

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO**



**PERCEPCIÓN DE DOCENTES Y EGRESADOS
DEL PROCESO DE EVALUACIÓN FINAL DEL
PROGRAMA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA
PEDIÁTRICA, UNIVERSIDAD DE CHILE.**

CAROLINA HERESI VENEGAS

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGISTER EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

Directora de Tesis: Prof. Teresa Millán Klüsse

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO**

INFORME DE APROBACION TESIS DE MAGISTER

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magister presentada por la candidata

CAROLINA HERESI VENEGAS

ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de Magister en Educación en Ciencias de la Salud en el Examen de Defensa de Tesis rendido el día 21 de diciembre de 2017.

**Prof. Teresa Millan Klüsse
Directora de Tesis**

COMISION INFORMANTE DE TESIS

Prof. Rigoberto Marin

Prof. Dra. Verónica Fernández

**Prof. Dr. Pedro Herskovic
Presidente Comisión**

Agradecimientos

Nuevamente agradezco a todos los participantes. Me regalaron generosamente su tiempo para sentarnos a conversar y reflexionar juntos sobre lo que hacemos a diario.

Las sugerencias de Dr. Carlos Brailovsky y de Prof. Viviana Sobrero fueron fundamentales en la elaboración inicial del proyecto. El desarrollo de esta investigación no habría sido posible sin el apoyo constante de mis profesoras Dra. María de los Ángeles Avaria y Dra. Karin Kleisnteuber.

Por sobretodo agradezco la guía de Prof. Teresa Millan, quien a pesar de todo, continuó a mi lado impulsándome hasta completar esta tarea.

Finalmente agradezco la paciencia de Nico, la rigurosidad de Pablo, y el ejemplo de mi amiga Daniela, que han estado presentes durante todo este largo proceso. Probablemente sin ellos no habría llegado hasta aquí.

Índice

| | Página |
|--|--------|
| Resumen | 02 |
| Abstract | 05 |
| Introducción | 07 |
| Marco Teórico Conceptual | 08 |
| A. Razonamiento Clínico | 08 |
| B. Estrategias de evaluación del desempeño clínico | 11 |
| C. Estrategias de evaluación de instrumentos: Modelo de Utilidad | 14 |
| Marco Metodológico | 18 |
| Problema de Investigación | 22 |
| A. Contexto | 22 |
| B. Problema | 24 |
| C. Preguntas de Investigación | 25 |
| Hipótesis/Supuestos | 25 |
| Objetivos | 26 |
| Diseño Metodológico | 27 |
| Participantes | 29 |
| Resultados | 31 |
| A. Visión General | 31 |
| B. Significado del examen final | 34 |
| C. Realidad Actual | 37 |
| D. Variables del Modelo de Utilidad | 49 |
| E. Razonamiento Clínico | 56 |
| F. Categorías emergentes | 61 |
| G. Propuesta de mejoras de los participantes | 63 |
| Discusión | 67 |
| Conclusiones | 75 |
| Presentaciones derivadas de la Tesis | 77 |
| Bibliografía | 81 |
| | |
| Anexo 1: Carta de aprobación del Comité de Ética | 82 |
| Anexo 2: Plan de Entrevistas | 85 |
| Anexo 3: Consentimiento Informado | 89 |
| Anexo 4: Categorías Propuestas | 90 |
| Anexo 5: Certificados Presentaciones | 94 |

Resumen

La evaluación del desempeño clínico, y en particular de la competencia compleja Razonamiento Clínico es un desafío para los equipos docentes a cargo de programas de formación de especialistas. Es necesario contar con herramientas de evaluación válidas, confiables y aceptadas para realizar evaluaciones que den cuenta de esta competencia compleja, tanto en instancias formativas, como sumativas.

El Programa de Título de Especialista en Neurología Pediátrica de la Universidad de Chile cuenta con tres centros formadores, ubicados geográficamente en los Campus Norte, Oriente y Centro. Tiene un proceso de evaluación final común para los tres centros formadores, constituido por exámenes orales.

Los objetivos de esta investigación fueron comprender desde la percepción de los docentes y egresados del Programa el proceso de evaluación final común a los tres centros formadores, la valoración del Razonamiento Clínico durante el examen final y las eventuales propuestas de mejoras. Se diseñó un estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico, y entrevistas semi-estructuradas a los participantes del proceso, usando la triangulación como criterio de rigor principal. Entre enero 2013 y junio 2015 se realizaron 23 exámenes finales, con la participación de 16 docentes. Accedieron a participar de este estudio 11 egresados y 14 docentes.

El examen final fue percibido por la mayoría de los participantes como confiable y válido, valorado como importante instancia de aprendizaje y aceptado por los equipos docentes, y en menor medida por los egresados. Sin embargo, al profundizar en las características del examen se observaron importantes problemas de Validez y Confiabilidad, relacionados principalmente con la inexistencia de tabla de especificaciones, y ausencia de pauta de observación de los encuentros clínicos. Además se reconocen que la ansiedad del egresado

puede interferir fuertemente con su desempeño, existen dificultades de planificación, diferencias en la ejecución del examen práctico entre los diferentes docentes, ausencia de retroalimentación formal, y poca formación de los evaluadores.

La principal barrera reconocida por todos los participantes fue la exigencia del trabajo de investigación para acceder al examen final, pero eliminarlo no se percibe como una solución adecuada. Los docentes reconocieron espontáneamente la necesidad de mejorar el entrenamiento de los evaluadores. Los participantes valoraron el proceso evaluativo previo, y en ese sentido el examen final fue percibido por algunos como una ceremonia o trámite.

Respecto del Razonamiento Clínico, la mayoría de los participantes reconocieron la recolección de antecedentes y la realización de un examen neurológico exhaustivo como una etapa fundamental en el proceso. Dentro de las particularidades del Razonamiento Clínico en Neurología Pediátrica destacaron: dimensión desarrollo psicomotor, correlato anátomo-clínico (diagnóstico localizadorio), realización de diagnóstico diferencial amplio y priorización de los problemas por gravedad, frecuencia y posibilidad de tratamiento específico. Los participantes percibieron que esta competencia compleja puede evaluarse en los exámenes prácticos en la medida en que se basen en la observación de encuentros clínicos reales, y en el examen teórico con preguntas adecuadas.

Como propuestas de mejoras la mayoría de los participantes coincidieron en sugerir el desarrollo de pautas de observación (rúbricas) del desempeño clínico, desarrollar preguntas pre-establecidas para el examen teórico, mejorar la planificación del examen, y optimizar el desarrollo del trabajo de investigación durante el proceso de formación.

En síntesis, el proceso de examen final fue valorado en general positivamente. Sin embargo, se reconocen problemas de Validez y Confiabilidad, que generan la necesidad de incorporar estrategias e instrumentos que lo mejoren, como la observación estandarizada de al menos 10 encuentros clínicos,

el desarrollo de preguntas pre-establecidas para el examen teórico, la incorporación de retroalimentación formal y la capacitación de los evaluadores.

El proyecto fue aprobado por la Escuela de Postgrado y por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Anexo 1).

Abstract

The evaluation of clinical competence, and in particular of Clinical Reasoning, is a challenge for the medical teachers. It is necessary to have valid, reliable and accepted tools to perform evaluations that assess for this complex competence, both in formative and summative instances.

The Program for Specialization in Pediatric Neurology of the University of Chile has three training centers, located geographically in the North, East and Central Campus. There is a common final evaluation process for the three training centers, consisting in oral exams.

The objectives of this research were to understand the final evaluation process from the perception of the teachers and graduates that participate, to understand the evaluation of the Clinical Reasoning during the final examination, and to collect possible proposals for improvements.

A qualitative study was designed, with a phenomenological approach, and semi-structured interviews to the participants of the process, using triangulation as a criterion of rigor. Between January 2013 and June 2015, 23 final exams were held, with the participation of 16 teachers. 11 graduates and 14 teachers agreed to participate in this study.

The final exam was perceived by most of the participants as reliable and valid, was valued as an important instance of learning and was accepted by the teaching teams, and to a lesser extent by the graduates. However, by looking deeply the characteristics of the examination, important Validity and Reliability problems were observed, mainly related to the lack of a table of specifications and the absence of observation guidelines for clinical encounters. It is also recognized that the anxiety of the graduate can strongly interfere with their performance, there are planning difficulties, differences in the execution of the practical exam between the different teachers, absence of formal feedback, and insufficient training of the evaluators.

The main barrier recognized by all the participants (teachers and graduates) was the requirement of performing a scientific research in order to access the final exam. But, eliminating this it is not perceived as an adequate solution. The teachers spontaneously recognized the need to improve the training of the evaluators. The participants valued the previous evaluation processes, and in that sense the final exam was perceived by some as a ceremony.

Regarding the Clinical Reasoning, most of the participants recognized the collection of antecedents and the performance of a thorough neurological examination as a fundamental stage in the process. Within the particularities of the Clinical Reasoning in Pediatric Neurology, the following stand out: psychomotor development dimension, anatomical-clinical correlate (localizatory diagnosis), realization of a wide differential diagnosis and prioritization of the problems by severity, frequency and possibility of treatment. The participants perceived that this complex competence can be evaluated in the practical exams insofar as they are based on the observation of real clinical encounters, and in the theoretical examination with adequate questions.

As proposals for improvements, most participants agreed to suggest the introduction of rubrics to assess clinical performance, develop pre-established questions for the theoretical examination, improve the planning of the exam, and optimize the development of the research during the training process.

In summary, the final examination process was generally valued positively, but Validity and Reliability problems are recognized. It is necessary to incorporate strategies and instruments that improve it, such as the standardized observation of at least 10 clinical encounters, the development of standardized questions for the theoretical exam, the incorporation of formal feedback and improve training of the evaluators.

Introducción

Los Programas de Formación de Especialidades Médicas deben contar con procesos de evaluación final que den cuenta de los objetivos del Programa y al mismo tiempo certifiquen la calidad del profesional egresado. Uno de los principales objetivos de todo programa de formación de especialistas es el desarrollo de la competencia clínica en el ámbito de la especialidad. La evaluación de esta competencia es un proceso complejo dado que no hay consenso en relación a sus componentes ni a los mejores instrumentos para dar cuenta de ellos (van der Vleuten, 1996). Existe creciente preocupación a nivel mundial en este aspecto, lo que se refleja en un progresivo número de publicaciones en los últimos años (Pelgrim et al., 2011).

El desafío en la etapa de formación de especialistas es lograr evaluar el desempeño clínico auténtico, utilizando instrumentos de evaluación válidos y con resultados confiables (Pelgrim et al., 2011). Sin embargo, hasta la fecha no se ha diseñado un instrumento único que cumpla con este objetivo, por lo que los expertos proponen contar con un conjunto de instrumentos para evaluar esta competencia compleja (Epstein, 2007; Wass et al., 2001).

La evaluación final del Programa cuenta con 3 días de exámenes prácticos y un examen teórico oral final, con una comisión de docentes de los tres centros formadores que lo conforman, de acuerdo a la normativa de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El proceso actual es altamente heterogéneo, no cuenta con herramientas estructuradas y ha sido objeto de discusión de los equipos docentes con el plan de mejorar la calidad del proceso, sin producirse modificaciones en los últimos años.

Marco Teórico Conceptual

A. Razonamiento Clínico

El Razonamiento Clínico es una competencia compleja fundamental para el médico. Es el proceso cognitivo mediante el cual se plantean los diagnósticos, y se planifica el manejo más adecuado y seguro para el paciente (Croskerry, 2009). El Razonamiento Clínico no sólo necesita tener conocimientos, sino que se desarrolla en la medida en que se establece experiencia a través de la práctica clínica (Baño et al., 2011). Los programas de formación de especialistas entrenan a los médicos para desarrollar el Razonamiento Clínico en el ámbito de la especialidad, y esta competencia compleja debe ser evaluada durante el programa de formación de manera formativa y sumativa.

En las últimas décadas se han publicado numerosas investigaciones y artículos de revisión en relación a los mecanismos cognitivos implicados en el Razonamiento Clínico. El modelo de Procesamiento Dual es el modelo dominante en la literatura, se compone de un sistema 1, no-analítico, intuitivo, heurístico, poco consciente, automático y rápido; y un sistema 2, analítico, sistemático, consciente y lento (Croskerry, 2009; Marcum, 2012). El modelo de Procesamiento Dual plantea que el Razonamiento Clínico se inicia con el sistema 1, no-analítico, que procesa la información clínica y la contrasta con un conjunto de patrones de enfermedades conocidos, adquiridos a través de la práctica reflexiva (Croskerry, 2009; Durning et al., 2013; Marcum, 2012).

Además de la descripción de estos sistemas de procesamiento, se ha planteado que la meta-cognición tiene un rol, a través del monitoreo del proceso y la reflexión, que impacta en el sistema 2 (Croskerry, 2009). También se ha sugerido que la meta-cognición monitorea el proceso antes de tomar una decisión diagnóstica analítica, y además retroalimenta el sistema 1, reforzando los patrones de enfermedad conocidos para un siguiente encuentro clínico, en un modelo sinérgico (Marcum, 2012).

El reconocimiento de patrones es la forma predominante de razonamiento de los expertos (Coderre et al., 2003; Coderre et al. 2004) y se ha reportado que esta estrategia se relaciona con mejor éxito diagnóstico comparado con la estrategia hipotético-deductiva (Coderre et al., 2003). Al enfrentarse a problemas cotidianos, los expertos usan tres veces más el tipo de razonamiento no-analítico que el analítico hipotético-deductivo, comparados con estudiantes de último año de medicina, quienes usan en su mayoría el razonamiento hipotético-deductivo (Coderre et al., 2004).

El reconocimiento de patrones es posible en la medida en que se tienen disponibles muchos ejemplos en la memoria, adquiridos por la experiencia (Coderre et al., 2003) y la práctica deliberada (Durning et al., 2013). Tanto la experiencia, como la práctica deliberada son elementos que están presentes en los programas de formación de especialistas.

Si el caso clínico no puede ser reconocido, o hay más de un patrón posible, actúa el sistema 2, analítico, donde el procesamiento hipotético-deductivo permite proponer un diagnóstico. Se plantean hipótesis de trabajo y se analizan una a una las características clínicas para aceptar o rechazar las hipótesis planteadas (Croskerry, 2009; Marcum, 2012). El procesamiento analítico es la forma predominante de razonamiento de los no-expertos, y los expertos lo usan cuando el caso es raro y no reconocen ningún patrón (Croskerry, 2009).

Coderre et al. realizaron un estudio en el que evaluaron las estrategias de Razonamiento Clínico de un grupo de expertos y las compararon con las estrategias de un grupo de estudiantes, frente a casos clínicos presentados en papel (no en escenario real). Esto lo correlacionaron con la calidad del diagnóstico realizado. Concluyeron que la estrategia de reconocimiento de patrones es 10 veces más efectiva que el razonamiento hipotético-deductivo (Coderre et al., 2003). A pesar de que se trata de un estudio con una muestra pequeña, es frecuentemente citado para mostrar que la estrategia no-analítica se asocia al razonamiento experto, y que es fuente de menos errores que la estrategia analítica.

Monteiro et al. proponen que los expertos no generan más hipótesis, sino mejores hipótesis (Monteiro 2013). En su opinión, la experticia se relacionaría con el conocimiento previo más que con la forma de procesar, puesto que mejores conocimientos se relacionan con mejores patrones de enfermedad, y que el razonamiento clínico es fundamentalmente una tarea de memoria, categorización y reconocimiento.

En los últimos años las investigaciones en el ámbito del Razonamiento Clínico han mostrado que los sistemas 1 (no-analítico) y 2 (analítico) no son mutuamente excluyentes (Ark et al., 2006; Eva et al., 2007; Mamede et al., 2007). Recogiendo estas investigaciones, los últimos modelos de procesamiento del Razonamiento Clínico proponen que los sistemas 1 y 2 no están desacoplados, sino que funcionan en forma sinérgica, monitorizados y enriquecidos por la metacognición (Croskerry, 2009; Marcum, 2012; Monteiro 2013).

Inicialmente se planteó que los errores diagnósticos suceden cuando el sistema 2 (analítico) no actúa, sugiriendo que el sistema 1 (no-analítico) es la fuente de errores frecuentes (Croskerry, 2009). Sin embargo, revisiones posteriores muestran que existe poca evidencia formal de que los errores diagnósticos se deban a procesamiento relacionado con el sistema 1 (Monteiro 2013; Norman 2010). Por el contrario, los errores diagnósticos tienen múltiples causas, no sólo son consecuencia de sesgos cognitivos relacionados con el sistema 1, y puede suceder en ambos sistemas de procesamiento (Monteiro, 2013; Norman, 2010).

En el mismo ámbito de estudio de los errores diagnósticos, Eva et al. plantean que Razonamiento Clínico basado exclusivamente en la estrategia no-analítica puede ser susceptible a errores relacionados con no considerar aspectos claves del cuadro clínico que no calzan con el patrón conocido, y que pueden relacionarse con diagnósticos alternativos. Por otro lado, cuando se realiza Razonamiento Clínico basado exclusivamente en estrategia analítica, pueden cometerse errores por evaluar el caso profundamente en sus diferentes aspectos, dándole demasiada importancia a aspectos distractores, perdiendo la visión de conjunto (Eva et al., 2007).

Como se ha descrito, el Razonamiento Clínico implica procesos cognitivos complejos. Se trata de una competencia fundamental para el médico. Se han propuesto varias estrategias para desarrollar el Razonamiento Clínico, como por ejemplo ayudar a los estudiantes a construir una representación del problema clínico destacando los aspectos relevantes, comparando las diferentes posibilidades diagnósticas, y resumiéndolo en una frase que destaque estos aspectos (Bowen, 2006). En nuestro medio la enseñanza de los diferentes mecanismos involucrados en el desarrollo del Razonamiento Clínico es heterogénea y poco sistematizada (Wainstein, 2009). Actualmente se realiza por modelaje del médico tutor a su estudiante, en la actividad docente-asistencial, lo que se hace en forma intuitiva, y sin asociarse a una evaluación estructurada (Montaldo & Herskovic, 2013).

B. Estrategias de evaluación del desempeño clínico

La evaluación del Razonamiento Clínico constituye un gran desafío dado que se trata de una actividad cognitiva compleja (Durning et al., 2013; Gormaz & Brailovsky, 2012). La evaluación del Razonamiento Clínico con estrategias válidas y confiables es indispensable dentro de los programas de formación (Gormaz & Brailovsky, 2012).

Se han descrito múltiples estrategias para intentar evaluar el producto del Razonamiento Clínico de los estudiantes (Modi, 2015). Dentro de las evaluaciones escritas utilizadas destacan las preguntas de selección múltiple con viñeta clínica (Modi, 2015), la Prueba de Elementos Clave (“Key Feature test”) (Page, 1995), y el test de Concordancia de Scripts (Charlin, 1998). Tradicionalmente se ha planteado que el Razonamiento Clínico se puede evaluar con exámenes orales, analizando un caso clínico en extenso (Modi, 2015), o evaluando un encuentro clínico con un paciente real usando una pauta de observación estructurada (Gleeson, 1997). Estas herramientas requieren alto consumo de tiempo, y para que la evaluación de este tipo tenga adecuada validez

de contenido y fidelidad se necesita una amplia variedad de casos, lo que requiere alto consumo de recursos (Coderre et al., 2004).

Se ha investigado el desarrollo de nuevas herramientas que permitan evaluar el Razonamiento Clínico de manera más viable, y con buenos parámetros de Validez, Confiabilidad y fidelidad. A pesar de la variedad de métodos publicados, no ha sido posible desarrollar una única herramienta que cumpla con todos los criterios de calidad, y se sugiere que es posible evaluar el Razonamiento Clínico desde varias perspectivas en vez de desarrollar una herramienta única (Modi, 2015; Schuwirth, 2009).

Hasta ahora no se ha desarrollado un instrumento único que entregue información suficiente para evaluar adecuadamente el desempeño clínico, dado que se trata de una competencia compleja (Epstein, 2007; Miller, 1990; Wass, et al., 2001).

Para graficar la complejidad de la evaluación del desempeño clínico, Miller propuso una pirámide con 4 niveles (Miller, 1990). Este marco conceptual ha sido utilizado por numerosos autores desde su publicación en 1990. El nivel basal (“Knows/Conoce”) se refiere a los conocimientos necesarios para llevar a cabo las funciones eficientemente. Miller destaca que evaluar este nivel es indudablemente importante, sin embargo no es suficiente para dar cuenta del desempeño clínico (Miller, 1990).

El segundo nivel (“Knows How/Conoce cómo”) se refiere al uso del conocimiento, las habilidades para adquirir la información, el análisis e interpretación de esta, y su traducción en un diagnóstico racional y en un plan de manejo. Plantea que este nivel es equivalente al concepto de “competencia” de Webster, porque requiere suficiente conocimiento, asociado a juicio, habilidades y fuerza para desempeñar una tarea particular (Miller, 1990).

El tercer nivel de la Pirámide (“Shows How/Muestra cómo”) se refiere a la puesta en práctica de los niveles anteriores. El cuarto nivel (“Does/Hace”) se

refiere al desempeño en el mundo real, y es el nivel más difícil de evaluar en forma confiable y precisa (Miller, 1990).

Las evaluaciones en los niveles bajos de la Pirámide de Miller no necesariamente predicen buenos resultados en los niveles más altos (Miller, 1990), por lo que es necesario diseñar estrategias específicas para cada nivel. Este aspecto se ha estudiado poco y los expertos reconocen como un desafío el diseñar estrategias evaluativas que sean válidas y confiables para los niveles altos de la pirámide (Wass, 2001).

Los programas de formación de especialistas necesitan contar con métodos de evaluación que permitan acceder al desempeño auténtico, con casos clínicos reales (Memon et al., 2010), lo que se enmarca en el último nivel de la Pirámide de Miller (“Does/Hace”).

Los exámenes orales, que incluyen la evaluación de encuentros clínicos reales y las interrogaciones orales, son muy usados a nivel mundial en la evaluación de los programas de formación de especialistas en Medicina (Memon et al., 2010). Se ha observado que permiten evaluar efectivamente el proceso de toma de decisiones, las habilidades inter-personales y las intra-personales, como la confianza y la conciencia de sí mismo (Memon et al., 2010).

