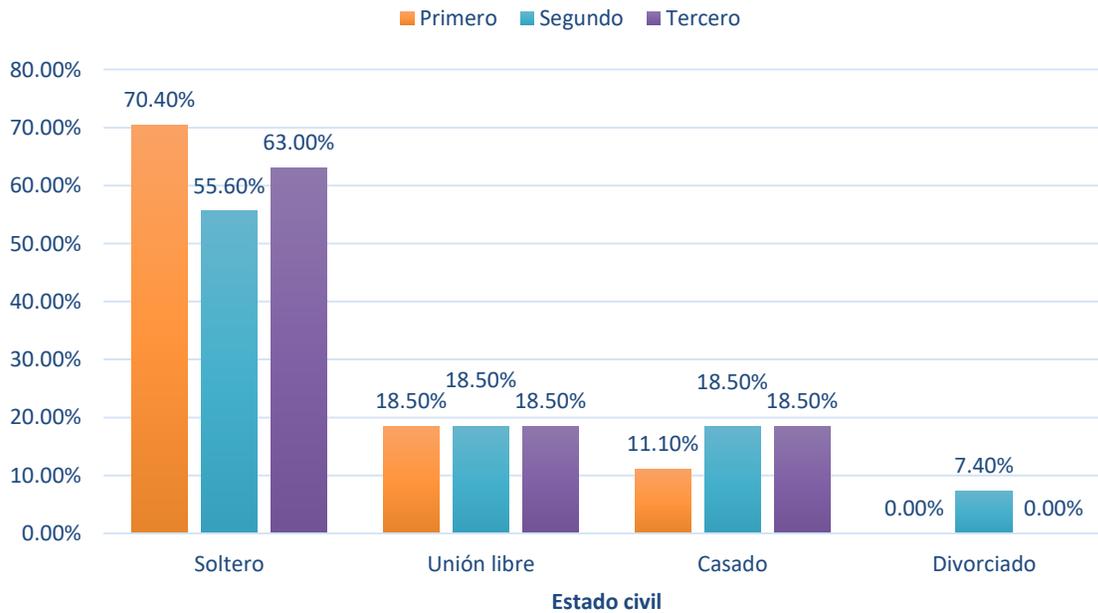


El sexo predominante para el primer año fue el femenino representando el 59.3%, para el segundo año fue el femenino representando el 55.6%, y para el tercer año fue el femenino representando el 70.4%

Cuadro 25: Comparativo del estado civil por grado de residencia

	Grado de residencia					
	Primero		Segundo		Tercero	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	19	70.4	15	55.6	17	63.0
Unión libre	5	18.5	5	18.5	5	18.5
Casado	3	11.1	5	18.5	5	18.5
Divorciado	0	0.0	2	7.4	0	0.0
Total	27	100	27	100	27	100

Gráfica 25: Comparativo del estado civil por grado de residencia

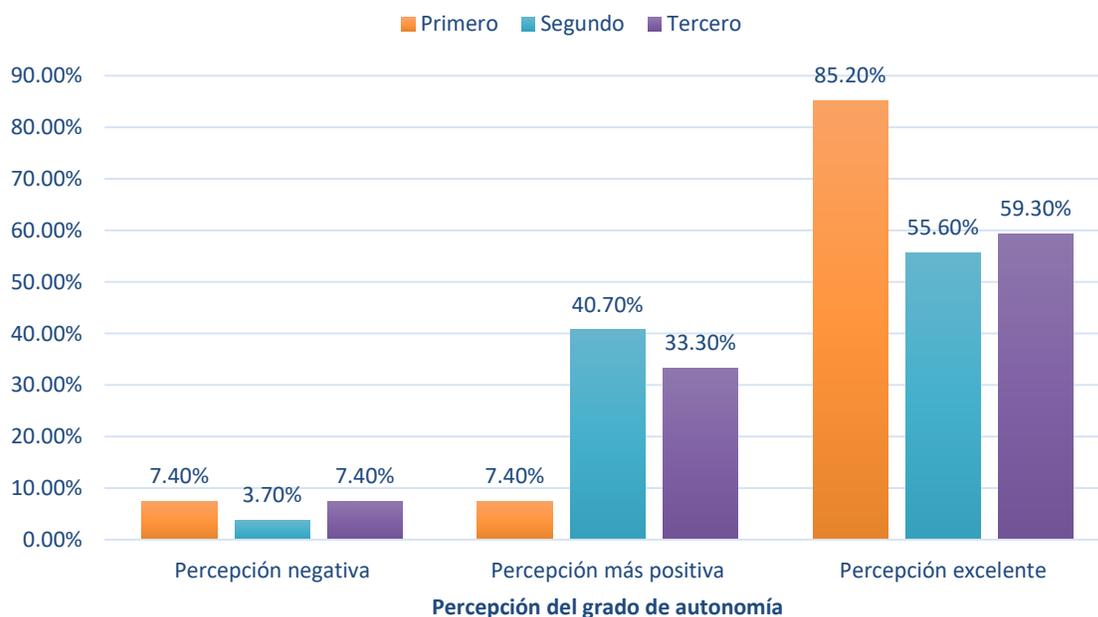


El estado civil predominante para el primer año fue soltero representando el 70.4%, para el segundo año fue soltero representando el 55.6%, y para el tercer año fue soltero representando el 63.0%

Cuadro 26: Comparativo de la categoría de la percepción del grado de autonomía por grado de residencia

	Grado de residencia					
	Primero		Segundo		Tercero	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Percepción negativa	2	7.4	1	3.7	2	7.4
Percepción más positiva	2	7.4	11	40.7	9	33.3
Percepción excelente	23	85.2	15	55.6	16	59.3
Total	27	100	27	100	27	100

Gráfica 26: Comparativo de la categoría de la percepción del grado de autonomía por grado de residencia

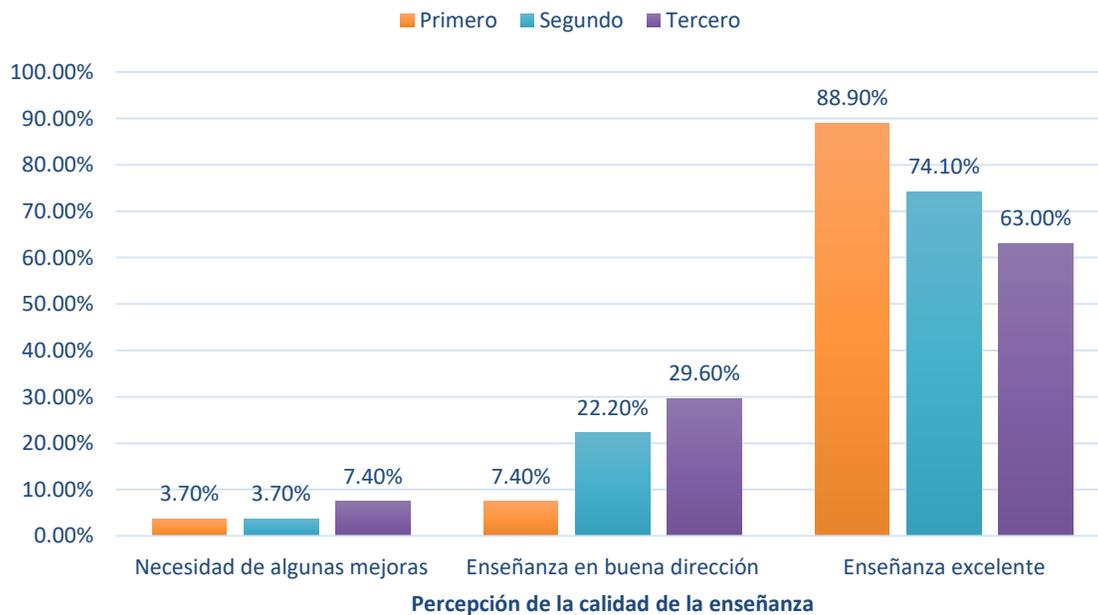


La percepción del grado de autonomía más prevalente en el primer año fue percepción excelente representando el 85.2%, en el segundo año predominó percepción excelente representando el 55.6%, y para el tercer año predominó la percepción excelente representando el 59.3%.

Cuadro 27: Comparativo de la categoría de la percepción de la calidad de la enseñanza por grado de residencia

	Grado de residencia					
	Primero		Segundo		Tercero	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Necesidad de algunas mejoras	1	3.7	1	3.7	2	7.4
Enseñanza en buena dirección	2	7.4	6	22.2	8	29.6
Enseñanza excelente	24	88.9	20	74.1	17	63.0
Total	27	100	27	100	27	100

Gráfica 27: Comparativo de la categoría de la percepción de la calidad de la enseñanza por grado de residencia

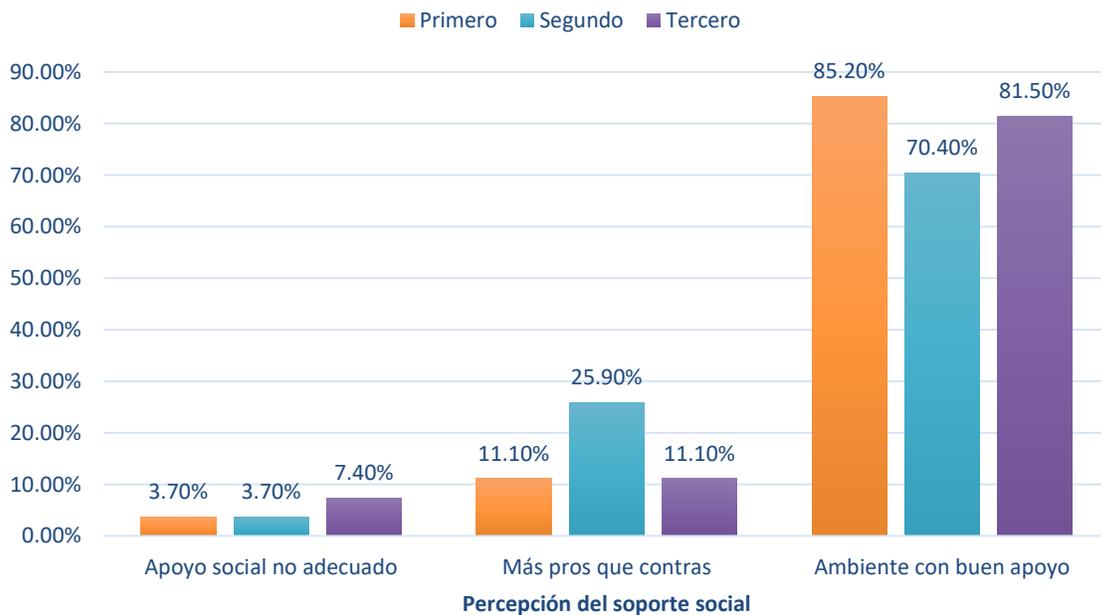


La percepción del grado de autonomía más prevalente en el primer año fue enseñanza excelente representando el 88.9%, en el segundo año predominó enseñanza excelente representando el 74.1%, y para el tercer año predominó la enseñanza excelente representando el 63.0%.