La evaluación de los encuentros clínicos con pacientes reales permite acceder al nivel más alto de la Pirámide de Miller (Miller, 1990). El evaluador puede observar el desempeño real del estudiante, y evaluar el producto del Razonamiento Clínico en un contexto real. Por otro lado, la interrogación oral puede acceder a los niveles altos de la Pirámide de Miller, o bien, puede quedarse en los niveles más bajos, dependiendo de cómo se planifiquen y ejecuten las preguntas. Por ejemplo, si la pregunta tiene relación con un caso clínico, puede observarse el Razonamiento Clínico del evaluado, pero si se preguntan listados de causas de un síndrome clínico particular, sólo se puede evaluar conocimiento factual. La planificación del examen oral, es fundamental para conseguir los objetivos que se propone la evaluación.

La evaluación final del Programa de Formación de Especialistas tiene entre sus objetivos certificar frente a la sociedad la competencia del egresado. Dada la importancia del resultado, este tipo de evaluaciones deben contar con puntos de corte definidos según un estándar, sobre el cual el médico que cumple con los requisitos está habilitado para ejercer en el marco de la especialidad (Wass, et al., 2001). Esto implica que los docentes involucrados en el proceso de evaluación compartan los criterios que definen el punto de corte.

A pesar del creciente desarrollo y estudio de instrumentos de evaluación práctica estructurados, los investigadores destacan la importancia de contar con “juicio de expertos” en la evaluación de los médicos en programas de formación de especialistas, con estrategias relacionadas con criterios de rigor derivado de la investigación cualitativa, lo que es de vital importancia en la etapa de evaluación sumativa (van der Vleuten, et al., 2010). Esto hasta ahora no ha sido reconocido formalmente en nuestro medio local.

C. Estrategias de evaluación de los instrumentos: Modelo de Utilidad

En 1996 van der Vleuten propuso el Modelo de Utilidad para evaluar los instrumentos de evaluación de la competencia clínica (van der Vleuten, 1996), que ha sido utilizado por numerosos autores en los siguientes años para describir las características de los instrumentos de evaluación utilizados en pregrado y postgrado. Las variables que considera relevantes dentro del Modelo de Utilidad son Confiabilidad, Validez, Impacto Educativo, Aceptabilidad, y Costos, y lo plantea como una ecuación conceptual donde cada una de estas variables contribuye con diferente peso a la Utilidad del instrumento. Si una de estas variables tiene valor cero, el instrumento es inútil. El peso de cada una de estas variables puede variar en función de los objetivos de la evaluación. Por ejemplo, en una evaluación formativa va a ser muy relevante el impacto del instrumento sobre el aprendizaje, mientras que en una evaluación sumativa, donde se toman decisiones importantes como aprobar o reprobar al estudiante, los pesos de las variables Confiabilidad y Validez deben ser muy altos (van der Vleuten, 1996).

La Confiabilidad es una medición de la reproducibilidad de los resultados y la consistencia de un instrumento de evaluación (Wass, et al., 2001). Puede ser afectada por muchos factores, como el juicio de los evaluadores, los casos usados, el nerviosismo del evaluado y las condiciones del examen utilizado (Wass, et al., 2001).

Se ha observado que los médicos no se desempeñan igual frente a diferentes tareas (Swanson, 1995), y esta es la base para que los expertos planteen la necesidad de contar con un amplio número de casos para obtener altos niveles de Confiabilidad (Memon et al., 2010; Wass, et al., 2003).

La Validez se define como la medida en que el instrumento utilizado mide lo que se propone medir (van der Vleuten, 1996; Wass, et al., 2001). Se relaciona con los contenidos, habilidades, y actitudes que se logran evaluar con el instrumento, de acuerdo a los objetivos planteados. La Validez del instrumento de evaluación depende más del formato en el que se presenta la pregunta, que del formato de respuesta (van der Vleuten, 1996), lo que es importante de considerar en el diseño de los instrumentos.

La Validez de un instrumento de evaluación puede verse afectada por usar un número insuficiente de preguntas o de encuentros clínicos, usar casos poco representativos, demasiado fáciles, o demasiado difíciles, utilizar pautas de observación ambiguas, y evaluadores poco entrenados (Downing & Haladyna, 2004). Al planificar el uso de las pautas de observación es necesario considerar que pueden existir amenazas a la Validez determinadas por errores sistemáticos en la calificación como el error de tendencia central (clasificar al estudiante en el centro de la pauta de observación), fallas en el uso de todos los puntos de la pauta de observación, y el efecto halo, que se produce cuando el evaluador desconoce los rasgos a evaluar, y los considera todos como uno solo (Downing & Haladyna, 2004).

En relación a la variable Impacto Educativo se ha descrito que el aprendizaje es guiado por la evaluación (Epstein, 2007; Wass, et al., 2001). La evaluación impacta el aprendizaje, en cuanto a los contenidos que son priorizados

en la evaluación, las características de los instrumentos utilizados, la frecuencia en que se realiza y la presencia o no de retroalimentación, entre otros aspectos (Gleeson, 1997). Esto determina el desafío de diseñar estrategias de evaluación que estimulen los aprendizajes deseados (van der Vleuten, 1996), teniendo en cuenta los posibles impactos negativos o no deseados que pueda tener la estrategia implementada (Epstein, 2007). El impacto sobre el aprendizaje a veces es difícil de predecir, y por esta razón debe ser monitoreado permanentemente (van der Vleuten, 1996).

La variable Aceptabilidad se refiere al grado de aceptación del instrumento entre los evaluadores y evaluados. Un instrumento de evaluación tiene sobrevida corta si no es aceptado por los participantes (van der Vleuten, 1996). En esta variable se incluyen aspectos como la percepción de justicia del instrumento utilizado.

En relación a los Costos se ha descrito que los procesos de evaluación de alta fidelidad son costosos. Para contener los costos es fundamental contar con estrategias eficientes de evaluación (van der Vleuten, 1996), lo que debe ser incluido en el análisis de los sistemas de evaluación.

Se ha discutido la objetividad, Validez y Confiabilidad de evaluaciones como los exámenes prácticos con pacientes reales (llamados “long case” en la literatura) y de las interrogaciones orales. Los resultados de las investigaciones en este ámbito han mostrado que es posible mejorar la Validez y Confiabilidad de este tipo de exámenes con medidas sencillas de implementar, como aumentar el número de casos (Wass et al., 2003), observar directamente el encuentro clínico (Gleeson, 1997; Pelgrim et al., 2011; Wass, et al., 2001) y usar pautas de observación de encuentros clínicos reales, estructuradas, y con fuerte énfasis en la retroalimentación (Pelgrim et al., 2011).

Las pautas de observación estructuradas se han estudiado bajo el Modelo de Utilidad de van der Vleuten (van der Vleuten, 1996), observándose que comparten niveles de Aceptabilidad altos, Confiabilidad adecuada cuando se usan 10 o más encuentros clínicos, y que las variables de Validez e Impacto

Educacional no cuentan con suficientes estudios que permitan obtener conclusiones (Pelgrim et al., 2011). Es importante destacar que los expertos señalan que el entrenamiento de los docentes en estrategias de evaluación es fundamental para mejorar las variables Validez y Confiabilidad (Norcini, 2002; Wakeford, et al., 1995).

Marco Teórico Metodológico

En el ámbito de la Educación Médica, el desarrollo de investigación es fundamental para que los equipos docentes puedan tomar decisiones basadas en la mejor evidencia disponible (Tavakol & Sandars, 2014a). Se ha reconocido el aporte de la investigación cuantitativa y cualitativa, las que a pesar de basarse en paradigmas diferentes, con diferentes bases ontológicas y epistemológicas, pueden contribuir en forma complementaria al desarrollo de estrategias de enseñanza/aprendizaje en forma significativa (Tavakol & Sandars, 2014a). La metodología cuantitativa, cualitativa o mixta debe elegirse en función de la pregunta de investigación (Colliver & Verhulst, 1996).

La investigación cualitativa en Educación Médica se justifica en la medida en que el objeto de investigación es una serie de procesos complejos (Bunniss & Kelly, 2010). Al contrario de la investigación cuantitativa, basada en el paradigma positivista, la investigación cualitativa, basada en el paradigma interpretativo (Bunniss & Kelly, 2010), busca comprender la complejidad, más que reducir la realidad. Este tipo de investigación busca significados en vez de control de las variables, y usa técnicas de muestreo por propósito en vez de muestras aleatorias (Pascal, et al., 2011). La investigación cualitativa entrega herramientas para generar conocimiento, producir y explicar modelos y teorías, de manera inductiva (Tavakol & Sandars, 2014b). Los diseños del proceso de investigación cualitativa son flexibles y abiertos, sin claras fronteras entre ellos, por lo que es posible que un estudio cualitativo incluya elementos de más de un tipo de diseño (Hernández-Sampieri, et al., 2010).

Dentro de los diseños de investigación cualitativa, el enfoque fenomenológico es el estudio de los eventos desde la perspectiva de los participantes (Tavakol & Sandars, 2014b). La fenomenología nace de la filosofía europea de inicios de siglo XX, y su objetivo es contribuir a comprender profundamente las experiencias vividas, por lo que su objeto de estudio son las personas que han experimentado el fenómeno de interés (Starks & Trinidad, 2007). La realidad, construida socialmente, en el enfoque de la fenomenología se

comprende desde la experiencia de los participantes. Accediendo a la experiencia de los participantes los investigadores logran comprender los significados y percepciones de éstos (Pascal et al., 2011).

En el enfoque fenomenológico la información se obtiene a través de la observación de los participantes en el contexto donde sucede el fenómeno, o a través de entrevistas donde los participantes describen la experiencia (Starks & Trinidad, 2007). También pueden utilizarse grupos focales, recolección de documentos y biografías que permitan recolectar información de la personas que han experimentado el fenómeno de interés (Hernández-Sampieri et al., 2010). Generalmente la muestra en este tipo de estudios se compone por 1 a 10 personas (Starks & Trinidad, 2007).

En el análisis de la información en el enfoque fenomenológico se busca identificar los descriptores del fenómeno, agruparlos en categorías discretas y a partir de ellas describir la esencia y la estructura de la experiencia (Starks & Trinidad, 2007). Este proceso de interpretación de los datos es iterativo, inductivo, con contextualización y descontextualización, donde el investigador es un instrumento de análisis (Starks & Trinidad, 2007), con el rol de contribuir a la construcción social del conocimiento (Pascal et al., 2011).

Criterios de Rigor en Investigación Cualitativa

Lincoln y Guba plantearon en 1985 criterios de rigor para la investigación cualitativa (Lincoln & Guba, 1985), introduciendo los conceptos de credibilidad, dependencia, confirmabilidad y transferabilidad (aplicabilidad/generalización), y aunque no hay un consenso explícito acerca de estos conceptos, se siguen usando en la actualidad (Tavakol & Sandars, 2014b).

Las estrategias para asegurar estos criterios de rigor incluyen triangulación, observación persistente con compromiso prolongado, revisión de la información por pares investigadores para analizar puntos ciegos, hipótesis y resultados, análisis de los casos negativos, y validación comunicativa de los datos e

interpretaciones con los participantes (“member checking”) (Flick, 2012). Algunas de estas estrategias han sido cuestionadas en su rol dentro de los criterios de rigor, sugiriéndose que el uso indiscriminado de estas estrategias en cualquier tipo de investigación cualitativa puede ser dañino para el propósito de realizar investigación rigurosa (Morse, 2015). En particular, la incorporación del análisis de los resultados por parte de los participantes (“member checking”) parece no contribuir a la validez ni a la confiabilidad (Morse, 2015).

Recientemente Tracy introduce ocho conceptos para orientar el desarrollo de investigación cualitativa de alta calidad, tomando los criterios desarrollados previamente por otros autores, a partir de lo propuesto por Guba y Lincoln, desde diferentes metodologías cualitativas y destacando la flexibilidad de los criterios dependiendo de los objetivos de la investigación (Tracy, 2010). Los criterios son:

- Tema digno (“worthy topic”): el problema a investigar es relevante, significativo e interesante.
- Rigor (“rich rigor”): la investigación se basa en un constructo teórico adecuado, tiene muestreo adecuado, con un tiempo de observación adecuado, en un contexto adecuado, con recolección de datos y análisis de ellos suficiente, complejo y adecuado.
- Sinceridad (“sincerity”): el estudio tiene reflexión sobre los valores, eventuales sesgos y la perspectiva del investigador. Los métodos utilizados son transparentes, es decir, están adecuadamente descritos.
- Credibilidad (“credibility”): existen descripciones profundas y extensas que permiten al lector confiar en los resultados e interpretaciones, se incluyen reflexiones de los participantes, existe triangulación o cristalización de los resultados. En suma, los resultados son verosímiles y plausibles.
- Resonancia (“resonance”): la investigación va a influenciar a lectores particulares, puesto que contiene representaciones evocativas, generalizaciones naturalísticas y resultados transferibles.
- Contribución significativa (“significant contribution”): la investigación aporta significativamente en los aspectos conceptuales, prácticos, morales, metodológicos o heurísticos.

- Ética (“ethical”): se consideraron los aspectos éticos, tanto metodológicos, culturales y relacionales.
- Coherencia significativa (“meaningful coherence”): el estudio logra lo que se propuso, usa métodos adecuados para alcanzar los objetivos, y tiene conexión entre la literatura, la pregunta de investigación y las interpretaciones de los resultados.

Problema de Investigación:

A. Contexto

El Programa de Título de Especialista en Neurología Pediátrica de la Universidad de Chile se imparte en 3 centros formadores, ubicados geográficamente en los Campus Norte, Oriente y Centro, con un programa común, y por lo tanto cuenta con un sistema de evaluación final común, de acuerdo a los requisitos planteados por la Comisión Nacional de Acreditación. El Programa actual está elaborado por objetivos y por contenidos, y aún no ha sido sometido a un proceso de innovación hacia un currículum por competencias. No cuenta con un perfil de egreso explícito, sino que está descrito en función de objetivos generales (Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, 2015). El objetivo general del Programa señala que el estudiante “estará capacitado para abordar y resolver con autonomía los problemas específicos de la Neurología Pediátrica en su ejercicio profesional, con la madurez suficiente para actuar con prudencia, criterio, responsabilidad y autocrítica” (Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, 2015).

El Programa dura 3 años académicos, y está basado fundamentalmente en práctica clínica supervisada. Cuenta con 4 asignaturas principales, y en cada una de ellas se realizan evaluaciones teóricas, con pruebas escritas, presentación en reuniones y exámenes orales; y evaluación de habilidades y actitudes, con una pauta de observación (“check-list”) completada por los tutores de cada unidad (Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, 2015).

La evaluación final del Programa consiste en 3 días de evaluación práctica en uno de los centros formadores (asignado por sorteo) y una evaluación teórica basada en un examen oral frente a una comisión integrada por tres académicos, con un representante de cada centro formador. Este proceso de evaluación final es común a todos los Programas de Título de Especialistas de la Escuela de Postgrado, y está definido por su reglamento (Universidad de Chile, 2000).

Actualmente la evaluación práctica se realiza de acuerdo al criterio de cada docente participante, sin contar con un instrumento único. El examen teórico final es un examen oral de los contenidos del programa común, con preguntas formuladas por cada uno de los académicos de la comisión. Las respuestas son evaluadas por la comisión, y la calificación final es producto de un consenso entre los docentes participantes.

B. Problema

Existe preocupación en los equipos docentes respecto de la calidad del proceso de evaluación final del Programa. No hay consenso respecto del método a usar en la evaluación práctica, y tampoco existen pautas estandarizadas, lo que se ha prestado para interpretaciones subjetivas y controversiales entre los centros formadores. Aspectos como las habilidades comunicacionales y el profesionalismo son considerados en diferentes magnitudes por los docentes dentro del ámbito del examen práctico, a pesar de estar explicitados dentro de los objetivos específicos del Programa. Por otro lado, no se aplican herramientas formales de evaluación del Razonamiento Clínico, y se asume en forma implícita que este aspecto se evalúa durante los tres días de examen práctico.

Actualmente no existe una planificación formal de las preguntas del examen teórico final, por lo que también se realiza en forma heterogénea dependiendo del criterio de los docentes participantes.

En esta investigación se estudiará la percepción de los participantes en el proceso de evaluación final del Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica de la Universidad de Chile: docentes evaluadores y egresados recientemente evaluados (tres años antes del inicio de la investigación). Se describirá la realidad actual en cuanto a planificación y ejecución del proceso de evaluación final, y percepción de los participantes de las variables del Modelo de Utilidad de van der Vleuten, su opinión respecto de la evaluación de la competencia compleja Razonamiento Clínico y sus propuestas de mejoras.

Los resultados de esta investigación permitirán comprender mejor el proceso de evaluación final, y de esta manera elaborar un plan de mejoras con el objetivo de contar con un sistema de evaluación válido, confiable, aceptado y que oriente el aprendizaje hacia la obtención de los objetivos declarados en el Programa.

C. Preguntas de Investigación

¿Cuál es la percepción de los participantes y significado de las experiencias vividas en su rol de docentes evaluadores y de egresados recientemente evaluados, acerca del proceso de evaluación final del Programa de Título de Especialista en Neurología Pediátrica?

¿Cómo se realiza el proceso actual de evaluación final en opinión de los docentes evaluadores y egresados participantes?

¿Cuánto, qué y cómo se perciben las variables del Modelo de Utilidad por los participantes: Validez, Confiabilidad, Aceptabilidad, e Impacto Educativo?

¿Cuánto, qué y cómo se percibe la evaluación del Razonamiento Clínico durante el proceso de evaluación final?

¿Existen diferencias y/o semejanzas de enfoque sobre el proceso de evaluación final entre los centros formadores?

¿Cuáles son las debilidades y fortalezas del proceso?

¿Sugieren propuestas de mejoras los participantes?

¿Los docentes y estudiantes analizan y retroalimentan los procesos y resultados de la evaluación final?

Hipótesis/Supuestos

Existe heterogeneidad en las evaluaciones práctica y teórica finales del programa, con elección de herramientas de evaluación diferentes entre los diversos docentes de los tres centros formadores, y con ponderación diferente de los diferentes objetivos mencionados en el programa. Dicha heterogeneidad juega en contra de la Validez y Confiabilidad del proceso de evaluación final, y es un aspecto posible de ser mejorado.

El Razonamiento Clínico es una competencia compleja que debiera ser evaluada formalmente durante el proceso de evaluación final, con las particularidades de la especialidad.

Objetivo General

Comprender desde la percepción de los docentes evaluadores y de los egresados del Programa de Título de Especialista en Neurología Pediátrica (Universidad de Chile) el proceso de evaluación final común a los tres centros formadores.

Objetivos Específicos

1. Describir el proceso de evaluación final actual según la opinión de los docentes y egresados.
2. Conocer la percepción de los equipos docentes de los tres centros formadores y egresados respecto del proceso de evaluación final actual en relación a las variables del Modelo de Utilidad de van der Vleuten: Validez, Confiabilidad, Aceptabilidad, Impacto Educativo y Costos (C. Van der Vleuten, 1996).
3. Explorar la opinión de los docentes y egresados respecto de la evaluación de la competencia compleja Razonamiento Clínico durante el proceso de evaluación final.
4. Identificar los enfoques de cada centro formador en relación al proceso de evaluación final.
5. Analizar los aspectos de la evaluación final que pueden optimizarse en opinión de los docentes y egresados del programa.

Diseño Metodológico

Se diseñó un estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico, con el objetivo de comprender el proceso de evaluación final desde la perspectiva de los participantes: docentes y egresados recientes que han completado su proceso de evaluación final. Se seleccionó el enfoque cualitativo para comprender cómo se realiza el proceso de evaluación final del Programa, y cómo se percibe este proceso por los participantes en relación a las variables incluidas en el Modelo de Utilidad de van der Vleuten (van der Vleuten, 1996): Validez, Confiabilidad, Aceptabilidad e Impacto Educativo. Se excluyó la variable Costos para focalizar la entrevista en las otras cuatro, dado que la estructura básica del examen está determinada por el Reglamento de la Escuela de Postgrado y no se utilizan herramientas de alto costo, como simuladores de alta fidelidad o pacientes simulados.

Se estudió además cómo se percibe la evaluación de la competencia compleja Razonamiento Clínico y las particularidades de ésta en el ámbito de la especialidad. Se indagó además sobre las características particulares de cada centro formador en el enfrentamiento del proceso de evaluación final. Comprender el proceso de evaluación final desde la perspectiva de los participantes permitirá reflexionar sobre una propuesta de mejoras participativa.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a docentes de los tres centros formadores y egresados evaluados entre enero 2012 y junio 2015, conformando una muestra a través del muestreo intencional y modalidad opinática, seleccionando a los informantes por su conocimiento del proceso de evaluación final común.

Durante el segundo semestre del año 2015 se dio inicio al proyecto realizando la prueba piloto del instrumento, aplicando la entrevista a un docente evaluador y a dos residentes de tercer año que han participado de exámenes orales del Programa (evaluaciones formativas). A partir del análisis de estas entrevistas pilotos, y de las sugerencias planteadas por los revisores del proyecto

y por una experta en metodología cualitativa, se realizaron modificaciones menores al plan de entrevistas. El plan de entrevistas final tiene 13 preguntas abiertas. Se adjunta en el Anexo 2.

La participación fue voluntaria, con consentimiento informado (Anexo 3), y resguardando la confidencialidad. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas, y posteriormente codificadas y analizadas en una matriz (unidades de análisis de citas textuales) de acuerdo a las categorías teóricas propuestas (Anexo 4), reconociendo categorías emergentes, en un proceso iterativo, de acuerdo al enfoque fenomenológico.

Se utilizaron las orientaciones de Tracy (Tracy, 2010) en el diseño metodológico, y como método de resguardo de la credibilidad se utilizó la triangulación (de espacio), utilizando diferentes fuentes de información (egresados y docentes de diferentes centros formadores).

Participantes:

Se invitó a participar al total de egresados (n= 23) que entre enero 2013 y junio de 2015 fueron evaluados por los equipos docentes (n=16) de los 3 centros formadores de la Universidad de Chile. Accedieron a participar 11 egresados (Tabla 1) y 15 docentes (Tabla 2).