Cuadro 28: Comparativo de la categoría de la percepción del soporte social por grado de residencia

	Grado de residencia					
	Primero		Segundo		Tercero	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo social no adecuado	1	3.7	1	3.7	2	7.4
Más pros que contras	3	11.1	7	25.9	3	11.1
Ambiente con buen apoyo	23	85.2	19	70.4	22	81.5
Total	27	100	27	100	27	100

Gráfica 28: Comparativo de la categoría de la percepción del soporte social por grado de residencia

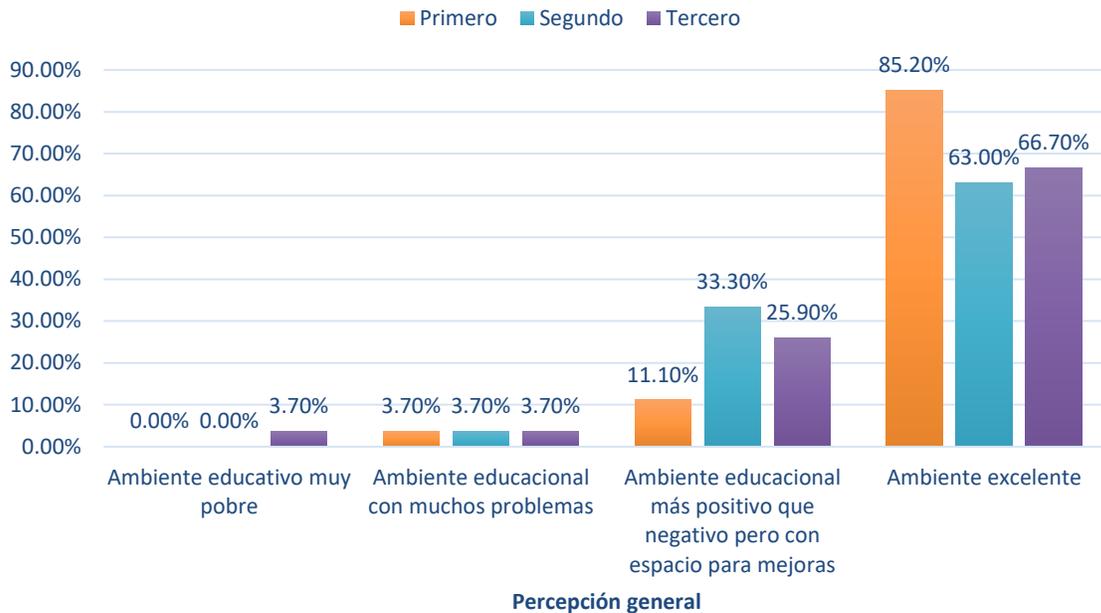


La percepción del soporte social más prevalente en el primer año fue ambiente con buen apoyo representando el 85.2%, en el segundo año predominó el ambiente con buen apoyo representando el 70.4%, y para el tercer año predominó el ambiente con buen apoyo representando el 81.5%.

Cuadro 29: Comparativo de la categoría de la percepción general del ambiente educativo por grado de residencia

	Grado de residencia					
	Primero		Segundo		Tercero	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ambiente educativo muy pobre	0	0.0	0	0.0	1	3.7
Ambiente educacional con muchos problemas	1	3.7	1	3.7	1	3.7
Ambiente educacional más positivo que negativo pero con espacio para mejoras	3	11.1	9	33.3	7	25.9
Ambiente excelente	23	85.2	17	63.0	18	66.7
Total	27	100	27	100	27	100

Gráfica 29: Comparativo de la categoría de la percepción general del ambiente educativo por grado de residencia



La percepción general del ambiente educativo más prevalente en el primer año fue

ambiente excelente representando el 85.2%, en el segundo año predominó el ambiente excelente representando el 63.0%, y para el tercer año predominó el ambiente excelente representando el 66.7%.

D. Análisis inferencial por grado de residencia

Cuadro 30: Prueba ANOVA del puntaje de los dominios de la encuesta PHEEM por grado de residencia

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Puntaje de dominio percepción del grado de autonomía	Entre grupos	234.099	2	117.049	1.911	.155
	Dentro de grupos	4776.815	78	61.241		
	Total	5010.914	80			
Puntaje de dominio percepción de la calidad de la enseñanza	Entre grupos	318.840	2	159.420	1.569	.215
	Dentro de grupos	7924.963	78	101.602		
	Total	8243.802	80			
Puntaje de dominio percepción del soporte social	Entre grupos	92.765	2	46.383	.902	.410
	Dentro de grupos	4010.222	78	51.413		
	Total	4102.988	80			
Puntaje total	Entre grupos	1692.519	2	846.259	1.426	.246
	Dentro de grupos	46281.481	78	593.352		
	Total	47974.000	80			

La prueba ANOVA demuestra que los tres puntajes de percepción entre grados de residencia no muestran diferencias significativas, al presentarse un valor p mayor de 0.05 entre los tres grupos (primero, segundo y tercero). Los valores p fueron: Puntaje de dominio percepción del grado de autonomía ($p=0.155$), Puntaje de dominio percepción de la calidad de la enseñanza ($p=0.215$), Puntaje de dominio percepción del soporte social ($p=0.410$) y puntaje general ($p=0.246$). Por lo tanto, no se realizan pruebas post-hoc.

Cuadro 31: Prueba de Kruskal-Wallis de la categoría de los dominios de la encuesta PHEEM por grado de residencia

	Percepción del grado de autonomía	Percepción de la calidad de la enseñanza	Percepción del soporte social	Percepción general
H de Kruskal-Wallis	5.082	4.641	1.659	3.462
gl	2	2	2	2
Sig. asintótica	.079	.098	.436	.177

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Grado de residencia

La comparación de los dominios de percepción del clima educativo no muestra diferencias significativas entre los grados de residencia; la significancia fue mayor de 0.05 para las percepciones evaluadas: percepción del grado de autonomía ($p=0.079$), percepción de la calidad de la enseñanza ($p=0.098$), percepción del soporte social ($p=0.436$) y percepción general ($p=0.177$).

E. Análisis descriptivo de la percepción del clima educativo por grado de residencia y modalidad educativa

Cuadro 32: Comparativo de puntajes de PHEEM por grado de residencia por modalidad

Grado de residencia	Modalidad	N	Media	Desviación estándar	Valor p	
Primero	Puntaje total	Presencial	22	142.86	11.602	0.003
		Semi-presencial	5	113.60	36.094	
	Puntaje de dominio percepción del grado de autonomía	Presencial	22	47.45	3.488	0.001
		Semi-presencial	5	36.40	12.482	
	Puntaje de dominio percepción de la calidad de la enseñanza	Presencial	22	54.82	4.797	0.002
		Semi-presencial	5	42.60	14.450	
Puntaje de dominio percepción del soporte social	Presencial	22	40.59	4.393	0.040	
	Semi-presencial	5	34.60	9.607		
Segundo	Puntaje total	Presencial	19	133.21	18.639	0.225
		Semi-presencial	8	121.13	31.643	
	Puntaje de dominio percepción del grado de autonomía	Presencial	19	43.89	5.394	0.188
		Semi-presencial	8	40.13	8.999	
	Puntaje de dominio percepción de la calidad de la enseñanza	Presencial	19	51.42	7.805	0.220
		Semi-presencial	8	46.25	13.541	
Puntaje de dominio percepción del soporte social	Presencial	19	37.89	6.332	0.318	
	Semi-presencial	8	34.75	9.423		
Tercero	Puntaje total	Presencial	21	129.52	25.582	0.322
		Semi-presencial	6	116.33	36.795	
	Puntaje de dominio	Presencial	21	42.52	8.352	0.203

percepción del grado de autonomía	Semi-presencial	6	37.00	11.764	
Puntaje de dominio	Presencial	21	48.48	10.434	0.526
percepción de la calidad de la enseñanza	Semi-presencial	6	45.00	15.710	
Puntaje de dominio	Presencial	21	38.52	7.567	0.270
percepción del soporte social	Semi-presencial	6	34.33	9.626	

El puntaje del PHEEM para el primer año de residencia tuvo una media del puntaje total mayor para la modalidad presencial (142.86 ± 11.602 vs 113.60 ± 36.094 , $p=0.003$), para el dominio de percepción del grado de autonomía una media mayor para la modalidad presencial (47.45 ± 3.488 vs 36.40 ± 12.482 , $p=0.001$), para el dominio de percepción de la calidad de la enseñanza una media mayor para la modalidad presencial (54.82 ± 4.797 vs 42.60 ± 14.450 , $p=0.002$), para el dominio de percepción del soporte social una media mayor para la modalidad presencial (40.59 ± 4.393 vs 34.60 ± 9.607 , $p=0.040$). Para el segundo año de residencia tuvo una media del puntaje total mayor para la modalidad presencial (133.21 ± 18.639 vs 121.13 ± 31.643 , $p=0.225$), para el dominio de percepción del grado de autonomía una media mayor para la modalidad presencial (43.89 ± 5.394 vs 40.13 ± 8.999 , $p=0.188$), para el dominio de percepción de la calidad de la enseñanza una media mayor para la modalidad presencial (51.42 ± 7.805 vs 46.25 ± 13.541 , $p=0.220$), para el dominio de percepción del soporte social una media mayor para la modalidad presencial (37.89 ± 6.332 vs 34.75 ± 9.423 , $p=0.318$). Para el tercer año de residencia tuvo una media del puntaje total mayor para la modalidad presencial (129.52 ± 25.582 vs 116.33 ± 36.795 , $p=0.322$), para el dominio de percepción del grado de autonomía una media mayor para la modalidad presencial (42.52 ± 8.352 vs 37.00 ± 11.764 , $p=0.203$), para el dominio de percepción de la calidad de la enseñanza una media mayor para la modalidad presencial (48.48 ± 10.434 vs 45.00 ± 15.710 , $p=0.526$), para el dominio de percepción del soporte social una media mayor para la modalidad presencial (38.52 ± 7.567 vs 34.33 ± 9.626 , $p=0.270$). Se aprecia que solo fueron significativas las diferencias solo durante el primer año

de residencia.

DISCUSIÓN

El estudio mostro que existe una percepción diferente en ambos cursos siendo percibido los ambiente más positivos en los alumnos del curso que ingresan a través del CIFRHS Comité interinstitucional para la formación de recursos humanos, a diferencia de los médicos que son formados en el programa institucional con Aval Universitario mediante la comisión mixta de becas.

No existieron diferencias entre los grados en ambos grupos. El puntaje total del instrumento PHEEM tuvo una media mayor para los residentes de la modalidad presencial (135.39 ± 19.92 vs 117.63 ± 32.64), mostrándose estadísticamente significativa la diferencia ($p=0.000$).