Egresados

Los egresados evaluados fueron entrevistados en forma presencial (n=8) y por video conferencia (n=3). En promedio fueron evaluados 15,5 meses después de egresar (1 mes- 69 meses). Un grupo importante de los egresados entrevistados trabajan en la actualidad en alguno de los tres centros formadores, pero no tienen un rol en las evaluaciones finales del Programa de Formación de Especialistas. Uno de los egresados evaluados en el período que abarca esta investigación tiene desde el 2014 un rol como evaluador, por lo que se incluyó en el grupo Docentes (DO2).

Tabla 1: Características de los egresados entrevistados

| Egresados | Género | Latencia examen | Centro Formador | Centro Evaluador | Situación laboral actual |
|-----------|--------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------------|
| EN1 | F | <1 mes | Norte | Centro | Docente asistencial |
| EN2 | F | 4 meses | Norte | Centro | Asistencial |
| EN3 | F | 19 meses | Norte | Oriente | Asistencial |
| EN4 | F | 33 meses | Norte | Oriente | Asistencial |
| EC1 | F | 8 meses | Centro | Oriente | Docente asistencial |
| EC2 | M | 15 meses | Centro | Norte | Asistencial |
| EC3 | M | 6 meses | Centro | Norte | Asistencial |
| EC4 | F | 11 meses | Centro | Norte | Docente asistencial |
| EC5 | F | 2 meses | Centro | Oriente | Docente asistencial |
| EC6 | F | 2 meses | Centro | Norte | Docente asistencial |
| EO1 | M | 69 meses | Oriente | Centro | Asistencial |

Docentes

En los exámenes finales participan en la actualidad 16 docentes de los tres centros formadores. Una de ellas participó de la entrevista piloto. Posteriormente se realizaron 14 entrevistas a docentes evaluadores (4 campus Norte, 4 campus Oriente y 6 campus Centro). En su mayoría son mujeres, y en promedio tienen 15,6 años en rol docente (2-33 años), y 10,4 años en rol evaluador (1-28 años). Todos los docentes entrevistados que se han incorporado a los equipos en los últimos 20 años han sido estudiantes de postgrado de alguno de los tres centros formadores.

Tabla 2: Características de los docentes entrevistados

| Docentes | | Género | Años en Rol Docente | Años en Rol Evaluador |
|----------------|-----|--------|---------------------|-----------------------|
| Campus Norte | DN1 | F | 33 | 21 |
| | DN2 | F | 17 | 17 |
| | DN3 | F | 12 | 7 |
| | DN4 | M | 5 | 3 |
| Campus Oriente | DO1 | F | 9 | 9 |
| | DO2 | M | 2 | 1,5 |
| | DO3 | M | 32 | 19 |
| | DO4 | F | 9 | 3 |
| Campus Centro | DC1 | F | 29 | 28 |
| | DC2 | F | 20 | 12 |
| | DC3 | F | 12 | 6 |
| | DC4 | F | 13 | 5 |
| | DC5 | F | 11 | 9 |
| | DC6 | F | 14 | 6 |

Resultados

Para facilitar la descripción y comprensión, los resultados se presentarán integrados entre egresados y docentes según las categorías definidas teóricas y emergentes. Se destacan las similitudes, diferencias, acuerdos y desacuerdos entre los grupos estudiados, y los casos únicos.

A. Visión General

La mayoría de los participantes tienen una visión general positiva del examen final. Los egresados lo describen como una experiencia positiva, y más fácil de lo esperado. El proceso de estudio previo se asocia a una perspectiva amenazante, que no se cumple durante la semana de examen práctico, dado que la interacción de los evaluadores fue acogedora y comprensiva.

Los egresados valoran positivamente el examen final en la medida en que lo relacionan con una oportunidad de aprendizaje, destacando que además que el examen práctico es irremplazable. La mayoría de los egresados enfatizan negativamente lo estresante del proceso. Sólo algunos egresados describen visión general negativa, calificándolo como arbitrario, azaroso y poco justo. Una de ellas plantea que es innecesario considerando la fortaleza del proceso evaluativo previo

Dos egresados que fueron evaluados con una latencia larga después de terminar el periodo de formación, describen que haber ejercido como especialistas les dio seguridad en la evaluación práctica.

Se observa diferencia en la visión general de los egresados de acuerdo al género. Las egresadas en general destacan lo estresante que fue el proceso de estudio y ejecución del examen, mientras que los egresados destacan aspectos relacionados con la validación frente a los pares.

“En visión general, yo creo que es un examen muy completo, porque evalúa aspectos prácticos y teóricos concretos, y que en el fondo es una certificación cruzada en el sentido en que los docentes que no te han visto, que teóricamente no te conocen en tres años, ponen a prueba los conocimientos que tú tienes. Ahora, sí creo que es un examen que filtra poco”. (EN2, evaluada en Campus Centro)

“Cuando hice el resumen de la semana yo sentí que fue mucho más fácil de lo que yo pensaba que iba a ser. Yo pensé que iba a ser terrible. Me encontré con algo que pude abordar, que fue amigable de abordar y que.. si bien igual me hicieron preguntas como bien específicas algunos de los docentes, no fue como la tónica general. Les interesó más como me enfrentaba frente a distintas situaciones a que me sabía el gen o la enzima”. (EN1, evaluada en Campus Centro)

“Finalmente los docentes frente a ese momento si bien tiene que evaluar cosas mínimas, saben que ya la tarea está cumplida... tienes que mandarte una volá demasiado terrible para tener que reprob... Como que tendrían que haberte detectado antes...” (EC2, evaluado en Campus Norte)

“En general lo encontré estresante a morir... y de hecho, yo creo que estoy medio disociada con ese periodo, porque para mi fue muy estresante, fue un periodo como de dedicación exclusiva. Con un mes para terminar la tesis y un mes para estudiar. Fue como un periodo de exclusiva dedicación. Y lo otro que encuentro es que como que no evalúa cabalidad todas tus habilidades, como que es muy azaroso, eso es lo que me da la impresión a mi. Y de hecho me tocaron pacientes como que muy bien, algunos, y otros como que muy... dato... como clínica inusual de un cuadro inusual... entonces me pasó que ahí no pude mostrar las habilidades tanto, porque se sale de la norma”. (EC6, evaluada en Campus Norte)

La mayoría de los docentes valoran positivamente el examen final, sobretudo en la etapa de examen práctico. Los aspectos que destacan en lo positivo son la oportunidad de evaluar el desempeño del egresado en un contexto real, la posibilidad de comprender cómo piensa el egresado y el hecho de que la evaluación se realiza por personas que no han participado del proceso formativo previo.

El visión general, además, se destaca que el examen final es un proceso delicado e importante porque en él recae la decisión final de titulación del egresado. Muchos docentes reconocen que el proceso evaluativo previo, durante los 3 años de formación, tienen un rol importante en el momento de calificar el examen final. Se reconoce además la fortaleza del proceso evaluativo previo como una categoría emergente (ver “Fortaleza del proceso evaluativo previo”). Se reconoce que los egresados que se presentan a el examen siempre logran aprobarlo.

Algunos docentes destacan en la visión general la subjetividad de proceso como un aspecto negativo, al relacionarla con arbitrariedad o injusticia. Una minoría de los docentes tienen valoración totalmente negativa del examen final

(un docente de cada centro), por considerarlo subjetivo y arbitrario, estresante e inútil, dado que existe un proceso evaluativo previo que entrega información suficiente respecto del cumplimiento del programa. Una docente plantea eliminar el examen final y fortalecer el proceso evaluativo previo.

“Lo que a mí me gusta del proceso es que es una instancia para ver a la persona trabajar en un entorno hospitalario. Y en el fondo tú puedes ver ciertas habilidades que como docente, corrigiendo pruebas, o haciendo cursos, tú no las podías obtener o son mucho más difíciles de cuantificar. Eso de repente que yo creo que se puede ver como una desventaja, de que sea todo demasiado subjetivo, yo encuentro que tienen sus cosas buenas, como ver ciertas características de la persona que no se pueden ver en un examen escrito o en un OSCE, es la relación con el paciente la jerarquización de los problemas, el orden en la ficha”. (DO2, docente Campus Oriente)

“Yo creo que el examen práctico dividido en 3 días y con la participación del mayor número de docentes permite tener una visión y una aproximación relativamente amplia a los contenidos y a las competencias que supuestamente tiene que tener el egresado (...) Me parece adecuado... Yo creo que adolece de los énfasis diferentes que se dan en los distintos centros. Que eso puede introducir algo de variabilidad. Pero por otro lado, el que sea se supone que tomado por múltiples docentes, que tienen... que le dan distintos matices a la Neurología, creo que es algo que tiende a balancear, al final.” (DN2, docente Campus Norte)

“Nadie se echa el examen (...). El que ya se echó esta cuestión, es porque nunca debería haber llegado a tercero, eso creo yo... Pero sí creo que no todo el mundo debería sacarse un 6,5 o un 6,8” (DO4, docente Campus Oriente)

“Destacar negativamente, es que son exámenes muy subjetivos, que no tienen una pauta de corrección, y es algo que estamos trabajando.” (DN1, docente Campus Norte)

“Esto lo encontraba como destacable y habla bien de la universidad. Acá no ponemos las notas a gente porque la encontramos simpática, buena persona, porque mire, nosotros vemos todos los días que el doctor llega tan temprano y es tan trabajador y hace tanta receta... ¡No!. Te evaluamos desde cero, porque no te conocemos. No tenemos impresión ni buena ni mala”. (DN4, docente Campus Norte)

“Es un proceso delicado, la verdad que no sé si tiene mejores alternativas, esa es la verdad. Creo que es un proceso delicado, y que se trata de evaluar a un sujeto que ha pasado ya por múltiples etapas evaluativas antes, que se supone que su centro formador de alguna manera considera capacitado, que uno sabe que de pronto pueden haber cosas circunstanciales que no necesariamente van a reflejar lo que él es... tal vez otra circunstancia, en fin... entonces, no es fácil. En ese sentido creo que me parece importante y necesario el proceso de evaluación práctica”. (DO1, docente Campus Oriente)

“Yo creo que no debiera haber un examen (final), porque yo creo en los centros formadores debiera tener una forma de evaluación sistemática que evitara ese proceso que es súper estresante y que en realidad no le veo ninguna ganancia final”. (DC6, docente Campus Oriente)

B. Significado del examen final

El significado del examen surgió como categoría emergente al abordar con los participantes la visión general. Se incorporó a la pauta de entrevistas. El examen final significa una instancia de aprendizaje más dentro del proceso de formación para la mayoría de los participantes. Para algunos es un trámite o ceremonia, y para una minoría es una oportunidad de certificarse frente a los demás. Surge en las entrevistas de algunos docentes el significado de evaluación del centro formador del egresado que está siendo evaluado.

Instancia de Aprendizaje

El examen final se percibe como una instancia de aprendizaje tanto por egresados como por los docentes, y en ese sentido es valorado positivamente. Los participantes describen que es una oportunidad de aprendizaje integral, tanto en el proceso de preparación del examen, como durante la ejecución del examen práctico y teórico. Algunos docentes mencionan además que puede verse como instancia de aprendizaje el hecho de conocer otro servicio, ver otro tipo de pacientes, y para aprender de errores cometidos durante el examen. En este sentido se valora muy positivamente la retroalimentación.

“Eso me pasó, yo aprendí un montón en el examen... El estudio previo sirvió para compilar un poco, para resumir lo que tu sabías de manera disgregada, para ordenar, para organizar, y el examen, yo no te lo había mencionado, pero yo sentí en su momento, de parte de todos los docentes un afán como de corregir un poco, pero no en mala, decirte esto en realidad es así, como para que uno aprenda... Yo encuentro que dentro de esas correcciones que el examinador hace también hay un interés, y finalmente un evento de aprendizaje, yo aprendí mucho también, de otras miradas de otras doctoras.” (EC3, evaluado en Campus Norte)

“El examen cambió mi forma de trabajar porque aprendí mucho en el proceso. Al estudiar y al ser evaluada. Hay cosas que durante la beca no se cubrieron, porque en la pasada, justo cuando estuve en el servicio nunca fui a un seminario de eso, nunca vi a un paciente con eso, entonces hay cosas importantes de saber, que no se cubrieron... hay cosas importantes de saber que llegué a estudiar sólo cuando estaba preparando el examen, temas importantes, como epilepsias que son frecuentes, cosas como de UCI o UTI que nosotros no vemos acá, tumores, que nosotros nunca casi los vemos. Y eso me sirvió mucho porque después empiezas a trabajar y las tienes que ver. Entonces yo creo que hay un gran porcentaje de temas de la Neurología Pediátrica que yo estudie solamente al salir de tercero. (...) Y el examen fue muy práctico, eso lo encontré muy positivo, que examinamos juntas, el reflejo para allá, para acá, hazlo así, hazlo así, que también fue muy docente. Y eso es lo positivo.” (EC6, evaluada en Campus Norte)

“Yo creo que el examen además es una instancia de aprendizaje, aunque sea la última situación de la beca. Pero cuando llegan los alumnos de otro centro y dicen no había visto hacerlo así, o que interesante como usted examina tal cosa. Eso yo creo que es valioso (...) Yo creo que el

examen además les sirve como para hacer un último estudio global, integral, que integra la información, y yo creo que integra la información. Es una instancia de aprendizaje". (DN1, docente Campus Norte)

"La retroalimentación es lo que le puede dar sentido a estos exámenes. Porque en el fondo si partimos de la base en que nadie va a reprobado, por principio, porque tienen un montón de notas buenas, y el objetivo del examen es que por lo menos por dos meses el estudiante se dedique a estudiar y aprenda todo lo que no aprendió y además perciba, vaya a otro centro, y vea como se examina un poco distinto, se pregunta un poco distinto y se hace énfasis en cosas distintas, yo creo que eso es un objetivo ganado, de aprendizaje, en el término de la beca." (DN2, docente Campus Norte)

Trámite/Ceremonia

Algunos participantes plantean que el examen final tendría el rol de marcar el final de la etapa de formación, donde se produjo un proceso evaluativo que parece ser más importante que el examen final para evaluar el desempeño del egresado. En este sentido el examen es visualizado como un trámite o ceremonia, porque la decisión de aprobación/reprobación está basada fundamentalmente en el proceso de formación previo.

"Yo creo que ninguno de los centros formadores está dispuesto a reprobado a alguien que no tenga los conocimientos mínimos... Yo creo que ellos sienten que si alguien rindiera mal, bueno, a menos que alguien esté bloqueado y no responde nada en tres días, pero que alguien que responda más o menos, piensan 'bueno, a lo mejor fue el examen, si ha llegado hasta acá con bueno antecedentes...' Veo difícil que reprueben a alguien. En ese sentido no sé si el examen cumple un rol de certificar que alguien es bueno, sino más bien como el fin de una etapa". (EN2, evaluada en Campus Centro)

"No sé si le corresponde a ese examen ser tan exigente o quisquilloso en el detalle de la teoría, sino que ser una instancia más formal, para la cual el sujeto tienen que prepararse más que nada. Yo creo que esa es su utilidad. Como un ritual de fin de ciclo, pero que implica que el sujeto efectivamente se la toma en serio, y que estudia... que tiene que enfrentarse, repasar, integrar, hacer cosas que en general todos hacemos cuando hay que dar ese examen. Y es importante que se haga". (DO1, docente Campus Oriente)

"Siento que es como un trámite, si es que tú has hecho las evaluaciones previas bien hechas, que es lo que estamos haciendo ahora acá. (...) Siento que es como un trámite, porque como vamos a decir que está mal un estudiante que ya lleva tres años formándose en otros centro donde ha sido evaluado constantemente". (DC3, docente Campus Oriente)

"Lo que pasa es yo creo que en el fondo todos los docentes pensamos que si uno llega al examen final, debería haber... es porque aprobó todo lo otro. Entonces es una instancia en la que uno no debiera, salvo que el tipo sea evidentemente desastroso, reprobado a alguien. Porque ya pasó por millones evaluaciones, de filtros previos, pero para mí por lo menos igual es una instancia de aprendizaje, entonces en ese sentido yo creo que es bueno, mostrarle que cosas tiene que reforzar, porque si no queda como un mero trámite, y los meros trámites los podemos obviar". (DN2, docente Campus Norte)

"El examen final es una cosa más bien simbólica, no sé, como... tiene una cosa de ceremonia y que me parece que es importante. La formalidad de terminar". (DO2, docente Campus Oriente)

Certificación

Sólo algunos egresados ven el examen final como una manera de certificarse frente a los demás, y en ese sentido también se valora positivamente. Los docentes no mencionan este aspecto dentro del significado del examen.

“Yo creo que el rol que tiene el examen es el de certificación. O si no, no lo haríamos. Si todos los centros saliéramos convencidos de que sus becados son súper buenos, quizás no sería necesario hacer cosas cruzadas. La idea es objetivar”. (EC1, evaluada en Campus Oriente)

“Es una oportunidad de ponerse a prueba con gente que a uno no lo conoce. Y no es la buena onda de que te conocen de chiquitita, sino que te esta certificando alguien externo. Como una certificación cruzada”. (EN2, evaluada en Campus Centro)

“Fue una bonita experiencia, me sentí muy contento, en realidad me trataron súper bien y significa que yo... me sentí además respaldado, sentí que en realidad tenía una sensación de pertenencia... Antes de eso sentía como que no pertenecía mucho a esta cosa, no me sentía muy respaldado, no me sentía perteneciente todavía... me sentía lejos de pertenecer a un grupo, como que uno estaba en la nada misma, era ni una cosa... entonces me gustó, independiente de cómo me fuera, sentía que estaba haciendo lo correcto, y era lo que tenía que hacer. El cierre de una etapa. (...) Me sentí que pertenecía. Tus profesores de la beca pasan a ser de alguna forma, pasan a ser tus amigos. Ahora sentí que gente que no me conocía, que nunca me habían visto, no sabían quien era, dicen este señor puede seguir en esto. Va en el camino correcto” (EO1, evaluado en Campus Centro)

Evaluación del centro formador

Algunos participantes plantean que el examen final es percibido por los equipos docentes como una manera de poner a prueba el centro formador, lo que podría generar dificultades en la calificación del egresado. Una minoría reconoce que existe una defensa del egresado frente a la comisión, que podría relacionarse con esta idea de evaluación del centro formador.

“En realidad era, para mí, medir lo que yo había aprendido, si eso era aplicable a hacer en otros lados. Como un certificado de un otro que no me conoce, y también como validar el lugar donde yo estuve”. (EN1, evaluada en Campus Centro)

“Aquí hay una sensación de que cuando el becado está dando examen, el centro está dando examen, y eso genera presiones indebidas. Como que poner un 5,5 en un examen es algo que genera repuesta. Entre los docentes.” (DN1, docente Campus Norte)

“Yo creo que defendemos cada uno a su estudiante, y más que defensa en realidad, creo que es hacerle ver a la comisión que fue un alumno de excelencia siempre y que hubo algunos errores que no van a matar a ningún niño”. (DC2, docente Campus Oriente)

C. Realidad actual

a. Planificación

Los egresados preparan el examen tomando como base el programa que reciben al inicio de la formación, y en las últimas semanas previas al examen priorizan el repaso de los contenidos que se privilegian en el centro formador donde rendirán el examen práctico, o las áreas de desarrollo de cada examinador, lo que es reconocido por los equipos docentes. Algunos reconocen solicitar información a sus pares sobre los pacientes hospitalizados en el centro evaluador.

Algunos egresados suspenden todas sus actividades por un tiempo variable (1-3) meses previo al examen para dedicarse en forma exclusiva a estudiar. Otros planifican su estudio dentro de sus actividades laborales.

“La manera en que yo me organicé fue que yo pesqué el programa de Neuropediatría, y hice un listado con todos los temas que ponen ahí como objetivos de aprendizaje. Y además tome de la página de Neuropediatría un listado que la Dra. XX hizo en algún minuto, un listado donde aparecían por temas, como mucho más específico quizás que lo que aparecía en el programa. Y además tomé como guía una pauta que tenían también como los becados anteriores para preparar los temas. (...) Para mí esto fue como el desenlace de los tres años, no fue una cosa nueva que yo primera vez que vi un tema que no había visto nunca... Hubo temas que sí, que revisé por primera vez, que no me había tocado ver directamente, o cosas de ese tipo, pero yo diría que fue los menos”. (EN1, evaluada en Campus Centro)

“Yo lo que hice... fue que busqué en internet todas las cosas que había publicado alguna vez, me leí todos sus papers y me preguntó de eso” (EN4, evaluada en Campus Oriente)

“Cuando supe la comisión que me tocaba obviamente repase los temas que la comisión obviamente estaba más fuerte. O sea, y me tocó trabajar con una... dar examen con una encargada de polisomnografía, me estudié polisomnografía y sueño. También hice eso, calentar un poco la materia esos días. Pero el tiempo anterior fueron 3 meses que yo me dejé todas las tardes hacer... como revisar todo. En realidad no... y lo último, claro, fue calentar la materia de lo que yo suponía que me podían preguntar, pero me tocó gente que en realidad tenía temas para preguntarme cualquier cosa”. (EO1, evaluado en Campus Centro)

“Los egresados van a estudiar más las patologías que uno pregunta habitualmente. Es decir, durante el programa de formación, no, cada uno está en su centro. Pero para estudiar para el examen es diferente... Ellos tienen una base de datos de todo lo que pregunta cada uno, digamos. Cuando yo pregunto Dravet, se lo saben de memoria, es decir leyeron todo lo que sale el artículo que escribí para la Clínica. Yo estoy segura que se leen todo, porque todo el mundo se pasa la información... Parece que pregunto mucho la misma cosa, así es que tengo que empezar a cambiar el repertorio”. (DN3, docente Campus Norte)

El examen práctico se planifica en cada centro formador de acuerdo a los docentes con actividades asistenciales programadas, a las que se incorpora al

egresado. Se eligen como evaluadores a los docentes con más experiencia, o con una subespecialidad, intentando cubrir todas las áreas de la especialidad.