Puntajes que son superiores a los reportados por diversos autores: Yousaf et al. ⁽³³⁾ describieron que el puntaje general de PHEEM fue 103.29 ± 12.75 de un puntaje máximo de 160, lo que mostró que los participantes, como un grupo completo, percibieron el ambiente de entrenamiento como más positivo y con margen de mejora. La percepción de la subescala de puntuación de autonomía fue 36.11 ± 4.15 ; que mostró una observación positiva a los residentes de su papel. La percepción de la puntuación docente fue 39.02 ± 5.76 ; que mostró una percepción positiva de la docencia, avanzando en el camino correcto. La percepción de apoyo social fue 28.16 ± 4.71 ; que mostró una percepción de los residentes más positiva que negativa, con un margen de mejora. Zeb et al. ⁽³⁴⁾ encontró que el puntaje más alto fue en percepción de la enseñanza (88.4). La más baja fue la percepción de apoyo social (31.73). La puntuación acumulada de percepción de la autonomía del rol fue de 45.57. Además, Flaherty et al. ⁽³⁵⁾ encontró que la puntuación media total del PHEEM fue de 82.88 ± 18.99 (rango = 35-120), lo que corresponde a un entorno educativo con más aspectos positivos que negativos pero con margen de mejora.

Al analizar los hallazgos en función de categorías de percepción; en el presente estudio se encontró que el grado de autonomía percibido como excelente fue más prevalente entre los residentes de la modalidad presencial (74.2% vs 42.1%, $p=0.010$); además que el grado de calidad de la enseñanza percibido como

excelente fue más prevalente entre los residentes de la modalidad presencial (82.3% vs 52.6%, $p=0.009$). La categoría de percepción del soporte social de buen clima educacional fue más prevalente entre los residentes de la modalidad presencial (83.9% vs 63.2%, $p=0.054$). La categoría de percepción general del ambiente educativo de excelente fue más prevalente entre los residentes de la modalidad presencial (80.6% vs 42.1%, $p=0.001$). Resultados que son contrastantes a los reportados en la literatura clínica, se ha reportado por Waheed et al. ⁽³⁶⁾ que la percepción general del clima educativo fue mayormente con abundantes problemas (51.63%), seguido de muy pobre con el 23.37%, seguido de más positivo que negativo con el 19.02%, y por último excelente con el 5.98%.

En la misma tendencia del autor anterior, Sheikh et al. ⁽³⁷⁾ describió que el 64.6% de médicos percibieron su residencia más positiva que negativa con margen de mejora; el 8.6% tuvieron una excelente percepción sobre su formación. En lo que refiere a la percepción por dominios: el 27.8% tenían percepciones negativas sobre la autonomía, el 27.5% tenían percepciones negativas sobre la docencia; y el 42.1% percibieron su lugar de trabajo como desagradable en términos de apoyo social.

Por último, Berrani et al. ⁽³⁸⁾ encontró que los elementos relacionados con el apoyo social fueron percibidos negativamente por los residentes marroquíes; en particular, las instalaciones de alojamiento, la seguridad física y la discriminación de género se destacaron como cuestiones a abordar en países con escasos recursos y con recursos limitados. Este mismo autor analizó que las deficiencias en el dominio de la enseñanza incluyeron la falta de tiempo educativo protegido, el acceso a oportunidades de aprendizaje adecuadas y la retroalimentación constructiva y la orientación profesional. La naturaleza de las tareas realizadas, el programa de inducción inicial y la claridad de los protocolos se han identificado como cuestiones desafiantes para mejorar en la subescala de autonomía. Estos puntos son una guía de rubros que podrían analizarse en la modalidad de alumnos de posgrado en pro de mejorar las puntuaciones percibidas.

El análisis de los puntajes y rubros evaluados por el instrumento PHEEM por grado de residencia no mostró diferencias, al hallarse en todas las comparaciones valores $p>0.005$. Lo que es discordante a lo reportado por Ong et al. ⁽³⁹⁾ quienes reportaron

que, si bien se encontraron diferencias en los puntajes generales de PHEEM por nivel de capacitación, estudios anteriores han mostrado diferencias y hallazgos contradictorios, y algunos muestran que los residentes de menor grado tenían mejores percepciones del clima educacional mientras que otros mostraron que los residentes de mayor grado tenían mejores percepciones.

Estas diferencias en las percepciones se pueden explicar por el hecho que los alumnos a menudo tienen que rotar entre diferentes hospitales durante el curso de su formación. Cada sitio de capacitación puede tener diferentes estructuras administrativas, supervisores y colegas que participan en la enseñanza y el aprendizaje. ⁽⁴⁰⁾

Una limitación severa de esta discusión es el hecho de no hallar estudios que compararan una modalidad presencial versus alumnos de posgrado.

Sin embargo estas percepciones se pueden sugerir por:

- La diferencia de edades
- La búsqueda de estatus (teoría educativa estratégico estructural)
- La relación trabajo-familia
- La familiaridad de los contextos institucionales

Este fue un acercamiento de comparación de ambientes académicos e algunas dimensiones sin embargo faltaría conocer otros aspectos, ampliar muestra, entrevista a profundidad entre otras

CONCLUSIONES

La modalidad presencial es percibida superior en todos los rubros evaluados (puntaje total, percepción de autonomía, calidad de la enseñanza, soporte social y ambiente educativo en general). Lo que indica que, al menos para los residentes de medicina familiar, es superior la modalidad presencial.

Mientras que al evaluar los mismos rubros por grado de residencia, no se encontraron diferencias en estos temas evaluados, indicando que la percepción de la calidad educativa no se modifica al avanzar la residencia.

La percepción del ambiente educativo fue mejor para los residentes del primer año en la modalidad presencial, mientras que para los demás años de residencia no se presentaron diferencias significativas.

Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula.

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

Este estudio se considera como fundamental para el desarrollo de políticas que permitan la mejora de la modalidad de alumnos de posgrado, sobre todo en el futuro que se vislumbra con la pandemia por COVID-19 en la que la modalidad alumnos de posgrado tiene un futuro muy prometedor que podría no mostrar todas sus ventajas de no mejorarse las condiciones percibidas por los residentes de esta modalidad educativa.

Se recomienda la evaluación periódica de las condiciones de estudio de los residentes, con el fin de mejorar la manera en que adquieren conocimientos. Se sugiere implementar el instrumento utilizado en la presente investigación para evitar sesgos en la medición que podrían darse con el uso de otros instrumentos.

Así mismo, se sugiere prestar mayor atención a las condiciones de los alumnos de posgrado ya que en ellos se detectaron percepciones deficientes del ambiente educativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Jessee MA. Influences of sociocultural factors within the clinical learning environment on students' perceptions of learning: An integrative review. *J Prof Nurs* 2016; 32(6):1–24
- 2.- Lee N, Appelbaum N, Amendola M, et al. Improving Resident Well-being and Clinical Learning Environment Through Academic Initiatives. *J Surg Res* 2017; 215:6-11
- 3.- Pitkänen S, Kääriäinen M, Oikarainen A, et al. Healthcare students' evaluation of the clinical learning environment and supervision – a cross-sectional study. *Nurse Education Today* 2018; 62:143-149
- 4.- Vásquez N., Peralta J. Ambiente educativo clínico al final del internado en la escuela de medicina de la Universidad de Chile: resultados de la encuesta PHEEM. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 2013; 24: 193 – 201
- 5.- Chávez Aguilar V- Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS- *Rev Med IMSS* 2005; 43 (2): 175-180
- 6.- Mejía R., Diego A., Alemán M., Maliando M.R., Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina*. 2005; 65: 295-301
- 7.- Sheehan D, Jowsey T, Parwaiz M, et al. Clinical learning environments: place, artefacts and rhythm. *Medical Education* 2017; 51:1049–1060
- 8.- Galli A., Brissón M.E., Soler C., Lapresa S., Alves-de Lima A. Evaluación del ambiente educacional en residencias de cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2014; 82:396-401. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v82.i5.3875>
- 9.- Castro Y, Lara R. Percepción del ambiente educacional por estudiantes del pregrado en odontología. *Revista ADM* 2017; 74 (3): 133-140
- 10.- Nordquist J, Hall J, et al. The clinical learning environment. *Medical Teacher* 2019; 41(4):366-372
- 11.- Henry D, West DC. The Clinical Learning Environment and Workplace-Based Assessment Frameworks, Strategies, and Implementation. *Pediatr Clin N Am* 2019; 66:839–854
- 12.- Sepúlveda-Vildósola A.C., Mota-Nova A.R., Fajardo-Dolci G.E., Reyes-Lagunes I. Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de

pediatría en México: un fenómeno poco percibido. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55 Supl 1:S92-101

13.- Derive S., Casas-Martínez M.L, Obrador-Vera G.T., Villa A.R., Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. Inv Ed Med. 2017; 1-8 <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>

14.- Carrillo-Esper R., Gómez-Hernández K. Bullying durante el pre y posgrado de la formación médica. Rev Invest Med Sur Mex 2014; 21(4):

15.- Florencia Peña S., López Molina J., "Acoso docente: maltrato psicológico de profesores hacia alumnos contextos universitarios tóxicos" Revista Ra Ximha. 2016; 12: 33-47

16.- Hernández-Pérez F., Tzeithel Athenea Castillo-Altamirano T.A., Mendoza-Murillo K. Efecto de las guardias en habilidades cognitivas en estudiantes de especialidades médicas y médicos internos de pregrado. Rev CONAMED 2017; 22 (1): 18-22.

17.- Hamui-Sutton A., Flores-Hernández F., Gutiérrez-Barreto S., Castro-Ramírez S., Lavallo-Montalvo C., Vilar-Puig P. Correlaciones entre las dimensiones de los ambientes clínicos de aprendizaje desde la percepción de los médicos residentes. Gaceta Médica de México. 2014;150:144-153

18.- Herrera C., Olivos T., Román J.A., Larraín A., Pizarro M., Solís N., et. al. Evaluación del ambiente educacional en programas de especialización médica. Rev Med Chile 2012; 140: 1554-1561

19.- González-Cabanach R., Valle-Arias A., Núñez-Pérez J.C., González-Pianda J.A. Una aproximación teórica al concepto de metas académicas y su relación con la motivación escolar. Psicothema, 1996; 8 (1): 45-61

20.- Díaz-Vélis G., Mora S., Escanero J.F. Percepción del ambiente educacional en dos escuelas de medicina con currículo tradicional. Estudio longitudinal. Rev Med Chile 2016; 144: 1479-1485

21.- Ríos-González C.M. Percepción del ambiente educativo en estudiantes de medicina de Latinoamérica, 2015.CIMEL 2016; 21(2) 38-41

22.- Cumplido-Hernández G., Campos-Arcineaga M.A., Chávez-López A. Significado de las relaciones laborales-interpersonales en médicos residentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (4): 361-369