“En general se organizan por temas, porque en general sabe que va a tocar la doctora tanto que se dedica a esto. Como se organiza hoy día ha cambiado, porque yo directamente ya no participo. Pero cuando yo estaba elegíamos en realidad a la gente que tenía más destrezas, más años de historia, más años de docencia... y eso era una cosa, y este se dedica más a la epilepsia, y eso, tratando de cubrir todas las áreas más frecuentes de la neurología” (DC1, docente Campus Centro)

“En general, como es un examen práctico, tratamos de tomar ese examen sobre la marcha de lo que se hace en ese día. Como se venga el día. Por ejemplo, a mí me puede tocar día lunes o miércoles, si me toca día lunes, me toca policlínico, y vamos viendo lo que llega, en general les paso pacientes nuevos, a veces hacemos preguntas sobre algunos controles, y en general pido que hagan todo lo que se hace en policlínico, pido que hagan la anamnesis, después me la cuenta, vemos como examinó, y como enfrenta de manera práctica el proceso diagnóstico, el control, los medicamentos... un día común y corriente” (DO1, docente Campus Oriente)

“Como todos tenemos actividades docentes asistenciales, tratamos de hacer dos entrevistadores por día. A mí me preocupa que el examen práctico debiera ser siempre práctico. En relación al paciente, y después el interrogatorio, pero todo relacionado al paciente. Y no sentarlo y empezar a preguntarle cualquier otro tema. Hay que ver como resuelve ese paciente. En el teórico en cambio, uno pregunta cualquier tema”. (DC2, docente Campus Centro)

“Y lo otro bueno, yo creo, es combinar dos docentes en el mismo día. Tremendamente valioso. Y se conversa entre días, entre los docentes, de que se ha preguntado, para no repetirse, tratando de abordar todas las temáticas.” (DN2, docente Campus Norte)

Los docentes reconocen ausencia de planificación en relación al examen teórico. Cada docente participante de la comisión final formula una pregunta, que califica de acuerdo a su criterio.

“La comisión del día viernes no tienen ninguna planificación, ninguna. Yo generalmente me voy pensando en las preguntas cuando voy manejando, siempre trato de preguntar algo que yo sea capaz de responder, eso es un criterio básico” (DO1, docente Campus Oriente).

b. Ejecución

Los participantes, tanto docentes como egresados, describen que el examen práctico fue realizado de diferentes maneras por los diferentes evaluadores. Se observa gran variabilidad en la ejecución del examen práctico, con encuentros clínicos con pacientes reales con condiciones de diversa complejidad, en el policlínico, y en menor frecuencia con pacientes hospitalizados, presenciados o no por el evaluador, con o sin análisis posterior del caso, e incluso hay egresados que describen haber sido evaluados en una entrevista donde se

discutieron casos clínicos y aspectos teóricos. La mayoría de los egresados describe que el examen fue más fácil de los que esperaba, y algunos mencionan que hubo preguntas sobre contenidos que no necesariamente debe manejar un neuropediatra recién egresado.

“Yo creo que es poco estandarizado. Eso lo más destacable, en cuanto a duración, al tipo examen. Por ejemplo, un día me quedé como hasta las cuatro la tarde. Al otro día a las doce estaba lista. Algunos días me vieron evaluando pacientes, como examinarlos, ir a otros lados. En otra fue preguntas como en una cafetería. Como que me di cuenta que en el fondo no había nada estandarizado, no sé cómo evaluaban porque todos hacía como cosas distintas, la cantidad de preguntas, la forma en que evaluaban”. (EC1, evaluada en Campus Oriente)

“Un día fui, me hicieron una evaluación muy cortita, me toco ver un paciente con cefalea, me preguntaron de ese paciente, y mi examen duro 40 min. Uno solo paciente, con ese evaluador. Y otro día llegué a las 08:00, me fui a las 15:00, fui a pabellón, fui a ver biopsias musculares, fui a ver pacientes hospitalizados... me hicieron dar vueltas por todas partes. Me vieron entrevistar, salvo una vez que me dijeron examinarlo y después hablamos. El tercer día vi un paciente también pero estuve mucho rato en interrogación de otros temas. A partir de ese paciente y también la doctora me incluye otros temas. Fue harta teoría.” (EC5, evaluada en Campus Oriente)

“Vi dos pacientes diarios, excepto un día que vi uno solo. Cuando vi pacientes, en la mayoría de las veces no me vieron examinar, me señalaron cual era el paciente, me pasaron la ficha clínica y me dejaron un rato súper prudente para tomar la historia, si es que estaba la mamá interrogar a la mamá también, y examinar al paciente, y después, cuando yo estaba lista de hecho, el doctor... o sea, tuve mucho tiempo digamos, y cuando estaba lista, el doctor me preguntaba de que se trataba, íbamos a otra salita, y me preguntaba de que se trataba la historia, el examen físico, y ahí me empieza a interrogar de que se trataba (...) Mi examen práctico no fue tan práctico. Es práctico en el sentido en que uno hace un razonamiento clínico práctico. Porque estás viendo un paciente y haces un razonamiento que es la parte práctica que uno hace todos los días. Pero, no es práctico en el sentido en que yo podría haber examinado mal todos los pares craneales y nadie habría tenido idea porque yo sólo dije 'pares craneales normales'. O no examinar, de hecho, y leerme la ficha, y haberles dicho lo que yo encontraba. Eso podría haber ocurrido. Podría haber leído la ficha y no tomar ni siquiera antecedentes. En teoría estoy hablando. Sé que nadie lo haría, pero podría”. (EN2, evaluada en Campus Centro)

“Yo creo que la previa fue más sufrida que la realidad. Es como un miedo... Como tuve un mes de dedicación exclusivo previo, me empecé a psicopatear con la cuestión, porque estás 24 horas en función del examen. Fue menos agresivo de lo que yo pensaba. Pensaba que iba a ser hostil en el trato y fue amigable. Y lo otro es que yo tenía la sensación de que si te preguntaban un tema y yo fallaba, como que era la muerte. No tenía forma de repuntar, y en realidad no, en varias cosas me quedé corta y me preguntaron otras cosas y me fue bien”. (EC6, evaluada en Campus Norte)

“Creo que hay en cada centro, quizás algunas fortalezas, y uno, por parte del examinado, que se ve expuesto a esta situación de estrés, que es una situación de estrés, y por otro lado, siento que pueden haber docentes que son, en los tres centros, que van mas allá en sus preguntas, en los detalles que quieren que le digan, más allá de lo que uno debiera exigirle a un neurólogo pediatra general. Creo que no debemos perder de vista que nosotros formamos neuropediatras generales.” (DC2, docente Campus Oriente)

“Pero si lo pienso ahora, yo creo que en realidad examen físico fue poco, porque no me tocó... o sea hubo mucha cosa como ya sentémonos y conversemos de... Veamos enfrentamiento de... Nunca hubo familia ni entrevista (...) Después como para terminar el examen práctico empezamos a hablar de las crisis neonatales y de los canales y los neurotransmisores, excitatorios, inhibitorios, no sé que, y ese fue como un discurso más de él, no fue una pregunta, él me fue contando.” (EN1, evaluada en Campus Centro)

“Trato de estar presente en la parte del examen físico. La anamnesis no... a veces me voy, los dejo, para que estén tranquilos haciendo la anamnesis. Trato de estar presente por lo menos desde el examen físico para adelante” (DN3, docente Campus Norte).

“Yo estoy siempre ahí. Yo no soy de la idea de dejar: “si, converse usted”, “velo, velo tú y después lo venimos a conversar”. No, yo estoy ahí en todo momento. Y de repente cuando veo que la anamnesis está muy perdida, le digo: “mira, enfócate más...escucha lo que te dice esta persona. Lo voy orientando.” (DN4, docente Campus Norte)

“Por eso me gusta estar ahí, porque voy viendo desde como toma el martillo a como pone la pierna, y si en el examen ella no está haciendo espontáneamente algo, yo se lo pido. ‘A ver: examina retracciones, examina rangos articulares’. O le voy preguntando: ¿qué estas examinando ahí?. Por ejemplo, en el examen de fuerza. Porque a veces uno ve que están haciendo bien el examen de fuerza, pero no saben que musculo están examinando, entonces en ese sentido me parece valioso. Además me parece valioso captar a que cosas le dan importancia, como observan, o como no se echan al bolsillo, sino que están mirando continuamente desde como el paciente se saca la ropa ... o la mirada que pone en los detallitos del examen”. (DN2, docente Campus Norte)

Algunos egresados evaluados en uno de los centros formadores describen problemas relacionadas con la organización del horario del examen práctico, que sucede dentro de las actividades asistenciales del evaluador, lo que es percibido como una dificultad en la ejecución de la evaluación.

“El día 1 partió todo mal. Llego al hospital, me deben haber dicho no se 8:30. Dije ya, obvio que no voy a llegar justo, 8:00-8:15. Nueve, nueve y media, diez... no pasa nada... qué onda? Aparece jefe de servicio, que yo no lo conocía, parece que no es docente. Y me dice no sabemos dónde está la doctora. Yo pensaba ‘no puedo venir desde Puerto Montt otro día a dar el examen, no puedo dar mi examen de beca con dos días de evaluación... voy a tener que venir un jueves’. A las once y media nos encontramos. Estuve mucho rato esperándola Después cuando llegó, ya, obviamente mil disculpas, y en general bien”. (EN3, evaluada en Campus Oriente)

Los docentes buscan evaluar en el examen práctico el desempeño clínico del egresado, y se observan similitudes en lo reportado por los docentes de los diferentes centros formadores. Uno de los aspectos a evaluar que más destacan los docentes es el diagnóstico diferencial, tanto en su riqueza, como en el orden en que establecen las posibilidades diagnósticas, ordenándolo desde lo más frecuente a lo infrecuente, desde lo sindromático a lo localizadorio (correlato anátomo-clínico), y lo etiológico, y algunos ponen énfasis en priorizar causas tratables, aunque infrecuentes. Otro aspecto muy relevante en el examen práctico es la evaluación de las habilidades comunicacionales y del manejo del tiempo. La calificación del examen práctico se basa en la percepción global del encuentro, y no se cuenta con pautas de observación formales. Se reconoce como problema la falta de tiempo protegido para esta actividad, y la ansiedad del egresado que puede interferir con su desempeño.

“Yo les pido habitualmente que en una hoja pongan los hallazgos clínicos relevantes, diagnósticos sindromático, topográfico y las posibilidades etiologías, y después les sigo preguntando cómo lo abordarías” (DN2, docente Campus Norte)

“Me interesa ver que haga las preguntas adecuadas, que le permitan formular distintas posibilidades diagnósticas y que siga con las preguntas adecuadas para confirmar o descartar cada una de ellas. No me interesa que la anamnesis sea completa. Me interesa que la anamnesis sea completa para el motivo de consulta. Y para el diagnóstico diferencial que ese motivo de consulta genera. Que sean capaces de priorizar. Porque si hay algo que importa en nuestro trabajo también es el uso efectivo del tiempo. Que el examen neurológico, que permita lo mismo, digamos, ir a confirmar o descartar la formulaciones, pero que incluya además los elementos que podrían generar otros diagnóstico”. (DN1, docente Campus Norte)

“Cuando a mi me dice tu examen evaluar es un práctico, yo evalúo práctico, no evalúo teórico. Lo que pasa es que de repente hay confusión... por que si yo evalúo teórico, evalúo teórico, y quizás ahí quizás puedo preguntar un poco más allá. Pero para mi es práctico. Entonces como es práctico, es la anamnesis, el examen físico, como lo enfrenta, como lo trato... Práctico. Con el paciente real. Yo no le estoy inventando un paciente... Eso yo siento que también tienen que ser súper claro. Tenemos pacientes en todos los centros. Por último podemos evaluar a un paciente normal, si también es parte de lo que nosotros tenemos que saber. Esas cosas son lo que me preocupan de estar como mas unificados”. (DC6, docente Campus Centro)

“Partir por el motivo de consulta. El orden en que presentan los datos, es lo más importante, partir siempre por el motivo de consulta, eso es una cuestión que puede ser medio de mi hospital, pero si me empiezan a contar la historia con detalle, de cuando el niño tenía dos días de vida y la abuelita le limpiaba el popin, y no me cuentan por que viene, uno se estresa un poco. A eso me refiero con el orden. Que empiece por el motivo de consulta, y luego con los antecedentes importantes de la anamnesis remota que te influyan en esto, si hay algún antecedente importante va antes, y también el orden en cuanto a plantear el planteamiento teórico del paciente, y eso es algo que siempre hablamos, de lo general a lo complejo, hable primero de diagnóstico sindromático, de grupos de patologías como grandes en cuanto a la etiología si se te ocurre, o sea, y no hablarme de una enfermedad especifica que es muy rara... a eso me refiero con el orden. Es una cuestión importante, porque para ser operacional, y sobretodo si es alguien que va a trabajar solo, que va a trabajar en alguna localidad más alejada, es importante que sea ordenado..

Eso es una cosa. Otra cosa que es importante es el trato. Hacia todos. En esa cuestión a mi me gusta observar el trato en general. O sea el trato con el paciente, el trato con el becado, el trato con el colega, el trato con la señora que entra a hacer el aseo, el trato... con todo, eso también es algo importante. Si bien obviamente uno no puede basar la nota solo en eso, uno también lo toma como un valor agregado.

Y yo diría que también en cierta medida, como la distribución del tiempo, el manejo del tiempo, eso es una cuestión que uno tiene que ver. Por que claro, uno puede ver una persona que en el fondo te resuelve el dilema, pero en dos horas, eso es imposible.” (DO2, docente Campus Oriente)

“Yo creo que lo más importante es el ejercicio clínico, y en el ejercicio clínico es que es como yo debo enfrentar, jerarquizar y priorizar la información que tienen. Creo que en el examen si el paciente camina creo que el 95% o el 98% del examen práctico está listo, viéndolo caminar. La conducta. La actitud. Que se de su tiempo. La gente que se angustia y se atropella por demostrar... les digo relájate y los dejo un rato y vuelvo... Primero los dejo solo porque entran tan asustados. Para la entrevista. Y después que este un rato, entro un par de veces y le pido que examine. Y generalmente hago eso... En el policlínico vemos tres pacientes en por lo menos. Y me parece que es insuficiente. Creo que es complejo eso”. (DC1, docente Campus Centro)

“El trato influyen en todo. Si yo no tengo un buen trato no voy a tener las respuestas que necesita la as preguntas. Si yo no tengo un buen trato, el cabro chico no me va a dejar examinarlo. Si yo no tengo un buen trato, la persona no se va a hacer los exámenes, no va a volver a la consulta y va a volver y no me va a traer nada. Entonces todo influye. Y a parte generalmente nuestros pacientes son pacientes en los que el paciente y la familia sufren. No lo pasan bien, y en algunos casos uno puede dar un tratamiento y el paciente se mejora, y en esos casos uno sale contento. Pero en la gran mayoría de los casos, son pacientes que no se mejoran, y en el fondo son pacientes que

cargan un peso todos los días, y uno tiene que tener conciencia de que la persona que está al lado no lo pasa bien". (DO2, docente Campus Oriente)

"Me interesa que el médico sea empático... Nosotros tenemos patología muy difícil, con mamás muy angustiadas... que sea empático, que los padres sientan que hay una recepción por parte de.. que no es alguien más detrás de la computadora, que es más impersonal ahora que uno usa estas cuestiones, y que a partir de eso el estudiante aprenda también a no involucrarse más allá de lo que uno debe, siendo empático, permanecer como doctor. Eso me interesa transmitirle a los estudiantes. Dos, que la historia clínica que obtienen sea acorde a la necesidad del niño, porque muchas veces esto uno lo ve en primero y después uno va viendo como cambian, que se van por las ramas... me interesa que aprendan a focalizar el problema propiamente tal, que no se vayan por las ramas, y sobre eso hagan un análisis clínico, de la historia, del examen y traten ellos por sí solos de llegar a un diagnóstico, y de acuerdo a si diagnóstico hagan un buen planteamiento de los dg diferenciales. La terapia, bueno yo de repente, excepto a los de terciario, no les exijo la terapia. Me interesa que el acto médico por sobre todas las cosas sea empático con los padres, manteniéndose como médico y que aprendan a mirar el tronco sin irse por las ramas, y de acuerdo a eso ir planteando las distintas alternativas" (DC2, docente Campus Oriente)

"Hay que pensar que cuando tú enfrentas a una familia, tienes que hacer un uso racional de la mente de la familia y del tiempo de la familia. No puedes pedirle todo, y mandarla a kinesiología, porque no va a llegar con todo, entonces como vas a priorizar tu enfoque". (EN4, evaluada en Campus Oriente)

En relación al examen teórico, todos los egresados fueron evaluados por una comisión de dos o tres docentes, con una pregunta abierta por cada uno de los evaluadores. En esta parte del examen se observa también variabilidad en la metodología empleada. Algunas preguntas se plantearon en forma de caso clínico y otras con descripción de un aspecto teórico particular, no necesariamente relacionado con un caso clínico. Algunos docentes reconocen que en la calificación influye de manera importante la historia previa del egresado, y no hay consenso en relación al tipo de preguntas que se usan.

Los egresados y docentes reconocen que no es posible cubrir todos los objetivos y contenidos del programa de formación en esta parte del examen final, y que las preguntas ocasionalmente pueden ser más específicas que lo esperado para un neurólogo recién egresado.

"Me preguntaron que te gusta, y yo les dije Recién Nacido. Es que yo me hice cargo de la Neo. Ya entonces, hablemos del recién nacido hipotónico. Que fue la pregunta. Háblame del RN hipotónico, como te enfrentas. Me dieron un papel y un lápiz... O sea, ya estructúrate, mientras ellas conversaban y pelaban a la mitad de los colegas... y después empecé súper general, y ellas me fueron preguntando...¿Y después no hubo más preguntas? No. ¿Qué cosas del programa de se evaluaron en tu examen teórico? Sólo recién nacido hipotónico" (EN3, evaluada en Campus Oriente)

"El examen teórico fue una experiencia no muy agradable... Partieron preguntándome distonía. Hábleme de distonía. Haga una clase de distonía. Y yo creo que el error que cometí es que hable muy rápido, dije muchas cosas en muy poco tiempo... sobretodo como yo sabía que ella había escrito un capítulo de distonía en un libro que había salido hacia poco... en el fondo hay distintas

maneras en que se puede enfocar las distonías, y yo decidí que tenía que enfocarlo así, porque aprendí en la beca a decir lo que quieren escuchar... Creo que hablé muy rápido y eso dio como espacio, se produjo un silencio, y como que ella me tenía que seguir haciendo preguntas, y yo ya había hablado el capítulo entero... entonces las preguntas que vinieron después empezaron a irse como a las enfermedades metabólicas.... Y fue como difícil, pero ya. Listo. Y después vino la parte más difícil, me preguntaron las diferencias entre Rett y Angelman, y disparé rápido. Hay me sentía cómoda. Era mi área, pero como era mi área fue lo que menos repasé, y me puse un poquito nerviosa porque sabía que no lo había estudiado tan bien.... Y después pasamos por MECP2, y después... ahí es donde se pone difícil, me empezaron a preguntar por las proteínas río debajo de MECP2. Y yo encontré que la pregunta era para sus colegas y no era para mí". (EN4, evaluad en Campus Oriente)

"En general pregunto por clínica. Un niño de 4 años que consulta porque se desconecta del medio ¿qué puede ser?" (DC3, docente Campus Oriente)

"En el examen teórico busco un tema que idealmente no hubiese sido tratado en días anteriores, o en exámenes anteriores, y que intente el alumno ir de menos a más. Desde la clínica. Y si quiere profundizar que profundice. Uso preguntas con un caso, por ejemplo un niño con macrocefalia, o le pido hábleme de ADEM, por ejemplo. Y ahí es de lo menos a lo más. Yo hago una sola pregunta o a veces no hago, dependiendo de cómo se ha desenvuelto con los otros docentes, a veces no creo necesario seguir insistiendo. Habitualmente, no siempre, el que tomó examen práctico dice yo ya lo vi hartó, ustedes pregunten. Y con los propios, yo habitualmente dejo que los otros interroguen. Si se da el tiempo, o si veo que el alumno ha estado, de cualquier centro, un poquito con dificultades, ahí trato de hacer una pregunta que espero que no sea un salvavidas de plomo. A mi me interesa evaluar conocimiento, y como te digo de menos a más, clínica, orientación diagnóstica, diagnósticos diferenciales, estudio, manejo, y ahí que profundicen si quieren en genética, por ejemplo. ¿Sabes lo que me interesa?, que el alumno tenga la cabeza ordenada. Y si es que veo que se empieza a desordenar, trato de re-organizarlo (...) Si siento que la cabeza está muy desordenada siempre pienso que hay... con los antecedentes que trae el alumno... siempre pienso que es una situación de estrés, que hay factores emocionales involucrados. Pero como uno revisa la carpeta antes, se da cuenta mas o menos como ha sido, y te vuelvo a insistir, los antecedentes son importantes. El examen no logra medir bien... por eso vuelvo a insistir yo creo que los antecedentes son más valiosos que lo que se ve en el examen". (DC2, docente Campus Oriente)

c. Fortalezas

Dentro de las fortalezas mencionadas por los participantes, tanto egresados como docentes valoran el examen práctico con pacientes reales como una oportunidad de mostrar/evaluar lo que hacen los egresados en la práctica diaria en un ambiente real. Además valoran la evaluación con varios casos clínicos diferentes y con observadores diferentes. Algunos plantean que ser evaluado por observadores de otro centro formador sería un aspecto positivo a destacar, porque lo asocian a objetividad y a certificación externa (mencionado en la Sección Significado del examen final). Muchos participantes reconocen como fortaleza que el examen final es una instancia de aprendizaje importante (mencionado también en la Sección Significado del examen final).

Solo una docente destaca que es una fortaleza que los evaluadores sean sub-especialistas, porque podrían tener mayor claridad de qué es lo que un recién egresado debe manejar en el ámbito de su área de desarrollo. Otra docente plantea que el examen final también tiene fortalezas en el ámbito de crear redes de apoyo de especialistas.