- 23.- Chavarria-Islas R., Rivera-Ibarra D. Entorno laboral y aptitudes clínicas en residentes de urgencias médico-quirúrgicas. Rev Med IMSS 2004; 42 (5): 371-378
- 24.- Cárdenas-Ayón E., Cabrera-Pivaral C.E., Viniegra-Velázquez L., González-Rey S H.F. Luce-González E.G., Ortiz-López M..A Satisfacción de los residentes de medicina familiar con el ambiente académico laboral. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (2): 227-231
- 25.- Herrera-Silva J.C., Treviño-Moore A., Acosta-Corona C.G. Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. Bol Med Hosp Infant Mex. 2006; 63: 18-30
- 26.- Ortiz-León S., Jaimes-Medrano A.L., Tafoya-Ramos S.A., Mujica-Amaya M.L., Olmedo-Canchola V.C., Carrasco-Rojas J.A. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. CirCir2014; 82:290-301.
- 27.- Consejo C., Viesca-Treviño C.Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. Bol Mex His Fil Med 2008; 11 (1): 16-20
- 28.- Miní E., Medina J., Peralta V., Rojas L, Butron J., Gutiérrez E.L. Programa de residentado médico: percepciones de los médicos residentes en hospitales de lima y callao. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2015; 32(2):303-10
- 29.- Ríos-Nava B. , Romero-Mariscal S.L., Olivo-Estrada J.R .La percepción del maltrato de las y los estudiantes nayaritas en las carreras universitarias de medicina enfermería. Un primer acercamiento. Waxapa 2013;5 (9): 20-30.
- 30.- Koutsogiannou P, Dimoliatis IDK, Mavridis D, et al. Validation of the Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM) in a sample of 731 Greek residents. BMC Res Notes 2015; 8:734
- 31.- Vieira JE. The postgraduate hospital educational environment measure (PHEEM) questionnaire identifies quality of instruction as a key factor predicting academic achievement. Clinics 2008; 63:741-746
- 32.- Raharjanti NW. Validity And Reliability Of Postgraduate Hospital Educational Environment Measure – Bahasa Indonesia Version. Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia 2016; 5(3):157-162
- 33.- Yousaf MJ, Yasmeen R, et al. Perceptions Of Post-Graduate Residents Regarding Clinical Educational Environment By Using The Post Graduate Hospital

Education Environment Measure (Pheem) Inventory. Pak Armed Forces Med J 2017; 67(6):914-918

34.- Zeb S, Shahid R, Khan TM. Evaluation of Postgraduate Surgical Educational Environment. Journal of Rawalpindi Medical College 2016; 20(1):63-66

35.- Flaherty GT, Connolly R, O'Brien T. Measurement of the Postgraduate Educational Environment of Junior Doctors Training in Medicine at an Irish University Teaching Hospital. Ir J Med Sci 2015; 185(3):565-571

36.- Waheed K, Al-Eraky M, et al. Educational environment for residents in Obstetrics and Gynaecology working in teaching hospitals of Lahore, Pakistan: A cross-sectional study. J Pak Med Assoc 2019; 69(7):1029-1031

37.- Sheikh S, Kumari B, Obaid M, et al. Assessment of postgraduate educational environment in public and private hospitals of Karachi. J Pak Med Assoc 2017; 67(2):171-177

38.- Berrani H, Abouqal R, et al. Moroccan residents' perceptions of the hospital learning environment measured with the French version of the Postgraduate Hospital Educational Environment Measure. J Educ Eval Health Prof 2020; 17:4

39.- Ong AML, Fong WWS, Chan AKW, et al. Using the Postgraduate Hospital Educational Environment Measure to Identify Areas for Improvement in a Singaporean Residency Program. J Grad Med Educ 2019; 11(4 Suppl):73–78

40.- Chan CYW, Sum MY, et al. Adoption and correlates of Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM) in the evaluation of learning environments – A systematic review. Med Teach 2016; 38(12):1248-1255

ANEXOS CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE
MÉXICO



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
DEL DISTRITO FEDERAL NORTE
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 02



Oficio No. 36.51.01.25.0909/DIR.082

Ciudad de México, a 03 de diciembre de 2021

Dr. Gabriel Prieto Lopez
Alumno de posgrado
PRESENTE

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE DEL DIRECTOR

En mi carácter de Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 y 5 de la OOAD Norte CDMX, declaro que no tengo inconveniente de que se efectúe en esta Unidad el protocolo de Investigación en Salud con el Título: **PERCEPCIÓN DEL AMBIENTE ACADÉMICO EN ALUMNOS DE POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR EN SUS DOS MODALIDADES DE FORMACIÓN**, con número de protocolo en proceso de registro.

El protocolo será realizado bajo la dirección del personal que a continuación enlisto: Dr. Francisco Hernandez Perez y Dr Ismael hernandez Javier como investigadores asociados. Lo anterior en el caso de que sea aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud y el Comité de Investigación.

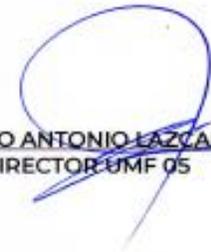
A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, así como los recursos humanos capacitados para atender cualquier evento adverso que se presente.

Sin otro particular y agradeciendo de antemano su atención, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


~~DR. SALVADOR MENDIETA DÍAZ~~
DIRECTOR UMF 02




~~DR. MARCO ANTONIO LAZCANO ROJAS~~
DIRECTOR UMF 05

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO RESIDENTES



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Número del estudio:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS: MÉDICOS RESIDENTES)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

La percepción del ambiente académico en alumnos de postgrado de medicina familiar en sus modalidades de formación

Patrocinador externo (si aplica):

Sin patrocinador externo.

Lugar y fecha:

Ciudad de Mexico, la aplicación del cuestionario está iniciará en cuanto se tenga el dictamen del CLIEIS No. _____

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Justificación: En medicina el aprendizaje se desarrolla no solo en aulas sino en campos clínicos en la que los estudiantes o residentes también se desenvuelven otorgando actividades de atención a los pacientes, por lo tanto la evaluación de estos ambientes académicos debe tomar en cuenta estas dos áreas.

Objetivo Determinar la percepción del ambiente académico en alumnos de posgrado de medicina familiar en sus modalidades de formación

Procedimientos:

Invitación informada para participar. Responder voluntariamente a un cuestionario validado para conocer su percepción del médico residente y/o alumno de postgrado sobre su ambiente académico.