“Yo creo que uno puede mejorar detalles, pero me parece que no hay otra forma que no sea como el ver la práctica clínica diaria. Que un observador vea como tú lo haces. No es reemplazable por una prueba teórica... No, para nada”. (EN3, evaluada en Campus Oriente)

“La fortaleza es que es teórico y es práctico. En el fondo como sea, es perfectible y todo, pero tiene las dos partes y se encargan de que sea así. Lo otro es que varios exámenes de beca de otros lados es como saque el papelito y hábleme de este tema. La cosa práctica es un gran complemento, pero es perfectible”. (EC1, evaluada en Campus Oriente)

“Que te permite, al ser en otro centro, te permite darle una mirada a cosas que a lo mejor nunca viste antes en tu centro. Hay cosas que si no hubiese existido el examen, yo no hubiera estudiado nunca. Otra fortaleza es que hayan evaluadores distintos, eso te permite compensar, que no haya uno sólo que se arranque con los tarros”. (EC6, evaluada en Campus Norte)

“El examen te da un conocimiento, que es un poder, te da la confianza para poder seguir. Eso es una fortaleza”. (EN4, evaluada en Campus Oriente)

“Lo bueno diría yo es que la gente que interroga tienen cierta experticia en el tema. ¿Sabes porque me parece una fortaleza?, porque creo que el subespecialista debe poner en la balanza los conocimientos que debiera tener una persona recién saliendo a los que tiene un súper especializado. Creo. Pienso que el que no tienen esa sub, puede perderse en las ramas, poder parecerle todo importante. Eso yo creo que es una fortaleza. Creo que es una tremenda fortaleza tener tres centros. Eso le da objetividad”. (DC2, docente Campus Oriente)

“Yo creo que es bueno que te examinen en un centro donde tú no estuviste, porque yo creo que eso le entrega objetividad”. (DO4, docente Campus Oriente)

“Yo creo que las fortalezas de lo que estamos haciendo, es que el examen práctico realmente brinda oportunidades de evaluar destrezas neurológicas pediátricas y de razonamiento clínico y yo creo que eso en el fondo tiene que mantenerse porque no puede ser reemplazado por listas de preguntas, por examen escrito, por presentación de temas. No puede. Bajo ningún punto de vista. Tiene que ser así, porque tiene que estar dispuesto a las variables de la vida. Al azar, a que la mamá estaba enojada, a que el niño se puso a llorar, todas esas cosas. Yo creo que eso se tiene que mantener”. (DN2, docente Campus Norte)

“Es bueno que los becados con este examen conocen otra realidades hospitalarias, otro servicio. Muchos de los que han venido por ejemplo, no conocían el servicio y les dan ganas de pasar a hacer algo, o ven otras realidades, y ves que se dedican más a otras cosas.... Igual es bueno saber. Armar lazos. Porque finalmente los neurólogos que van a estar en todos lados igual todos nos relacionamos”. (DC5, docente Campus Oriente)

d. Debilidades

El examen es percibido como un proceso demasiado subjetivo y arbitrario por algunos de los participantes. Una minoría de los egresados destaca como debilidad que el examen final no logra cubrir bien todos los objetivos y contenidos del programa de formación. Una egresada y una docente plantean que el examen es innecesario dada la fortaleza del proceso evaluativo previo.

“La debilidad es que finalmente estás expuesto al observador, que es un ser humano, y como todo ser humano puede tener un día bueno, o puede amanecer más enojado... Puede ser arbitrario... todos tratan de no serlo, pero puede ser” (EC2, evaluado en Campus Norte)

“Le falta un poquito evaluar si dentro de tu formación lograste aprender cosas que son un poco más prácticas, que teóricas” (EO1, evaluado en Campus Centro)

“No evalúa todo, no hace pequeño barrido de todo.... A mi me gustaría, por que a mi nunca me hicieron un examen aquí, entonces la única de instancia de evaluación verdadera, fue esa”. (EC6, evaluada en Campus Norte)

“En teoría como instrumento de evaluación tiene algunas carencias. Es evaluador dependiente, es contexto dependiente, a lo mejor un día no hay pacientes , y no te preguntan nada, y otro día hay puros pacientes graves... encuentro que evalúa muy distinto un egresado de otro... Puede dejar de evaluar áreas. Le hace falta un poco de estructura. Pero el tiempo dedicado a evaluar es mejor que en un OSCE”. (EC5, evaluada en Campus Oriente)

“Quizás la debilidad que yo siento... Va a sonar duro. Pero yo encuentro que el examen es innecesario. Siento que es innecesario el examen, que no aporta. Porque que hoy en día la Universidad de Chile con el prestigio que tiene, todos los programas acreditados, la certificación cruzada es innecesaria digamos. Y eso te lo demuestra que desde hace muchos años nadie reprueba. Entonces siento que no es algo necesario, que no aporta al centro formador, ni para mi. ¡Yo no creo que a mi me haya aportado algo el examen!” (EN2, evaluada en Campus Centro)

Un aspecto negativo destacado por la mayoría de los egresados fue la falta de planificación, en relación al número de casos, y en relación al tiempo dedicado el examen práctico (mencionado también en planificación).

“Muchas veces nos sentimos como que ‘ah hoy me toca examen, hagamos el poli juntos y ahí veo como te voy a evaluar’. Es como... no es una situación planificada, intencionada a evaluarte, (...) En el fondo parte del pensamiento del evaluador es planificar qué pacientes, con qué motivos de consulta vas a usar para evaluar. La idea es que se parezca a lo real, no va a ser una situación con un actor que te va a contar no se qué... pero no puede ser que en este azar de ‘evaluémoslo en el poli’ te toque algo muy raro que tú no querías usar para examen, pero justo te llevo este paciente y no otro, y lo tuviste que usar igual”. (EC1, evaluada en Campus Oriente)

La mayoría de los docentes destaca como una debilidad del proceso que el examen final genera un alto nivel de ansiedad en el egresado, que podría interferir con su desempeño. No contar con una pauta de evaluación del desempeño

clínico es destacado también como una debilidad del examen por varios docentes. Algunos docentes plantean que han observado que se confunden los objetivos del examen práctico y del teórico.

"Como debilidad le veo que es muy estresante y desgastador para el becado. Es mucho. Porque la definición de si el becado va a ser neurólogo o no, no es en ese momento. El momento fue antes. Ya está definido. Entonces son le veo.... El ejercicio este no lo veo tan importante. A lo mejor cerrar con una prueba teórica objetiva sería lo mismo y el estudiante no estaría tan estresado. No veo ventajas en el examen oral, porque no vas a definir si el becado se titula o no con este examen". (DC4, docente Campus Oriente)

"A veces yo me he dado cuenta que una persona que esta dando examen esta trancado, se les olvida hasta como se llaman..." (DC1, docente Campus Centro)

"Es una instancia de mucho estrés para el becado. Eso hace que el examen lo vea en forma más bien negativa. No lo veo como algo positivo, no. Como algo que a uno lo ayuda a conocer como un becado... en cierta instancia sí. Pero así como tener una visión global del becado, para nada. Yo creo que no". (DO2, docente Campus Oriente)

"Uno ve que muchas veces en el examen teórico, gente que es súper buena, no le va muy bien, porque no es ordenada en entregar el conocimiento, porque se pone muy nerviosa y se bloquea. Es gente que tú sabes que sabe. Entonces es una instancia que tú tienes que pasarla, pero creo que no refleja necesariamente como tú te vas a enfrentar a un paciente." (DO4, docente Campus Oriente)

"Tampoco existe una pauta para los evaluadores respecto de cuales son las mínimas exigencias, a pesar que eso esta estipulado en nuestro programa de la beca, no todos los que evalúan son necesariamente docentes de la Chile. A veces evalúan docentes del hospital, que colaboran, por ejemplo no tienen suficientemente comprendido esto. Entonces yo creo que en eso nos falta un poco más de ejercitación previa, preparación". (DO1, docente Campus Oriente)

"Una de las cosas que no me gusta mucho de esto es que uno debería tener un esqueleto general... En el sentido en que uno evalúa, pero por ejemplo, nadie te dice cuanto pesa las habilidades blandas, nadie te dice cuanto pesa el conocimiento bruto, nadie te dice cuanto pesa la jerarquización de problemas, y las estrategias para resolverlo, nadie te dice cuanto pesa la presentación personal, saluda, se despide... cada uno le pone valor a cada cosa, y en el fondo, yo creo que esta bien que el valor sea en base a lo que el examinador piensa, pero quizás debiera haber un poquito más de estructura en relación a los puntos que uno tiene que cubrir cuando evalúa a esta persona. Una pauta de observación. Nada extremadamente cuadrado, pero sí una cuestión que nos sirva para movernos todos en el mismo marco (...) Tampoco esta establecida la duración. Me ha tocado estudiantes que están en evaluación desde las 08:00 hasta las 17:00, y otros que a las 12.00 ya están listos. Tampoco es lo mismo llegar el día siguiente después de haberse ido a la casa a las 17:00, y llegar a morir, versus haber llegado a mediodía y descansar. Falta protocolización en ese aspecto". (DO2, docente Campus Oriente)

"Lo que no es bueno es que muchas veces se pierde el sentido del examen práctico, porque muchas veces se pregunta teórico. No se puede sentar al joven en la cafetería o donde sea, y preguntarle cualquier cosa. Eso es examen teórico". (DC2, docente Campus Centro)

e. Barreras

Existe concordancia entre docentes y egresados en considerar al trabajo de investigación como la principal barrera para el acceso al examen final, dado que es un requisito explicitado en el Programa. Los egresados destacan que no cuentan con tiempo protegido durante el periodo de formación para planificar y ejecutar la investigación, y algunos mencionan que los proyectos a veces no son factibles y no se dan cuenta de esta situación a tiempo. Un egresado menciona que el período de revisión de su investigación demoró aproximadamente dos años después del egreso del programa de formación.

Sólo un participante (egresada) plantea la alternativa de eliminar el trabajo de investigación como solución, mientras que en conjunto los demás participantes lo valoran como instancia de aprendizaje y plantean ajustar los tiempos para realizarlo formalmente dentro del período de formación, con tiempo protegido.

Tanto los egresados como los docentes reconocen la importancia de desarrollar investigación, y se describe la necesidad de contar con mejor formación de los equipos docentes en metodología de la investigación, o acceso expedito a expertos en el área.

Otras barreras mencionadas por los egresados son falta de tiempo para preparar el examen cuando egresan del programa por la sobrecarga laboral, el inicio de estudios de subespecialidad/post-título, y decisiones personales relacionadas con el desarrollo familiar, y cambio de ciudad al inicio de la vida laboral.

Algunos docentes también describen barreras relacionadas con las características personales y factores emocionales de los egresados que también podrían influir en no dar el examen final.

“La principal (barrera) es que hay gente que necesita trabajar de inmediato, y que no tienen el tiempo para estudiar, porque tienen que dedicar su tiempo a solventarse... que es lo que le pasa mucho a los generales de zona, que les pagana en la beca hasta el último mes, y además tienen que nivelar el sueldo que venían ganando. Yo que no ganaba nada no me importaba seguir dos

meses sin ganar nada, pero esa gente necesita trabajar”... Los que tienen hijos, eso es más que nada”. (EC5, evaluada en Campus Oriente)

“Mi trabajo de beca fue un problema porque el profesor los revisa 14 veces. Al final lo terminé después de salir de la beca. Al salir estaba casi listo y las revisiones duraron como 2 años”. (EO1, evaluado en Campus Centro)

“No hay mucho tiempo protegido para el trabajo de beca, y eso es una falla de la beca. Hay un día en la semana en la tardes. Esta establecido, pero se respeta más o menos, no más. Porque en el fondo si hay pacientes arriba, hay que ir a verlos. Cuesta mantenerlo en la práctica”. (DO2, docente Campus Oriente)

“Se atrasan al dar el examen por el trabajo de beca. No sé cómo arreglarlo. No creo que haya que eliminarlo. Yo creo que es importante hacerlo (...). El trabajo de beca a veces tienen muchas limitantes, el Comité de Ética a veces te posterga y te posterga, y en realidad tienes tres años. Y el primer año se va volando, y al final tienes sólo segundo y tercer año. Y en tercer año están pensando que se tienen que ir, que tienen que dar examen, entonces al final te queda como un año. (...) hay que pensar como hacer para que no sea una limitante para dar el examen. (...) No sé cómo exigirle a alguien si yo misma ni tengo ningún conocimiento en esa área. No sé. Eso es otro problema, y lo hemos conversado, que los chiquillos tienen dificultades para tabular sus datos porque no hay nadie que los ayude, tienen que ir a la Norte a buscar una hora con alguien que les ayude a tabular sus datos. Yo no tengo nada más que ofrecerles que la clínica... Aquí no tenemos un estadístico que les pueda ayudar. Siempre hemos pedido un estadístico que venga ayudarnos a hacer los trabajos”. (DC5, docente Campus Centro)

“Hay barreras académicas, está el famoso trabajo de investigación, y yo creo que también, no sé si llamarla barrera, pero características personales, de los alumnos, que les hace muy difícil rendir el examen, y que a lo mejor ahí debíamos ayudarlo, que es inseguridad, que en general son los alumnos que han hecho una beca más difícil, que les ha costado más y que creo que tienen dificultad para someterse a una situación de evaluación pública. Yo creo que tiene algo que ver con sentirse humillado, digamos. Y creo que mientras más tiempo pasa, se va haciendo más difícil, y van generándose más dificultades personales para dar el examen, ya no es sólo el trabajo (de investigación). Por que si yo llevo 10 años trabajando como especialista, ir a dar el examen, y que se descubra que yo no sé algo importante, es no sé... intolerable, desde el punto de vista personal”. (DN1, docente Campus Norte)

“Cuando yo di el examen sabía que no me iba a ir mal, pero temía pasar un muy mal rato y ser desacreditado entre mis pares, en un mundo que es muy chiquitito”. (DN4, docente Campus Norte)

D. Variables del Modelo de Utilidad

Para conocer la percepción de los participantes de las variables del Modelo de Utilidad la entrevista se diseñó con preguntas que contenían la definición de cada una de ellas de acuerdo a lo descrito por van der Vleuten (ver Anexo 2).

a. Validez

La mayoría de los participantes coincide en señalar que el examen final logra medir lo que se propone. Algunos docentes plantean dudas en relación a que algunos evaluadores podrían no tener claros cuales son los objetivos del examen final. Sin embargo, cuando describen qué es lo que buscan evaluar durante el examen final, la gran mayoría coincide en evaluar el desempeño clínico auténtico, la manera en que el egresado recolecta los antecedentes relevantes, realiza un examen neurológico adecuado, reporta los hallazgos y realiza diagnóstico con correlato anátomo-clínico y con diagnóstico diferencial amplio priorizando los problemas (ver Sección Ejecución). No se observan diferencias importantes entre los docentes de los tres centros formadores en este aspecto. Durante el proceso los docentes no ven grandes dificultades, y si el egresado no muestra lo que esperan, algunos realizan nuevas preguntas, mientras que otros buscan un nuevo encuentro clínico.

La mayoría de los egresados describe que el examen logra evaluar lo que se propone. Sin embargo algunas egresadas plantean dudas en relación a su examen práctico dado que muchos de los encuentros clínicos no fueron observados directamente por algunos docentes.

“Yo siento que en globo el objetivo del examen es ver si tú tienes un pensamiento neurológico general, si aprendiste a pensar como neurólogo. Y yo siento que en términos generales sí se logra mostrar durante el examen. (...) Yo creo que ellos destacaron la capacidad de hacer el pensamiento neurológico, la capacidad de llegar al diagnóstico sindromático y plantear alternativas, sin necesariamente llegar al diagnóstico etiológico específico de los distintos casos”.
(EN1, evaluada en Campus Centro)

“El examen final sirve para ver tu orden, para ver como te ordenas, como lo piensas, cuales son tus diagnósticos diferenciales, qué buscas, que no buscas, qué es lo importante en la clínica”
(EC4, evaluada en Campus Norte)

“Algunas de las preguntas estaban dentro de lo que yo creo que debiese ser evaluado y otras como que se salen, del espectro de lo que yo creo ahora que debiese ser la instancia del examen. Yo creo que se tiene que evaluar el enfrentamiento inicial, y eso de alguna manera se logró (...) La parte practica no evaluó lo que yo esperaba, porque dos de los evaluadores no me vieron examinar, fue más teórico que práctico. Y en la que fue muy práctico, sí a lo mejor se logró, pero después se escapaba con algunas cosas....” (EC6, evaluada en Campus Norte)

“El examen final, tiene estas dos partes, que es el examen práctico, y un examen teórico. En el examen práctico, debería cumplir la función de asegurar que la persona tiene las competencias en recolección de datos, análisis de la información, formulación de un diagnóstico y generación de un plan de tratamiento. Eso, en los tres días, yo creo que en general sí se logra. Y el examen teórico, tiene como finalidad ver si la persona tiene el conocimiento básico teórico, conocimiento científico, digamos, que permite avalar la conducta que hablamos previamente. El conocimiento científico de base de estas conductas del razonamiento clínico. La verdad es que los dos están absolutamente unidos. Entonces en la evaluación practica teóricamente uno debería preguntar que es lo que sirve para formular el diagnóstico, en que se basa el diagnóstico, cual es el diagnóstico diferencial, y en el conocimiento teórico uno puede preguntar como se organiza la corteza cerebral, cual es la epileptogénesis. Eso es lo que yo trato de hacer, pero no es algo que se cumpla. O sea, los dos exámenes se confunden mucho en su objetivo. Y estamos y tratando en el comité de neurología de aclararlo, yo creo que lo hemos ido aclarando... en cierta medida”. (DN1, docente Campus Norte)

“No creo que todos lo tengan totalmente claro el objetivo (del examen) en cuanto a haberse leído... salvo los que somos de la Universidad. Yo creo que no está del todo claro, pero básicamente el criterio de que se le esta preguntando a un médico neuropediatra aún sin demasiada especialización, pero sí que termina su formación, se le está paseando por el espectro de cosas que se consultan sin demasiadas rarezas. Eso yo creo que es un criterio más o menos uniforme, tratar de no preguntar rarezas”. (DO1, docente Campus Oriente)

“En la parte práctica yo lo encuentro bueno. Por que es la única instancia que te permite ver como el alumno integró todos los conocimientos, y no tan teóricos... porque nos ha pasado con algunos estudiantes que son brillantes en la parte teórica y tú le dices ya, pero que le dices a la mamá, y hasta ahí no más llegamos... y este examen te permite ver como hace el examen físico y más que nada como hace la aproximación y el diagnóstico diferencial, que sirve mucho. Con el niño, Y que más piensa. Como lo enfrenta. Eso yo no lo cambiaría”. (DC3, docente Campus Oriente)

“Para mi el examen práctico debería ser similar a lo que uno hace en la vida...” (DO4, docente Campus Oriente)

Dentro de los aspectos del Programa que no fueron evaluados en los exámenes prácticos ni teóricos, algunos egresados destacan contenidos relacionados con ética. Uno de los aspectos destacados por una docente es que el examen actual no permite evaluar bien algunos elementos fundamentales en el desempeño de un egresado, como la responsabilidad y saber dar malas noticias.

“A mi no me tocó ver nada de ética en la beca. Tampoco se evaluó en el examen. Esas habilidades en general se evalúan poco, como del enfrentamiento del paciente, la limitación del esfuerzo terapéutico, todo eso que en Neurología es súper importante, no, no se evalúan”. (EN2, evaluada en Campus Centro)

“No se evalúa la responsabilidad... Ni el criterio de cómo decirle las cosas a los papás, de cómo se enfrentan en diferentes situaciones, de no ser desubicado (...). Para mi esas son cuestiones básicas, cuando uno es neurólogo, no sólo es saber, es hacer todo esto que estamos hablando, razonamiento clínico, es como tú acoges al paciente, es como tú les planteas las diferentes cuestiones y como el paciente sigue contigo después a pesar de eso”. (DN3, docente Campus Norte)

b. Confiabilidad

Los participantes describen que los resultados obtenidos son reproducibles entre los observadores, por lo que se percibe con adecuada Confiabilidad, tanto en el examen práctico como en el teórico. Si bien varios manifiestan que el proceso de examen es muy subjetivo, todos destacan que los resultados obtenidos con diferentes evaluadores son similares. A pesar de que no existe pauta de evaluación formal, ni instancias formales para discutir la calificación, el resultado es muy similar entre observadores según el relato de los egresados y docentes.

“Los resultados obtenidos con los diferentes evaluadores coinciden en cuanto a la visión si uno la pone dentro de un concepto: el egresado tiene estas virtudes, en esto se cae un poco, tiene esta forma, se relaciona así con las personas. Pero obviamente dentro de un grupo de personas hay algunas que son un poco más castigadoras para evaluar, otras que son más exigentes, o sueltan un poco menos fácil la nota, entre comillas. Yo diría que en términos generales, la nota de este, y la de otra persona, que es un poco más... no sé como decirlo, dadivosa, yo diría que sí son equivalentes. Mientras no se haga una forma de medirlo que sea un poco más objetiva, es una percepción no más.”. (DO2, docente Campus Oriente)

“En la calificación no siempre estamos 100% de acuerdo, pero llegamos a un acuerdo finalmente, exponemos nosotras las razones por las cuales uno evalúa mejor o peor y ponemos una balanza entre las tres y llegamos a una nota de consenso”. (DC2, docente Campus Oriente)

“Por lo menos a nivel de nuestro centro, yo encuentro que sí (que los resultados son reproducibles entre diferentes observadores), pero porque hemos adquirido la habilidad de tomar este examen oral al final de la beca. Y porque participando en eso también nos hemos podido ir escuchando y viendo que es lo que esperamos una o la otra como respuesta. Eso yo creo que ha sido una instancia súper buena, o sea no solamente una instancia para que los estudiantes ensayen su examen oral, si no que para que nosotros nos escuchemos unas a las otras, preguntando”. (DN2, docente Campus Norte)

Los egresados describen que los diferentes evaluadores usaron variadas maneras de examinarlos durante el examen práctico. Reconocen además diferencias en los contenidos que manejan con mayor o menor profundidad, y diferencias en la interacción con cada evaluador. Sin embargo, la mayoría declara que el resultado final con cada evaluador fue muy similar. Es decir, a pesar de las diferencias en el proceso, el resultado sería similar. Sólo una egresada menciona que no puede evaluar el resultado que obtuvo con cada evaluador porque no tuvo ningún tiempo de información al respecto.