Posibles riesgos y molestias:

Riesgo menor al mínimo, solo se aplicara un instrumento de opinión.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Avances del conocimiento y de acuerdo a los resultados, propuestas de mejora en los ambientes educativos.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

En apego a las norma éticas, el voluntario puede solicitar los resultados de la investigación. A las autoridades de educación de la UMF 2. Publicación de resultados.

Participación o retiro:

El voluntario es libre de aceptar o rechazar la invitación a participar; el rechazo deja al médico residente exento de sanción alguna.

Privacidad y confidencialidad:

El presente estudio se apega a las normas éticas nacionales e internacionales para la confidencialidad de la información así como la protección de datos, los cuales solo tienen fines de investigación.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

NO APLICA

Beneficios al término del estudio:

Avance del conocimiento y mejoramiento de los ambientes educativos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Investigador Responsable en la UMF 5
Dr. Prieto López Juan Gabriel
Médico General
Matrícula 11117397
UMF 5 avenida, Marina Nacional S/N, Colonia Anáhuac,
1 sección CP 11320, ciudad de México
Tel. 55-5399-9044

lker_qabo20051974@hotmail.com

Colaboradores:

Dr. Francisco Hernández Pérez
Médico Urgenciólogo, profesor médico Matricula. 9740708
CMN siglo XXI Avenida Cuauhtémoc S/N colonia doctores
Tel. 55 4343-8657.
francisco.hdez@imss.gob

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Dr. Prieto López Juan Gabriel
Médico General
Matricula 11117397
UMF 5 avenida, Marina Nacional S/N, Colonia Anáhuac,
I sección CP 11320, ciudad de México
Tel. 55-5399-9044
lker_qabo20051974@hotmail.com

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

**ANEXO 2
INSTRUMENTO DE EVALUACION**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 02,23
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 20
Ciudad de México**



Encuesta de Ambiente Educativo (Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM)).

Fecha: _____ Hospital: _____ Folio: _____

Nombre o iniciales:

Edad:

Sexo: _____ 1. Femenino 2. Masculino

Estado Civil: 1. Casado 2. Soltero 3. Unión Libre 4. Viudo 5. Divorciado

Grado de Residencia Médica: 1. Primero 2. Segundo 3. Tercero

La instrucción para la compleción del formulario ha sido: En relación con el ambiente que predomina en la residencia, señale su grado de acuerdo o desacuerdo con lo que se dice en cada enunciado.

1. Acuerdo total,
2. Acuerdo parcial,
3. Desacuerdo parcial y
4. Desacuerdo total.

Enunciado	Acuerdo Total	Acuerdo Parcial	Desacuerdo Parcial	Desacuerdo Total
1. Tengo un programa donde especifica claramente las horas de entrada y salida				
2. Existe un programa en el que han establecido los resultados esperados				
3. Dentro del horario de trabajo semanal, tengo un horario "protegido" para estudiar.				
4. Cuando ingresé, estuve en un programa de inducción al puesto o de orientación				
5. Se me asignan responsabilidades de acuerdo a mi nivel de capacitación.				
6. Tengo una buena supervisión clínica en todo momento.				
7. Existen cierto grado de prejuicios contra los residentes, en especial de recién inicio				
8. Tengo que llevar a cabo ciertas tareas inapropiadas que no me corresponden				
9. Existe un manual informativo _manual instructivo-para los				

residentes de recién ingreso				
10. Los médicos de base tienen buenas habilidades comunicacionales.				
11. Me siento muy exigido.				
12. Tengo facilidades para participar en cursos y otros eventos educativos.				
13. Existe cierto grado de discriminación de género.				
14. Las normas y/o reglas son claras y definidas.				
15. Los médicos de base son entusiastas y saben motivar.				
16. Tengo oportunidades de trabajo en colaboración de otros médicos de mi nivel				
17. Mi horario de trabajo está acorde con la normativa vigente.				
18. Tengo oportunidad de hacerle seguimiento a mis pacientes.				
19. Recibo una adecuada orientación profesional.				
20. Las instalaciones (baños, residencia, aulas) son adecuadas, sobre todo para los residentes de guardia.				
21. El programa de formación es adecuado y relevante a mis necesidades de aprendizaje.				
22. Los médicos de base, frecuentemente me brindan información sobre mi desempeño.				
23. Las actividades docentes están bien organizadas.				
24. Me siento físicamente seguro dentro del hospital.				
25. Predomina una cultura de tolerancia, no de persecución.				
26. Es fácil conseguir comida y bebidas en las guardias.				
27. La cantidad de consultas y estudios son suficientes para mis necesidades de aprendizaje.				
28. Los médicos de base tiene buenas habilidades docentes.				
29. Me siento parte de un equipo de trabajo.				
30. Tengo suficientes oportunidades para aprender y practicar procedimientos.				
31. Mis profesores y demás profesionales son accesibles y responden a mis preguntas.				
32. Mi carga de trabajo es adecuada.				
33. Los médicos de base utilizan todas las oportunidades efectivamente de aprender y enseñar.				
34. El entrenamiento que estoy recibiendo me hace sentir seguro para el ejercicios de mi profesión.				
35. El jefe de residentes y los residentes de mayor jerarquía tiene habilidades suficientes para ser buenos tutores.				
36. Disfruto con otras actividades fuera de mi trabajo.				
37. Me estimulan par que me convierta en un estudiante independiente y autónomo.				
38. A los residentes que tiene dificultades, se les ofrece orientación y más tiempo para practicar hasta lograr un desempeño satisfactorio.				
39. La retroalimentación que me brindan los médicos de base y/o el jefe de residentes me ayuda a identificar mis fortalezas y debilidades.				
40. Predomina un clima de mutuo respeto.				