“Me parece una buena forma de evaluar, se ha hecho toda la vida... yo estudié en la Chile también, y es muy parecido a lo que uno hace en le pregrado de medicina interna... por lo menos

a mí me acomoda que sea en tres días, con distintos docentes, que vean como tú enfrentas al paciente. Sí encuentro que tiene la trampa que es muy evaluador dependiente. Si yo tuviera un clon, me podría sacar un cuatro o un siete, siendo la misma persona, porque si me toca un docente que es muy exigente que me encuentra todo mal, porque de repente uno examen y el examen neurológico no siempre es perfecto, uno puede estar un día entero en el examen neurológico... el examen mental, las raíces. Entonces, si es una persona con criterio, puede ver que uno lo hace más o menos bien, pero si es una persona más estricta puede encontrar pésimo lo que estoy haciendo. Yo no lo viví, porque me da la impresión que el examen lo toman personas criteriosas, y que al contrario del pregrado, no buscan rajear gente ni hacer una selección... y si uno lo hace mal yo creo que a lo más uno se sacará un cinco, pero reprobar en la parte práctica, no.” (EC5, evaluada en Campus Oriente)

“Si tú te planteas bien no debería influir quien te evalúa”. (EC4, evaluada en Campus Norte)

“Yo la verdad que siento que en términos generales la persona que toma el examen no influye mucho en el resultado. Yo siento que me pude desempeñar igual con todos”. (EN1, evaluada en Campus Centro)

“Yo creo que no influyó tanto quien me tomó el examen... pero a otro le puede pasar”. (EC6, evaluada en Campus Norte)

c. Impacto Educativo

En la etapa de planificación, la mayoría los egresados reconocer priorizar contenidos seleccionados de acuerdo a las áreas de desarrollo de los evaluadores. Se describen algunas diferencias en los diferentes énfasis de cada centro formador, reconocidas por docentes y egresados.

Los equipos docentes de cada centro formador reconocen destacar algunos aspectos del programa, y priorizarlos en el examen. Perciben que eso puede influir en el estudio de los egresados. Sin embargo, algunos egresados manifiestan que la expectativa que tenían de la priorización de ciertos contenidos no se cumplió en la realidad, dado que el examen que vivieron se ajustó a lo que un neurólogo general debe manejar, sin profundizar en contenidos de sub-especialidad como ellos esperaban.

Parte importante del impacto educativo del examen final actual se describe dentro del significado del examen como instancia de aprendizaje.

“El evaluador influyó en como estudié. Di prioridad y repasé cosas en función del evaluador que me iba a tocar”. (EC6, evaluada en Campus Norte)

“Yo creo que uno sabe dónde... a qué centro va, y por lo tanto uno sabe que es lo que más se ve en ese Centro. O sea, si tú vas al hospital XX, tú sabes que les gustan las enfermedades neurodegenerativas, o sabes que les gusta preguntar mucho de metabolismo, o sea...tú eso lo sabes. Eh...también, en el fondo, existe una solidaridad intergeneracional, para que te voy a mentir. O sea, yo...a mí me habían dicho mira...yo había conversado antes con mis compañeros de generación: “oye, vas a tener examen con tal y tal doctor. A tal doctor le gusta que sepas esto, esto otro y esto otro”. Y más aún, el día me dijeron...o sea, cuando yo ya estaba allá, me dijeron: ‘mira, de los pacientes como difíciles que están hospitalizados, esta esto, esto y esto’” (DN4, docente Campus Norte).

“Probablemente hubiera hecho exactamente lo mismo independiente de donde me tocara. La última semana le iba a dar énfasis a una cosa u otra según el centro que me tocara y las cosas que yo pensara que me iban a preguntar más digamos, pero el grueso del estudio iba a ser el mismo”. (EN1, evaluada en Campus Centro)

“En realidad, así como lo que me habían dicho era que se privilegiaba la parte metabólica y la neurogenética, neurometabólicas. Pero en la práctica del policlínico, del día a día, yo vi niños con problemas exactamente igual que en todos lados, o sea la microcefalia, la macrocefalia, los trastornos del espectro del autismo, las disrafias espinales... Lo que se veía en el policlínico, claro, había el caso raro que aparecía por ahí que tenía la ficha enorme pero no...A la hora de preguntarme, me preguntaron cosas que, lo mismo que hago acá todos los días, o sea Neurología general, para un neurólogo general de provincia. Nadie me fue a preguntar por la última molécula. O sea, todo lo contrario, me preguntaron qué haría usted en este caso, y yo le dije lo que yo haría, y era más o menos lo que ellos harían también. A lo mejor con un poquito más de recursos, pero lo que yo haría no distaba mucho de lo que hacían ellos. Y uno se da cuenta que el manejo es más o menos el mismo, incluso mis indicaciones no eran muy distintas”. (EO1, evaluado en Campus Centro)

“Yo siento que en el centro que me tocó dar mi examen, independiente que el centro tiene un sello, no te exigen cumplir con las expectativas de ese sello... es más mito que realidad. Nuca fue una exigencia más allá de lo que debería saber un neuropediatra general. Uno puede tener ciertos bemoles a la hora de dar el examen, pero al final nadie te exige más ... yo creo que al final todos van a lo mismo. Todos buscan tener neuropediatras generales”. (DO2, docente Campus Oriente)

“Yo creo que la gente que viene para acá piensa que nosotros somos los rarólogos, que somos de patologías raras, de buscar los aspectos genético metabólicos, como enredados, digamos... tengo la sensación de que la idea que la gente que viene para acá piensa que es eso, que nos vana a preguntar cosas raras... ¿qué es lo que se hace acá? Creo que hay un mix. Probablemente la mayoría son mas clínicos, y hay un porcentaje menor que es un poquito más genético molecular, pero en el momento de la evaluación se pone en la balanza eso”. (DC2, docente Campus Oriente)

En relación a las herramientas de evaluación utilizadas en la actualidad, algunos egresados reconocen un cambio en su estrategia de estudio para enfrentar de mejor forma el examen oral.

“Del examen teórico, como es la forma de evaluación, cambié la forma de estudiar. Me hizo hacer flujogramas. Hay temas que no estudie en profundidad, porque tenía que priorizar, pero por como es el examen, para no quedarme en blanco, me armé esquemas para decir de lo general, un enfrentamiento general, y a lo mejor no me estudiaba la patología en detalle, y eso no era un forma habitual mía de estudiar. Fue algo que hice para este examen”. (EC6, evaluada en Campus Norte)

No existe retroalimentación formal en el examen final. La mayoría de los docentes reconocen entregar información general sobre el desempeño al egresado. Muchos docentes expresaron que el examen final es una instancia de aprendizaje, y en ese contexto valoran positivamente la retroalimentación (descrito en la Sección Significado del examen final). Los egresados destacan la necesidad de contar con retroalimentación formal, dado que permite disminuir la ansiedad frente al proceso de evaluación, y porque es parte importante de una instancia de aprendizaje.

“Cuando terminé mi examen práctico, el tercer día, me invitaron a tomarme un café y me preguntaron que iba a ser yo para adelante, y me dijeron que en general todos habían opinado que mi examen había sido súper bueno, y fue con varios docentes, que también fue algo como rico. Quizás me hubiera gustado que me hubieran dicho... sentí que todo era como muy positivo, pero no.... Es que la tendencia frente a estas cosas es que uno diga lo lindo y no diga lo feo. Pero alguna falencia tienen que haber encontrado, no creo que lo hice todo perfecto, me pusieron buena nota, pero no me pusieron un 7, por lo tanto hay cosas que tienen que haber faltado... Y yo no supe que fue”. (EN1, evaluada en Campus Centro)

“No hubo retroalimentación, me dijeron como: ‘estás bien, súper bien y vamos a conversar entre todos que nota te ponemos’. Nunca supe la nota. Creo que todavía no la sé. Pero en el fondo cuando a ti no te ponen un 7, tú preguntas qué podría haber mejorado. No tuve la oportunidad de ir a preguntarle al doctor qué le hubiese gustado que yo le hubiese dicho para que me hubiese encontrado un poco mejor, para saber qué estaba evaluando él”. (EC1, evaluada en Campus Oriente)

“Fue como ‘mira, tu desempeño... nosotros nos ponemos de acuerdo para una nota, así es que no te puedo poner una nota individual hoy. Pero mi concepto es que estarías aprobada’. Me faltó que me dieran más detalles, qué cosas estaban mejor, y qué cosas me faltaban” (EN3, evaluada en Campus Oriente)

“Debiera haber retroalimentación. O sea, yo creo que existe, pero yo creo que todavía no es algo establecido. Creo que eso debería ser una de las normas fuertes. Es medio informal todavía. Hoy día sigue siendo informal, pero cada vez se está haciendo más”. (DC1, docente Campus Centro)

d. Aceptabilidad

El examen final es aceptado por la mayoría de los participantes, tanto egresados como docentes. Algunos plantean modificaciones que permitan mejorar la aceptabilidad, como incluir una pauta de observación y un conjunto de preguntas pre-establecidas para el examen teórico, lo que asocian a un mayor sentido de justicia.

“En este centro, es aceptada esta forma de evaluar. Yo siento que las personas que toman examen acá, les gusta tomar examen, lo disfrutan, lo toman como una instancia positiva. Así, en forma absolutamente honesta, yo nunca he visto tomar examen de mala gana... Obviamente podría ser mejor. Yo creo que es una forma buena de evaluar, pero debería estar un poco más estructurada”. (DO2, docente Campus Oriente)

“Yo creo que es una buena forma de evaluar. Insistiría yo en esto de hacer los sobrecitos, o sea de mejorar la calidad de las preguntas.” (DC1, docente Campus Centro)

“A mí me gustaría que hubiera un pauta. Con eso me sentiría más justa. Y creo que es súper importante ser justo en un examen así, porque creo que son súper subjetivos. Eso a mí me molestó como estudiante, y lo encuentro penca para los becados. Porque efectivamente que la manera en como yo pregunto es diferente a la manera en la que otro pregunta y por supuesto que el nivel de profundidad que yo pueda preguntar, o la patología que yo pueda preguntar no va a ser la misma, porque evidentemente y eso es normal, uno tiene más experticia en ciertas áreas.” (DO4, docente Campus Oriente)

Muchos egresados plantean que existe la idea de que es un examen muy difícil, arbitrario y subjetivo, pero la mayoría menciona que su experiencia personal fue mucho menos amenazante, y finalmente concluyen que fue una buena manera de ser evaluado.

“Yo creo que todos lo aceptamos un poco, que es incómodo pero se logra sobrellevar, creo que hay que escoger un método, y dentro de todo lo que hay éste como que logra ser un poquito más objetivo”. (EC2, evaluado en Campus Norte)

“Yo creo que no es aceptado por los egresados, porque es muy duro, y tiene este componente de azar, y si te preguntaron el temario que escogiste, bien, puedes tener un siete, y eres de seis, o eres muy bueno y no te va tan bien. Pero el examen que yo di no fue tan malo, y siempre he creído que tuve buena suerte, como que se me preguntó adecuado, y he escuchado historias de otras personas, como que no han tenido el mismo panorama”. (EC6, evaluada en Campus Norte)

“El examen es para todos un parto muy aterrador...se acepta mal creo yo, no es bien visto, a nadie le gusta y los comentarios que yo escuchaba es que en otro lado te van a... aunque después todos igual te dicen 'igual fue fácil'. No hay una buena onda. Pero a mí me gustó porque en realidad, al otro día, después de todo lo que pasó, al otro día me sentí mejor”. (EO1, evaluado en Campus Centro)

“No es justo porque son exámenes muy distintos de una persona a otra. En mi caso, yo tuve la fortuna de que me fue bien. Pero creo que a una persona, que hubiera tenido muy mala suerte, que se hayan alineado los astros de manera terrible, le podría haber ido mal siendo un buen egresado”. (EC5, evaluada en Campus Oriente)

“El examen es aceptado. Y hay que hacerlo. Y yo siento que después del examen sentí que podía trabajar con más confianza. Antes yo sentía que me había faltado estudiar un poquito. Pero no desde la visión del resto, desde mí. Para este examen estudié mucho y aprendí mucho. Y a mí me parece que está bien darlo, que es adecuado, y me parece que es justo, porque es interfacultades”. (EN4, evaluada en Campus Oriente)

E. Razonamiento Clínico

Los participantes comparten la definición de Razonamiento Clínico, y no hubo diferencias importantes entre los egresados y los docentes. Se les entregó una definición cuando fue necesario complementar algún aspecto no mencionado por ellos, de manera de poder manejar los mismos conceptos en el resto de la entrevista.

“Yo entiendo que es ser capaz de, después de haber obtenido una anamnesis y un examen físico, hacer un diagnóstico apropiado, sindromático, localizador y etiológico, y plantear diagnósticos diferenciales manejo y tratamiento. Razonar el caso, en el fondo, sobretodo el diagnóstico diferencial”. (EN2, evaluada en Campus Centro)

“El razonamiento clínico es evaluar básicamente la historia y los antecedentes del paciente, hacer el análisis completo del paciente, de los antecedentes, de la historia, que para mí la historia es lo más importante, más que el examen físico, y el ejercicio de pensar qué puede ser y porqué. Plantear un manejo seguro y un estudio racional.” (EN4, evaluada en Campus Oriente)

“El razonamiento clínico es identificar los problemas del niño, hacer un análisis, hacer un plan de signos a buscar en el examen neurológico, juntar la información que surge de esos dos procesos y armar un puzle con eso, y las posibilidades diagnósticas etiológicas que de ahí surgen, y un camino de búsqueda por prioridades. Eso”. (DN2, docente Campus Norte)

“Es la capacidad de unificar todos los elementos que confluyen alrededor de la situación clínica del paciente, y esto incluye el motivo de consulta, los síntomas acompañantes, la anamnesis remota, el entorno social, y todo eso de tal forma de ordenar toda esta información. Saber agrupar los hallazgos del examen físico, obviamente influenciados por al anamnesis, de manera que te permita llegar a diagnóstico sindromático. Relacionar los antecedentes con los síntomas y con otros factores que pueden estar añadidos y tratar de llegar a una unidad diagnóstica, en lo posible. Tratar de buscar unir todos los cabos para tratar de llegar a un único... Todos sabemos que a veces los pacientes tienen más de una cosa, pero uno tienen que tratar de llegar a una unicidad de las cosas que va encontrando”. (DO2, docente Campus Oriente)

Tanto egresados como docentes reconocen que el proceso de enseñanza/aprendizaje del Razonamiento Clínico sucede durante los tres años del Programa de Formación, fundamentalmente en relación a la discusión de los casos clínicos en la visita de pacientes hospitalizados y en el policlínico.

“Yo si veo a los becados en primero, y cómo terminan el tercero, el razonamiento neurológico mejora. Si eso es la docencia que hacemos o no, no sé. Puede ser la exposición a los mismo niños, a la madurez cortical... Es nuestro objetivo. Es nuestra intención. Hacemos actividades para que eso suceda, pero... ¿eso es lo que logra? Ahora, obviamente, hay algunos que lo logran con una facilidad notable, y otros en que logran apenas un suficiente. ¿No es cierto? Lo cual significa que no es solamente que si los sometemos a todos al mismo entrenamiento vamos a lograr el mismo producto... Porque es un mecanismo complejo, en una maquinaria compleja, y que cambia mucho...” (DN1, docente Campus Norte)

“¿Como se enseña?, yo creo que uno... que se enseña en el día a día, con pacientes de verdad, en forma gradual, primero sin meter mucha mano, y después llevándolo a la práctica, y una

manera en que uno se da cuenta que lo han logrado más o menos, son las reuniones clínicas....” (DN2, docente Campus Norte)

“Yo creo que es difícil, enseñar y aprenderlo. Uno, porque uno tiene que estar verbalizando quizás más de lo que verbalizamos... O sea, por ejemplo yo estoy preguntando esto y voy a examinar esto porque estoy pensando en ta-ta-ta. Lo hace la Dra XX. Yo todavía no lo hago con esa experticia. Yo creo que yo lo hago con el ejercicio del papelito al lado. Si esto viene para acá, que posibilidades hay que pensar. Para mí es mucho más fácil así. Lo otro que yo valoro mucho, y por eso les pido que se lean las fichas de lo que uno ha escrito antes. Porque yo trato de poner en la ficha un pensamiento. El ‘en suma’ ... donde va el diagnóstico.” (DN2, docente Campus Norte)

“La mejor forma de enseñar (razonamiento clínico) es ver pacientes juntos. Uno puede discutir el nivel de supervisión, si en el fondo podemos hacerlo en el examen, o todo el paciente visto juntos, o ves el paciente completo y después lo discutimos y vemos las dudas... todo depende del nivel en el que está el residente. No es lo mismo uno que viene recién llegando de otro que ya se dio la vuelta completa. Yo creo que la mejor forma de aprenderlo es ver pacientes. No veo otra forma. Aunque yo me lea el Swaimann completo. Imposible”. (DO2, docente Campus Oriente)

“Yo trato de hacerlo en la visita. Yo los llevo a pensar a ellos, preguntándoles ¿por qué piensas que esto o lo otro?. ¿Qué otra cosa podría ser?. Eso es lo que yo hago. Lo que hago en el policlínico. Me cuesta, sí, me cuesta. Porque yo creo que los becados llegan con la idea de irse a las máquinas de inmediato, a lo difícil, al gen... creo que me cuesta meterles eso en la cabeza. Les digo a los chicos de primero, que vienen llegando, que en esta etapa aprendan bien semiología y anatomía, y si tienen un paciente y leen un poco más, perfecto”. (DC2, docente Campus Oriente)

“¿Recibí formación en razonamiento clínico? Sí. De todas maneras. Ese es el enfoque principal de mi centro formador. Siento que me formaron los tres años para eso, en el fondo. Aprender a pensar. Los 365 días del año, durante 3 años.” (EN2, evaluada en Campus Centro)

En relación a la evaluación del Razonamiento Clínico durante el proceso de formación, tanto docentes como egresados describen que no existe un instrumento de evaluación formal, pero plantean que la evaluación se hace en la práctica clínica diaria con pacientes hospitalizados y ambulatorios, y de manera más explícita en las discusiones en las visita a pacientes hospitalizados o en reuniones clínicas.

“El razonamiento clínico se puede evaluar en la beca. Uno tiene las evaluaciones teóricas, y tiene las evaluaciones semestrales, y en el fondo ahí lo que más pesa es lo que ellos han visto de ti en el día a día, y es en el día a día, cuando tú estás viendo pacientes, y la gracia de mi hospital sobretodo, es que tienes generalmente una persona al lado que está contigo cuando tú haces el razonamiento, no llegas con la cuestión digerida, sino que te la están preguntando ahí paso a paso.” (EN2, evaluada en Campus Centro)

“Instancias de evaluación del razonamiento clínico hay un montón. Y desde el punto de vista de las habilidades clínicas, yo siento que la evaluación de las habilidades clínicas como que se evalúa todos los días, en la práctica. Que como esto es tan supervisado, siempre hay una evaluación de las habilidades clínicas”. (EN1, evaluada en Campus Centro)

“Nosotros en cada reunión clínica, nos mandábamos la historia del paciente. Era nuestro paciente, flecha (dibuja una flecha en el aire para expresar el concepto de línea de tiempo), la flecha famosa, el examen físico hecho por ti, y tus planteamientos diagnósticos, no los de tus docentes, porque de repente el paciente ingresó el lunes, y la reunión era martes en la mañana, entonces el docente se enteraba ahí mismo, de que tú habías puesto en el ingreso diagnóstico sindromático, etiológico, localizador y generales y ya le tenías hecho un plan. Y eso lo hacíamos en cada

ingreso que teníamos en sala. Todas las semanas, cada una era una interrogación segura, y al final después de pensar, venía 'ya, si tú crees que tiene un Emery Dreifuss, háblame de esta cuestión'. Entonces eso lo hacíamos mucho mejor los martes y los jueves, a lo que se hizo en el examen práctico". (EC1, evaluada en Campus Oriente)

"Para evaluarlo... dentro de la beca yo creo que es una cuestión que uno tienen que ir viendo en forma evolutiva. No hay que olvidar que cuando uno llega a la beca es médico. No es una persona.... No puede no tener razonamiento clínico. El tema es que Neurología es una especialidad diferente de las otras. Hay cosas nuevas, son términos que nunca has escuchados, una forma de examinar que uno no ocupa en la práctica de la medicina general, son diagnósticos que son algunos raros.... Un ejemplo clásico es el ADEM, que uno acá lo tiene absolutamente interiorizado, y en pregrado nunca lo vio. Ahí es donde uno tiene que conjugar el razonamiento clínico de la persona que tiene como médico general, y ahí uno de repente, y por eso la jerarquización es importante, uno llega primero al diagnóstico sindromático, que es bien importante, y cuando la persona va creciendo y va adquiriendo habilidades, ver cómo avanza hacia diagnósticos etiológicos". (DO2, docente Campus Oriente)

"En la beca se evalúa (razonamiento clínico) en el día a día. En todo. En la visita ellos presentan el paciente, y desarrollan el tema y el probable diagnóstico del paciente. Lo hacen en la visita, en el policlínico, en los seminarios". (DC4, docente Campus Oriente)

La gran mayoría de los participantes plantean que la evaluación de esta competencia compleja en el examen final se realiza en la etapa de examen práctico con pacientes reales. El examen teórico podría evaluarla si se plantean preguntas con un caso clínico, lo que no siempre sucede. Algunos docentes plantean que el objetivo del examen teórico no sería necesariamente evaluar Razonamiento Clínico, sino evaluar los conocimientos que sustentan el razonamiento.

"Yo creo que el examen teórico, el objetivo no es evaluar razonamiento clínico. A veces se hace, uno dice cómo enfoca a un niño con este problema... yo creo que el (objetivo del) examen teórico es que tenga los conocimientos para generar razonamiento clínico sobre nuevos problemas". (DN1, docente Campus Norte)

"Yo creo que (el examen práctico) puede dar indicadores (del razonamiento clínico), pero igual uno tienen que tener una noción. Si bien no es lo único, el rol del historial de la persona tiene que ser importante. No puede basarse solamente en tres días para sacar conclusiones, Y ahí uno tiene que tener el historial, para decir que esta persona... destaca por esto..." (DO2, docente Campus Oriente)

"Yo creo que los dos (exámenes), depende de cómo uno lo haga, el teórico según la doctora tienes que plantear... Decir: 'Ya, háblame de esto'... eso es el teórico, pero yo el teórico nunca lo hago teórico sino que práctico, le pregunto: 'a ver, tengo este paciente, qué haces tú con este paciente, ¿cuales son los diagnósticos diferenciales?'. Es decir, yo en los exámenes teóricos pregunto paciente de 4 años, previamente sano, con deterioro neurológico y crisis de ausencias atípicas, háblame de diagnóstico diferencial, tratamiento de cada diagnóstico diferencial." (DN3, docente Campus Norte)

"Yo creo que como lo estamos preguntando, sí (se puede evaluar razonamiento clínico), porque vamos a eso. Porque les estamos pidiendo eso, en el práctico. Por ejemplo, yo con la cosa del papelito le estoy pidiendo que haga un "en suma", y que en el fondo planteen caminos. Yo creo que sí. Pero si tú en el fondo, si tu manera de preguntar va a 'háblame del Duchenne', hasta ahí llegó la posibilidad del razonamiento clínico... Yo creo que también se puede evaluar razonamiento clínico, o sea, con este tipo de preguntas, 'llega el niño con...' (DN2, docente Campus Norte)

“En el examen práctico se puede evaluar razonamiento clínico. Yo creo que sí, yo creo que he ido mejorando, en el fondo, en la capacidad de darme cuenta de si el becado, a partir de los datos que él recopila y de lo que discute en el examen, es capaz de armarse por lo menos un motivo de consulta y un diagnóstico sindromático. Evaluar razonamiento clínico en el examen teórico se puede, pero yo creo que no se hace. O sea, francamente, mi percepción es que no se hace”. (DN4, docente Campus Norte)

“Yo creo que el examen práctico sí logra evaluar razonamiento clínico. Pero el teórico no”. (EN4, evaluada en Campus Oriente)

En opinión de los participantes, las particularidades de la Neurología Pediátrica se relacionan con el correlato anátomo-clínico (diagnóstico localizadorio), el desarrollo de diagnósticos diferenciales amplios, la importancia de los antecedentes remotos, la edad de desarrollo y la flexibilidad de la evaluación clínica en relación al contexto y a la actitud del niño al momento del examen.

“En Neurología Pediátrica lo más importante es cómo haces la anamnesis porque de ahí parte todo. Si yo hago una mala anamnesis voy a llegar a un diagnóstico que no tienen nada que ver una cosa con la otra. Entonces la parte de cómo rescata los antecedentes, y arma la historia clínica, y organiza el motivo de consulta. Eso es fundamental. El examen neurológico también es fundamental. Y cómo haces un diagnóstico sindromático y localizadorio”. (EN1, evaluada en Campus Centro)

“Yo creo que el examen físico, es muy distinto en neurología pediátrica y cambia con la edad, y con el desarrollo. Y el diagnóstico diferencial. Eso es lo importante en Neurología pediátrica”. (EC6, evaluada en Campus Norte)

“Es que yo creo que como es nuestra especialidad, no somos muy distintos de otras especialidades como Pediatría y Medicina Interna, porque vemos al paciente en forma global, no le miramos el dedo (SILENCIO). Entonces yo creo que acotar bien el motivo de consulta por el que llega el paciente. Pero tiene que ir la evaluación del desarrollo, como le va en el colegio. Entonces, esa capacidad de entender que el niño es completo, o sea, no puede ser que uno este viendo una cefalea y que no te hayas dado cuenta que el niño de promedio 7 paso a promedio 4 porque no le preguntaste”. (EC1, evaluada en Campus Oriente)

“Si hay algo que tiene que es propio de la neurología, es la relación anátomo-clínica. Que eso no se da prácticamente en ninguna especialidad. Es que es cierto... no hay otra. Y eso le da una cosa a la neurología que es bien propia, en que uno dice cuál es el problema y dónde está la lesión que esta causando este problema, que puede ser anatómica, sistémica, y yo creo que eso es algo que uno tiene que evaluar en la neurología, pediátrica o no pediátrica. Yo creo que la neurología pediátrica está mucho más cerca de la neurología que de la pediatría.” (DN1, docente Campus Norte)

“Independiente de por qué viene el niño, hay que evaluar edad de desarrollo, eso es propio de la Neurología Pediátrica. Uno siempre tiene que evaluar el desarrollo, y eso le da una connotación distinta .. a la amigdalitis... Uno evalúa un ser en desarrollo, evalúa lo estático versus lo progresivo, lo degenerativo, en un ámbito de correlación clínico-patológica, lo cual hace que al neurología pediátrica sea algo absolutamente distinto al resto de la medicina.” (DN1, docente Campus Norte)

“Que sean capaces de decidir cuándo es grave y cuándo no es grave. Poder decir esto tiene prioridad, y lo tengo que ver más frecuente, o lo puedo ver en seis meses.” (DC5, docente Campus Oriente)

En la Figura 1 se muestra la esquematización de las particularidades del Razonamiento Clínico en Neurología Pediátrica de acuerdo a la descripción de los participantes. La dimensión del desarrollo psicomotor determina lo que se busca en la anamnesis y el examen físico, y además entrega información relevante para el diagnóstico y para priorizar los problemas. Los diagnósticos en Neurología son definidos en tres ejes: sindromático, localizadorio y etiológico, enfatizando la importancia del correlato anátomo-clínico. La mayoría destaca la necesidad de contar con diagnóstico diferencial amplio y al priorizar los problemas buscar aquellas causas graves, frecuentes, y las que tengan un tratamiento específico (aunque sean infrecuentes).

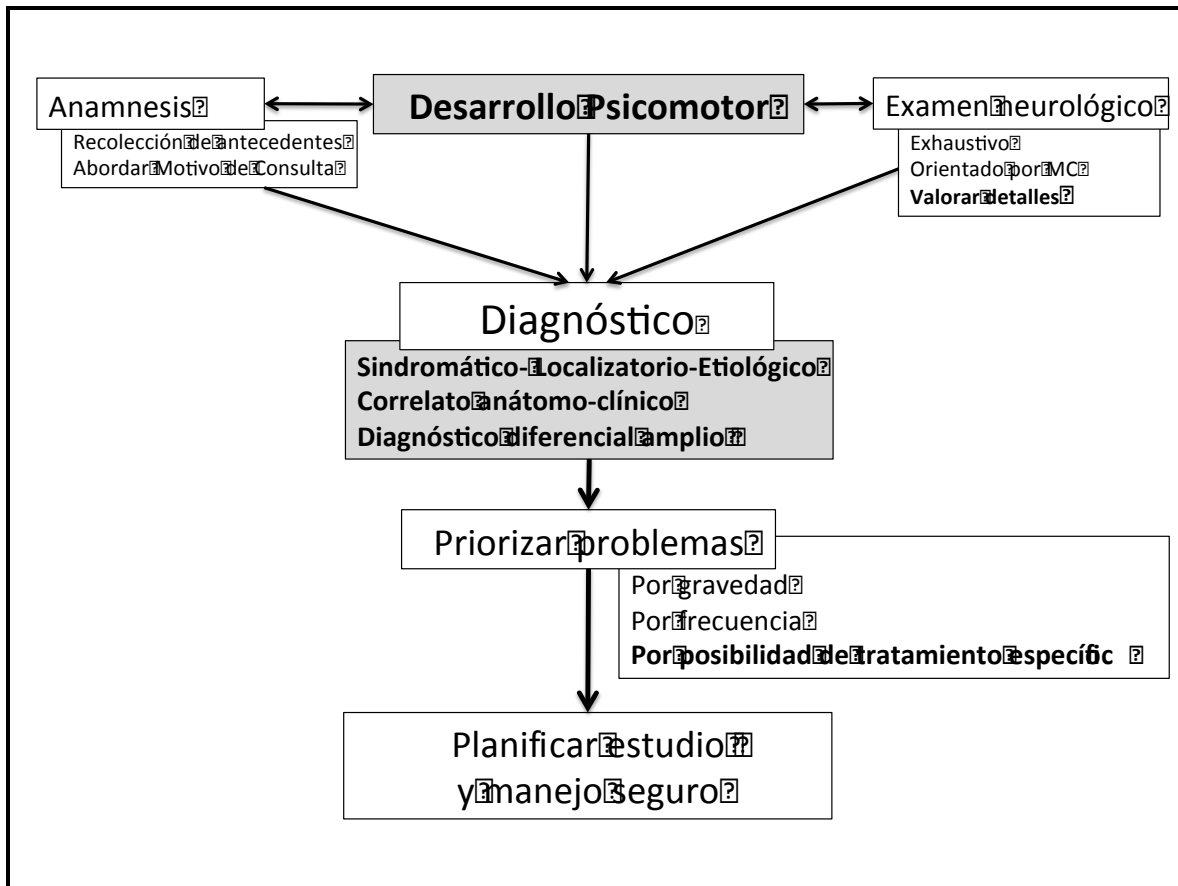


Figura 1: Esquema de las particularidades del Razonamiento Clínico en Neurología Pediátrica (destacadas en negritas)

F. Categorías emergentes

Se reconocen como categorías emergentes el significado del examen (descrito previamente), la fortaleza del proceso evaluativo previo y el impacto que puede tener la investigación en los participantes.

a. Fortaleza del proceso evaluativo previo

Durante los tres años del Programa de Formación se realizan varias evaluaciones, las que son percibidas positivamente por los participantes, tanto egresados como docentes. Si bien el proceso evaluativo previo no estaba considerado en esta investigación, varios participantes destacaron su fortaleza, por lo que se reconoce como una categoría emergente. Este proceso previo para algunos participantes sería tanto o más importante que el examen final para reconocer los conocimientos, habilidades y actitudes de los estudiantes. Algunos reconocen que los resultados en las evaluaciones previas influyen en la calificación del examen final, y otros mencionan que dada la importancia del proceso previo, este examen final sería un trámite/ceremonia (descrito previamente en significado del examen final).

“Yo creo que no hay nadie que se presente a dar examen, que no esté evaluado. Que esté certificado. Este es un proceso serio, que pasa por distintas etapas, y la verdad es que hemos tenido varios becados que no han terminado su beca, o sea que han... fracasado. Ninguno ha llegado a dar examen final. Hay un proceso previo, lo que habla muy bien del sistema. (DN1, docente Campus Norte)

“Yo tengo sentimientos encontrados... porque creo que si un alumno ha estado durante 3 años en un centro, creo que los que mejor pueden evaluarlo son sus docentes, porque saben desde un comienzo, uno sabe cómo llegan desde un comienzo, y cómo van mejorando en el tiempo, hasta que logran adquirir la calidad y los conocimientos de neurólogos pediátricos, que es nuestro caso... en ese sentido, yo tengo sentimientos encontrados de que vuelvan a ser evaluados por una comisión... porque muchas veces uno conoce el recorrido de este joven o jovencita, y en el examen por distintos estresores, a todos nos pasa, durante toda la vida y siento que en algunos de ellos no se ha reflejado lo que realmente son, lo que uno ve durante todos estos años. No recuerdo que a alguien se le haya visto mejor de lo que es, pero sí ha pasado que se ven peor de lo que son. Yo creo que está bien la evaluación final, en todas las cosas debiera haber una evaluación final, un cierre. Pero tengo sentimientos encontrados, porque muchas veces chicos que han sido realmente excelentes en todo, por tres días y un día teórico, por distintas razones, por dificultades que ellos tengan o por preguntas que van más allá de lo que debieran saber, son evaluados peor de lo que uno los conoce en estos tres años”. (DC2, docente Campus Oriente)

b. Impacto de la investigación en los docentes

Algunos docentes reconocieron durante la entrevista que el hecho de reflexionar sobre el examen permite aprender y evaluar lo que se hace para poder proyectar mejoras.

“Y una cuestión que no me había dado cuenta hasta ahora en que tú me llamaste para conversar ahora, nadie me había preguntado por el examen. Ni cuando yo lo di tampoco. Ni cuando empecé a tomarlo. Me preguntaron ¿cómo te fue? ¿lo pasaste bien?... Pero así como ‘analízame el examen, y dime que te gustó y que no te gustó...’ De repente eso podría fortalecer el examen, que haya una pauta para mí para evaluar al estudiante y una pauta para el estudiante para decir que te pareció el examen y que todo quede por escrito”. (DO2, docente Campus Oriente)

“Yo creo que a los docentes nos falta entrenamiento. Esto mismo que estamos verbalizando ahora es para mí un aprendizaje” (DN2, docente Campus Norte)

“Me preocupa que estemos más unificados. A mí me parece que este trabajo... Espero que realmente nos ayude a mejorar” (DC6, docente Campus Centro)

G. Propuestas de mejoras sugeridas por los participantes

Tanto docentes como egresados coinciden en las propuestas de mejoras, que incluyen mejorar la planificación del proceso de evaluación final y unificar metodologías, desarrollar pautas de observación para los encuentros clínicos para el examen práctico y generar preguntas pre-establecidas con un sistema de calificación formal para el examen teórico.

“Lo que yo incorporaría como para hacer la cosa más homogénea es que haya una pauta, de lo que se va a evaluar, y de cómo se va a evaluar”. (EN1, evaluada en Campus Centro)

“La pauta ayuda a que sea más estructurado, y que al docente no se le queden cosas en el tintero”. (EC4, evaluada en Campus Norte)

“El número de encuentros clínicos ya es muy diverso, eso debiera establecerse, no puede ser que a un gallo le pregunten de la patología que no sabe y tenga un 2, yo creo que eso no puede ser. Lo otro es que debiera estandarizarse qué se va a evaluar y que cada parte tenga un punto para que no sea que la apreciación general del docente es que dio un pésimo examen y en realidad quizás sí llegó al problema, quizás falló en el enfrentamiento, que esté desglosado los puntos para evaluar, y no sea todos una apreciación, de no, no llegó al final, entonces le fue mal.” (EC1, evaluada en Campus Oriente)

“Ahora, podemos buscar maneras de homogeneizarlo un poquito, y hacerlo más objetivo, y hacer una pauta, por ejemplo ‘la persona hace las preguntas adecuadas’, ir haciendo una pauta de observación... Pero, además desde el punto de vista más médico, hace las preguntas, hace el examen físico, y tickearlo, cosa de que no te quede la impresión de que lo hizo bien, que quede un registro. Y yo creo que eso es algo que se pudo implementar sin mayores dificultades” (DN1, Docente Campus Norte)

“Que tengamos una pauta de consenso de evaluación de la parte práctica. Una pauta explícita de evaluación, que eso no tenemos, hasta donde recuerdo eso no está en el Programa... Entonces, que diga ejemplos de cómo se toma un examen práctico, cuales serían las puntuaciones, qué es lo que no puede faltar dentro de lo que examina el práctico...” (DO1 Docente Campus Oriente)

“Que en el fondo uno defina en los tres centros en los que se toma examen que se hagan cosas similares en cuanto a hospitalizados, pacientes de urgencias, poli y teórico. Porque una cosa es la pauta de habilidades que uno le pide a la persona, y lo otro es cómo estructuro cómo se va a tomar examen. Yo te diría que las cosas a mejorar son tratar de homogeneizar las cosas que son homogeneizables. Hacer una pauta para saber lo que yo quiero que el estudiante me diga, que no puede ser muy específica porque los temas son tan variables, que me sirva la misma para una epilepsia, para déficit atencional, o para cualquier otra cosa. Y definir en el fondo los tiempos y las instancias de cada centro, y que sea más o menos parecida”. (DO2, docente campus Oriente)

“No te lo había mencionado... pero yo tengo mis pautas. Yo soy como ordenada. Yo tengo pautas de evaluación para cuando me ha tocado tomar examen práctico. Yo tengo una pauta, porque para no perderme, tratando de ser lo más justa... entonces tengo una pauta por ejemplo de cefalea, cual es su anamnesis... Tengo una pauta para cada cosa. Pregunto cefalea, retraso del desarrollo, epilepsia, síndrome hipotónico. Para no perderme de qué me contesta y qué no. Yo hago ticket y anoto lo que me parece relevante. Esta pauta es mía, porque yo soy como estresada quizás... entonces yo quiero dejar todo anotado, por si me preguntan qué hizo bien y qué no. Ahora, yo no sé si mi pauta está bien o no, porque la hice yo sin saber qué es lo pedagógicamente

correcto, pero es lo que yo siento que me debiera contestar a ese nivel, porque he tomado examen en primero y en segundo año de beca". (DC6, docente Campus Oriente)

"Yo creo que el teórico tiene que trabajarse, tiene que exponerse, verbalizarse, con los otros centros... En relación al tipo de preguntas, a los objetivos, y en relación al momento de poner la nota, la calificación". (DN2, docente Campus Norte)

"Lo que estamos tratando de hacer es que el alumno no sienta de que yo le estoy haciendo una pregunta más difícil que la que le hicieron a un compañero. Y entonces, es que el alumno elija de un pool de preguntas, tres, y de esas conteste una o dos" (DN1, Docente Campus Norte).

"Yo he sabido de especialidades que hacen un pool de temas, así como ... pueden ser 100. Pero que en el fondo tú sepas que esos 100 temas son importantes y te puede salir cualquiera. Pero no que alguien se arranque con los tarros y te pregunte la estructura del CDKL5. Que estén dentro de los objetivos de la beca." (EC1, evaluada en Campus Oriente)

"Para el teórico, que hayan 40 temas, y elegir uno al azar. Eso a mí me habría bajado la ansiedad. Yo sé que tengo que estudiarme 40-50-60 temas, yo sé hasta donde y sé qué es lo que tengo que hacer para asegurar el éxito. Y me habría gustado como preguntas concretas, preguntas tal vez largas, y eso te permite ver cosas más actualizadas". (EN4, evaluada en Campus Oriente)

"Yo creo que hay varias maneras (de mejorar el examen teórico). Una es que hagamos realmente una pauta personal de qué examen vamos a hacer. Y si no lo cumplió... y que cada persona llegue con eso preparadito, y con eso uno documenta o argumenta por qué no le va a poner un 7. Y que sea transparentado en el momento de la evaluación con los otros docentes" (DN2, docente Campus Norte).

Sólo una participante (egresada) propone incluir una prueba teórica escrita que permita abarcar mayor cantidad de contenidos. Los docentes describieron que intentan manejar este aspecto en la fase planificación del examen práctico al seleccionar varios casos diferentes en diferentes escenarios.

"Que haya alguna instancia que te evalúe, una prueba... escrita, lo que sea, que cubra el temario mejor. Que sea para todos los egresados. Que sea como un barrido grande y que después te toque el evaluador... Y quizás optimizar la parte práctica, porque para mí fue un gran examen teórico. Que el práctico de verdad sea práctico. Yo creo que añadir una pauta de observación puede ser una buena medida". (EC6, evaluada en Campus Norte)

Sólo dos docentes mencionan como propuesta realizar exámenes finales con un OSCE (Objective Structured Clinical Examination), con la idea de realizar un examen objetivo e igual para todos los egresados. Otros docentes plantean rechazo espontáneo a la incorporación de este tipo de herramientas, dado que no permite observar integralmente al egresado en el momento de la evaluación final. Para ellas el OSCE no puede reemplazar la observación directa del encuentro clínico con pacientes reales.

"Yo fui una de las pro OSCE. Eso se me había olvidado... Me gustaba por la objetividad. Pienso que era por objetividad y justicia, porque a todos se les examina por igual y a nadie se le pregunto

otra cosa más complicada que a los otros. Yo siempre defendí el OSCE, aunque después se echó para atrás". (DC2, docente Campus Centro)

"Entonces incluso hubo una iniciativa de cambiar el examen práctico por el OSCE... La idea es buena, es objetivar... es lo mismo que se creó el OSCE en pregrado. Pero yo creo que el OSCE puede ser más objetivo, pero este examen persona-persona, en el que uno puede profundizar, es insustituible". (DN1, docente Campus Norte)

"Yo creo que en esta especialidad un OSCE sería tremendamente difícil de implantar, y parcial en la aproximación a lo que se quiere evaluar. Porque, a diferencia de Radiología, en la que tú puedes poner mil imágenes y estarle preguntando a la gente, acá las habilidades tienen que ver mucho más que con ver y tener el conocimiento de las... Es mucho más complejo. En ese sentido yo encuentro muy muy importante tener instancias de varios días de examen práctico, con varios participantes, que evalúen de distinta manera". (DN2, docente Campus Norte)

"También habíamos hablado de un OSCE...Nunca he estado de acuerdo con eso.... Creo que nos quedamos tan cortos, y nos quedamos cortos porque no vemos lo holístico. El sentido del examen es la habilitación última del sujeto y yo creo que el OSCE no es el mecanismo... Tal vez podríamos hacer OSCE en etapas previas...." (DO1, docente Campus Oriente)

"El práctico me gusta mucho. Lo dejaría de todas maneras. OSCE por ningún motivo... porque no puede evaluar pensamiento clínico, el desarrollo, como piensa esa cabeza, como se ordena, eso es súper importante. Es lo más importante encuentro yo" (DC3, docente Campus Centro).

Una egresada y varios docentes incluyen la necesidad de mejorar la formación de los evaluadores. Dado que la principal barrera reconocida por la mayoría de los participantes es el trabajo de investigación, proponen incluir tiempo protegido para la ejecución, y entrenar a los docentes en metodología de la investigación.

"Yo creo que falta estandarizar la formación docente del equipo de cada centro" (EC2, evaluado en Campus Norte)

"Debería haber una pequeña formación a los evaluadores..." (DO1, docente Campus Oriente)

"Quizás en eso nos falta también preparación, para hacer pautas que sean pedagógicamente correctas, porque nadie de nosotros es pedagogo. Tenemos como todas las ganas de enseñar y de hacerlo, y de evaluar, y evaluar bien, pero nos falta formación". (DC6, docente Campus Centro)

"Hay otra cosa que yo creo que hay que hacer. La propuesta de mejoras es que yo encuentro que esto también es un arte. Entonces creo que tiene que haber un proceso de aprendizaje en que uno tiene que asistir como oyente cuando está recién empezando a estas instancias de evaluación... A las comisiones. Yo creo que ojalá al práctico también. Porque ¿sabes qué?, es como tienen que ser la docencia, como en posta. En esa posta uno igual acompaña, hay una transición, y uno acompaña al otro para asegurarse que hay una transmisión no solamente del conocimiento, sino que del saber hacer". (DN2, docente Campus Norte)

"Destinar tiempo protegido de investigación, y facilitar a los becados todos los especialistas para la investigación, que esté el estadístico en su sede, que puedan recurrir rápidamente al que hace metodología. Y al comité de ética que hay que presentarlo. Eso es una forma de mejorar (...). Lo otro que falta somos nosotros... nos falta capacitación en docencia, no nos da el tiempo. Capacitación en docencia, en evaluación, en todo, en cómo hacer los seminarios... Porque somos docentes sin tener ninguna capacitación. Yo no tengo ninguna capacitación en docencia. Pienso que como lo hicieron conmigo y como yo he visto como lo hacen los demás, es anticuado." (DC4, docente Campus Oriente)

“Para el trabajo de beca habría que tener horario protegido y que sea homogéneo en cantidad de carga de trabajo.” (EC2, evaluado en Campus Norte)

Varios participantes incluyen en la propuesta de mejoras la incorporación de retroalimentación formal de los docentes a los egresados. Algunos además proponen incluir retroalimentación de los egresados a los equipos docentes, de manera de poder mejorar el proceso. Una docente propone incluir autoevaluación dentro de la evaluación final.

“Lo otro que yo he hecho es preguntarle al alumno qué nota piensa que se merece, autoevaluación. Y qué cosas hizo bien, y qué cosas... cuando vemos un paciente, y le digo ¿terminaste? y yo le examino algunas cosas, es una retroalimentación no explícita. Entonces le pregunto ¿qué crees tú que hiciste bien?, y eso es algo que yo creo que les ayuda. Eso es algo que podríamos hacer... Yo he tenido gente que me ha dicho ‘doctora yo creo que hice bien la anamnesis, un poco larga, y que el examen también, me faltó diagnóstico diferencial, no pregunté consanguinidad’. O sea, ¿me entiende? Son capaces de revisar su.... Yo creo que eso es súper útil. Si hay algo que uno se acuerda, es del examen que uno ha dado....” (DN1, docente Campus Norte)

“Que haya efectivamente instancias de retroalimentación, yo creo que eso sería interesante. No del docente al evaluado... sino del evaluado a los evaluadores... Retroalimentación hacia los evaluadores...” (DO1, docente Campus Oriente)

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que el proceso de examen final fue declarado como adecuado, pero al profundizar en sus características y debilidades, se reconocen falencias susceptibles de ser mejoradas, como la falta de planificación, la ausencia de pautas de observación de los encuentros clínicos, y la ausencia de retroalimentación formal.

No hubo diferencias importantes en la visión general entre aquellos egresados que hoy tienen un rol docente, y los que no lo tienen. Tampoco hubo diferencias en la visión de los egresados evaluados dentro del primer año de egreso del Programa, y los que fueron evaluados después. No se observan diferencias profundas en las percepciones de los docentes de los diferentes centros formadores, en relación a los objetivos de la evaluación, a pesar de que varios plantean dudas al respecto, y destacan la necesidad de consensuar los objetivos del examen final.

El examen final de un Programa de Formación de Especialistas debiera contar con estrategias de evaluación que permitan dar cuenta del desempeño auténtico, con casos clínicos reales (Memon et al., 2010). Los participantes de esta investigación describen alta variabilidad en las estrategias utilizadas por los docentes en la evaluación del examen práctico. Algunos docentes realizan una interrogación oral sobre contenido y casos clínicos, que equivaldría al primer nivel y a veces al segundo nivel de la Pirámide de Miller (Miller, 1990), mientras que otros realizan una evaluación de habilidades más complejas, basada en la observación directa de un encuentro clínico con un paciente real, equivalente al nivel más alto de la Pirámide de Miller (Miller, 1990).

Los participantes describen que el examen final logra medir lo que busca en la medida en que se base en la observación de encuentros clínicos con pacientes reales. En ese contexto, el examen final es percibido como válido por los participantes. Sin embargo, se observan problemas importantes de Validez y Confiabilidad, como por ejemplo la interferencia de factores como la ansiedad en

el desempeño del egresado, la falta de una pauta de observación de los encuentros clínicos, la alta variedad de estrategias utilizadas por los docentes, y la falta de formación de los docentes en metodologías de evaluación (Downing & Haladyna, 2004). Otro aspecto que afecta la Validez del examen final es que no incorpora la evaluación de aspectos relevantes explicitados en el Programa, como contenidos relacionados con Ética.

Los docentes destacan la importancia de la evaluación de las habilidades comunicacionales, el manejo del tiempo, y la capacidad para dar malas noticias. A pesar de que este aspecto se reconoce como fundamental en el desempeño del egresado, varios docentes deciden no presenciar la etapa de anamnesis, perdiendo la oportunidad de observar aquello que declaran importante de evaluar. Esto también constituye un problema de Validez, y puede mejorar con la introducción de una pauta de observación estructurada que considere las habilidades comunicacionales.

Uno de los instrumentos que se ha desarrollado en esta línea es el OSLER (Objective Structured Long Examination Record), que consiste en una pauta de observación estructurada de un encuentro clínico con énfasis en la anamnesis y en las habilidades comunicacionales, que ha mostrado adecuados niveles de Validez y Confiabilidad (Gleeson, 1997). Otro instrumento desarrollado en las últimas décadas para evaluar la competencia clínica, el profesionalismo y las habilidades comunicacionales es el mini-CEX. Se trata de una pauta de observación estructurada de un encuentro con pacientes reales, para usar en la práctica diaria, y que permite orientar la retroalimentación inmediata (Norcini et al., 1995). Permite acceder al nivel más alto de la Pirámide de Miller "Hace" (Miller, 1990), y originalmente fue diseñado para incorporarlo dentro de la evaluación formativa, con importante énfasis en la retroalimentación (Norcini et al., 1995). Pelgrim et al. realizaron una revisión sistemática de la literatura en relación a las características del mini-CEX, concluyendo que tiene buena Validez, que la Confiabilidad es alta si se evalúan 10 encuentros clínicos, y que la factibilidad es adecuada con buena formación de los evaluadores (Pelgrim et al., 2011).

Las propuestas de mejoras sugeridas por docentes y egresados para el examen final están en la misma línea que las sugerencias que se desprenden de investigaciones en este ámbito (Norcini, 2002; van der Vleuten, 1996; Wass, et al., 2001; Wass et al., 2003). Introducir pautas de observación estructurada y observar el encuentro completo, y no en forma parcial son las propuestas de los participantes. La observación directa del encuentro clínico, utilizando pautas de observación estandarizada como el mini-CEX, es un aspecto importante para tener niveles altos de Confiabilidad (Pelgrim et al., 2011).

La incorporación de una pauta de observación estructurada no sólo mejora la Validez y Confiabilidad. Además puede ayudar a disminuir la sensación de arbitrariedad e injusticia, lo que puede aportar a la Aceptabilidad del proceso de evaluación.

Otro aspecto muy relevante para aumentar la Confiabilidad de las evaluaciones orales es el aumento del número de encuentros clínicos (Norcini, 2002; van der Vleuten, 1996; Wass, et al., 2001). Se ha descrito que en el caso de los exámenes donde se observa directamente el encuentro clínico real, con una pauta de observación estructurada, con 2 evaluadores y 10 casos diferentes, se obtienen niveles de Confiabilidad elevados (coeficiente de generalizabilidad = 0,84) (Wass et al., 2001).

Wass et al. describieron la experiencia del Royal College of General Practitioners, que usa la interrogación oral como instrumento de evaluación. El examen consiste en sesiones de interrogación oral con dos evaluadores que hacen en total 5 preguntas con respuestas de 4 minutos, que son calificadas en una escala de 9 puntos (desde sobresaliente a peligroso). Las preguntas son planificadas de acuerdo a una tabla de especificaciones, evitando repetir contenidos. Se alcanzan altos niveles de Confiabilidad (con coeficiente de generalizabilidad sobre 0,9) cuando se usan 3 sesiones de 5 preguntas cada uno (en total 15 preguntas), con un total de 6 evaluadores (dos parejas de evaluadores por cada bloque). Esta investigación además mostró que en el caso de la interrogación oral aumentar el número de preguntas es más importante que aumentar el número de evaluadores (Wass et al., 2003).

Uno de las propuestas de algunos participantes es la incorporación del OSCE (Objective Structured Clinical Examination) dentro del examen final. Este instrumento fue diseñado para evaluar la competencia clínica dividida en varios componentes, con los que se construyen estaciones por donde rotan los estudiantes para ser calificado de acuerdo a una pauta de observación estructurada, en periodos de 4-5 minutos (Harden & Gleeson, 1979). Desde su descripción ha sido ampliamente usado en diversos contextos en Educación Médica. Sin embargo, los expertos señalan que si bien el OSCE tiene valor en dentro de la evaluación formativa inicial de los estudiantes, en las etapas formativas más avanzadas, y en particular en la evaluación sumativa, el OSCE no es suficiente para dar cuenta de la competencia clínica, dado que sólo permite verla en forma fragmentada (van der Vleuten et al., 2010).

La necesidad de la formación de los evaluadores es una inquietud que surge espontáneamente en las entrevistas de los docentes, y que concuerda con las recomendaciones de expertos (Norcini, 2002; Wakeford et al., 1995). El examen práctico es valorado por los docentes y egresados como insustituible, puesto que permite evaluar competencias complejas como el Razonamiento Clínico. La evaluación de las competencias complejas no puede realizarse en forma atomizada, requiere ser evaluada en el contexto clínico por docentes entrenados (Huddle & Heudebert, 2007). La mayoría de los egresados no percibe esta falencia en los equipos docentes, lo que podría explicarse por un eventual sesgo de obsequiosidad, donde los entrevistados dicen lo que creen que el entrevistador quiere escuchar (Manterola & Otzen, 2015). En este caso, podrían no haber descrito esta falencia dado que la investigadora principal es parte de los equipos docentes.

En relación a la percepción negativa del examen por considerarlo demasiado subjetivo es necesario reflexionar acerca de la valoración positiva de la objetividad. Expertos plantean que los métodos objetivos no necesariamente aumentan la Confiabilidad, y muchos métodos subjetivos pueden ser igualmente confiables que los métodos objetivos (van der Vleuten, et al., 1991). Los instrumentos de evaluación deben ser elegidos en el contexto educativo en que

serán usados (Norman, et al., 1991; van der Vleuten et al., 1991) y en el caso particular de la evaluación del Razonamiento Clínico, por tratarse de una competencia compleja, puede ser útil la valoración subjetiva de los evaluadores expertos (van der Vleuten et al., 2010).

Los participantes reconocen y valoran la fortaleza del proceso evaluativo previo. Destacan su impacto en la toma de decisiones importantes, como por ejemplo, si es estudiante puede egresar del Programa de Formación o no. Sin embargo, en la actualidad la decisión aprueba/reprueba recae formalmente en el examen final, que muchas veces sucede más de un año después del egreso real del estudiante. Los participantes reconocen que no es posible tomar una decisión de esa importancia con un punto único de medición, en este caso, el examen final. Contar con un proceso de evaluación integral durante el tiempo de formación es lo que se ha denominado Evaluación Programática (Schuwirth & van der Vleuten, 2011).

En los últimos años se ha propuesto cambiar el paradigma desde la evaluación *del* aprendizaje a una evaluación *para* el aprendizaje (Schuwirth & van der Vleuten, 2011). Estos expertos plantean el concepto de Evaluación Programática, que consiste en un proceso de evaluación integral compuesta por varios puntos de medición dentro del proceso de enseñanza, con retroalimentación incorporada dentro del proceso, y donde la toma de decisiones final se basa en múltiples fuentes de información con incorporación de juicio de expertos (Schuwirth & van der Vleuten, 2011; van der Vleuten, et al., 2015; van der Vleuten & Heeneman, 2016). Los puntos de medición del cumplimiento de los objetivos del Programa deben ser múltiples porque ninguno por sí solo es perfecto. Los diferentes puntos de medición son complementarios entre sí y deben elegirse de acuerdo a las características propias de cada Programa. En este modelo se destaca la experiencia de los evaluadores, dado que se entiende la evaluación de las competencias profesionales como un proceso complejo, y por lo tanto, necesariamente subjetivo (Schuwirth & van der Vleuten, 2011).

El examen final desde esta mirada debiera ser un punto de medición más del proceso, y no separado del egreso, para fundamentar la decisión sobre la

aprobación final del estudiante. Debe integrarse al proceso de formación/evaluación previo, lo que es importante de considerar en la propuesta de mejoras.

Esta investigación se centró en los egresados que han sido evaluados y en los equipos docentes que han participado de estas evaluaciones. La principal barrera que describen es el trabajo de investigación, y como solución la mayoría no propone eliminarlo, sino planificarlo mejor durante el periodo de formación. Hace falta estudiar la percepción de los egresados no evaluados respecto de las barreras para acceder al examen final, de manera de incorporar estrategias orientadas a optimizar el proceso de titulación.

Por otro lado, otra manera de evaluar el proceso de examen final, y el Programa de Formación en general, es conocer la opinión de los empleadores de los egresados del Programa, respecto de su desempeño real, lo que también puede ayudar a planificar mejoras al proceso.

La investigadora principal es parte de los equipos docentes que participan en los **exámenes** finales. Sus opiniones respecto del proceso fueron registradas en un diario, y explicitándose en el análisis de las entrevistas, lo que se realizó en conjunto con otra investigadora que no es parte del equipo docente, de manera de poder distinguir las percepciones de los participantes, de las opiniones de los investigadores, intentado evitar sesgos. Además, para intentar evitar sesgo de obsequiosidad (Manterola & Otzen, 2015), se diseñaron preguntas amplias que evitan inducir una respuesta predeterminada. Este aspecto fue revisado rigurosamente en el análisis de la entrevista piloto y de las primeras entrevistas del trabajo de campo, corrigiendo aquellas preguntas que inducían una respuesta específica.

Finalmente se propone realizar adecuaciones al examen final actual, basadas en la revisión de la literatura y en las propuestas de los participantes. En el corto plazo es posible realizar algunos cambios que optimicen el examen final dentro del marco regulatorio de la Escuela de Postgrado. En primer lugar, el examen final debe entenderse como parte de un proceso de evaluación integral,

que permita en varios puntos de medición dar cuenta de las competencias de los estudiantes. De esta forma es posible contar con información de calidad que sustente la aprobación/reprobación del egresado.

En segundo lugar es fundamental entrenar a los equipos docentes, tanto en metodología de la investigación (para mejorar la principal barrera, que es la ejecución del trabajo de investigación), como en metodología de evaluación, y generar espacios de reflexión entre los equipos docentes acerca de las estrategias utilizadas y los resultados obtenidos para planificar mejoras continuas.

En tercer lugar, es necesario incluir estrategias que permitan que el examen práctico sea válido y confiable, como programar la evaluación con al menos 10 casos clínicos diferentes, en diferentes escenarios y utilizando una rúbrica. Se propone que esta rúbrica incluya la evaluación de las habilidades comunicacionales, y aspectos relevantes del proceso de Razonamiento Clínico en Neurología Pediátrica, como la perspectiva del Desarrollo Psicomotor, el correlato anátomo-clínico, priorizar problemas y buscar causas tratables. En el examen teórico se propone contar con preguntas preestablecidas que permitan abarcar la mayor cantidad de contenidos y objetivos del programa de acuerdo a una tabla de especificaciones, que puedan ser seleccionadas la azar por los egresados y que sean calificadas con una rúbrica.

En cuarto lugar, se propone incorporar autoevaluación y retroalimentación formal, que permitan al egresado conocer sus fortalezas y debilidades, considerando que el examen final es una importante instancia de aprendizaje.

Para mejorar el acceso al examen final se propone formalizar la inclusión del trabajo de investigación dentro del periodo de formación, mejorar la planificación y ejecución del trabajo y establecer puntos de control de avances con un calificación asociada. Otro aspecto a mejorar para aumentar la tasa de titulación es monitorear a los egresados recientes, difundir las fechas de examen final y aumentarlas en relación a la demanda.

Después de implementar las propuestas de mejoras participativa es necesario re-evaluar el examen final modificado, en el marco de un proceso activo de mejora continua, considerando los posibles efectos (deseados e indeseados) que las metodologías usadas puedan tener sobre el aprendizaje de los estudiantes.

Conclusiones

El examen final del Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica de la Universidad de Chile es una evaluación de resultados que se realiza al término de los tres años de duración del Programa. Consiste en un examen práctico de tres días de duración, que se realiza con diversas estrategias que incluyen encuentros clínicos con pacientes reales e interrogaciones orales. Finaliza con un examen teórico en el que se realiza una interrogación oral frente a una comisión de tres docentes, con preguntas de diverso formato.

El proceso de evaluación final fue valorado en general positivamente por egresados y docentes, y se destaca su significado como una instancia de aprendizaje. No hubo diferencias importantes en la percepción de los participantes de los diferentes centros formadores.

La mayoría de los participantes describe que el examen logra dar cuenta de las competencias de los egresados (es percibido como válido), los resultados son similares con los diferentes evaluadores (es percibido como confiable), y en general es aceptado, aunque se reconocen aspectos a ser mejorados. En contraste con la percepción de los participantes, al analizar el proceso de evaluación final a la luz de las investigaciones previas y recomendaciones de expertos, se identifican problemas de Validez y Confiabilidad, relacionados principalmente con la falta de planificación, la ansiedad del egresado que puede interferir con su desempeño, y la inexistencias de tabla de especificaciones, y la ausencia de instrumentos de observación estructurada.

Los participantes destacan que el Razonamiento Clínico puede ser evaluado en el examen final en la medida en que se observen los encuentros con pacientes reales. Reconocen particularidades del Razonamiento Clínico en Neurología Pediátrica, destacando la dimensión del desarrollo psicomotor, el correlato anátomo-clínico y la priorización de diagnósticos de acuerdo a la posibilidad de tratamiento específico. Estos aspectos debieran ser incorporados a la pauta de observación estructurada de los encuentros dentro del examen práctico.

Dentro de las propuestas de mejoras de los participantes destacan aspectos sugeridos por la literatura, como aumentar la capacitación de los evaluadores, incorporar pauta de observación estructurada de los encuentros clínicos, elaborar preguntas pre-establecidas para el examen teórico e incorporar retroalimentación formal. Todos estos elementos permitirán mejorar la calidad del examen, aumentando la Validez, la Confiabilidad y la Aceptabilidad del proceso.

Bibliografía

- Ark T, Brooks L, Eva K. (2006). Giving learners the best of both worlds: do clinical teachers need to guard against teaching pattern recognition to novices? *Academic Medicine*, 81(4), 405–9.
- Baño G, Lalla S, Domingez, P, Seoane M, Wainsztein R, Ossorio M, Ferrero F. (2011). Evaluación de una prueba para valorar el razonamiento clínico en diferentes niveles de capacitación médica. *Revista Médica de Chile*, 139, 455–461.
- Bowen J. (2006). Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. *New England Journal of Medicine*, 355(21), 2217–2225.
- Bunniss S, Kelly D. (2010). Research paradigms in medical education research. *Medical Education*, 44(4), 358–366.
- Charlin B, Brailovsky CA, Leduc C, Blouin D. (1998) The diagnostic script questionnaire: a new tool to assess a specific dimension of clinical competence. *Adv Health Sci Educ* 3:51-58.
- Coderre S, Mandin H, Harasym P, Fick G. (2003). Diagnostic reasoning strategies and diagnostic success. *Medical Education*, 37, 695–703.
- Coderre S, Harasym P, Mandin H, Fick G. (2004). The impact of two multiple-choice question formats on the problem-solving strategies used by novices and experts. *BMC Medical Education*, 4, 23–32.
- Colliver J, Verhulst S. (1996). *Medical Research and Qualitative Methods: A Rational Approach*. *Acad Med*, 71(3), 211.
- Croskerry P. (2009). A universal model of diagnostic reasoning. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(8), 1022–8.
- Downing S, Haladyna T.(2004). Validity threats: Overcoming interference with proposed interpretations of assessment data. *Medical Education*, 38(3), 327–333.
- Durning S, Ratcliffe T, Artino A, van der Vleuten C. Beckman T, Holmboe E, Schuwirth L. (2013). How is clinical reasoning developed, maintained, and objectively assessed? Views from expert internists and internal medicine interns. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33(4), 215–23.
- Epstein R. (2007). Assessment in Medical Education. *New England Journal of Medicine*, 356(4), 387–396.
- Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (2015). Programa de Título de Especialista en Neurología Pediátrica.
- Eva K, Hatala R, Leblanc V, Brooks L. (2007). Teaching from the clinical reasoning literature: combined reasoning strategies help novice diagnosticians overcome misleading information. *Medical Education*, 41(12), 1152–8.
- Flick U. (2012). *Fundamentación de la Investigación Cualitativa. Introducción a la investigación cualitativa*. 3ª Edición, 235–253.

- Gleeson F. (1997). AMEE Medical Education Guide No. 9. Assessment of clinical competence using the Objective Structured Long Examination Record (OSLER). *Medical Teacher*, 19(1), 7–14.
- Gormaz C, Brailovsky C. (2012). Desarrollo del Razonamiento Clínico en Medicina. *Revista de Docencia Universitaria*, 10, 177–199.
- Harden R, Gleeson F. (1979). Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Education*, 13(8), 41–54.
- Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista P. (2010). Diseños del proceso de investigación cualitativa. *Metodología de la Investigación*, 490–520.
- Huddle T, Heudebert G. (2007). Taking Apart the Art: The Risk of Anatomizing Clinical Competence. *Academic Medicine*, 82(6), 536–541.
- Lincoln Y, Guba E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Mamede S, Schmidt H, Rikers R, Penaforte J, Coelho-Filho J. (2007). Breaking down automaticity: case ambiguity and the shift to reflective approaches in clinical reasoning. *Medical Education*, 41(12), 1185–92.
- Manterola C, Otzen T. (2015). Los Sesgos en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol*, 33(3), 1156–1164.
- Marcum J. (2012). An integrated model of clinical reasoning: dual-process theory of cognition and metacognition. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(5), 954–61.
- Memon M, Joughin G, & Memon B. (2010). Oral assessment and postgraduate medical examinations: establishing conditions for validity, reliability and fairness. *Advances in Health Sciences Education*, 15(2), 277–289.
- Miller G. (1990). The Assessment of clinical Skills/Competence/Performance. *Acad Med*, 65(9), S63-67.
- Modi JN, Anshu, Gupta P, Singh T. (2015). Teaching and Assessing Clinical Reasoning Skills. *Indian Pediatrics*, 52(9): 787-794.
- Montaldo G, Herskovic P. (2013). Aprendizaje del razonamiento clínico por reconocimiento de patrón, en seminarios de casos clínicos prototipos, por estudiantes de tercer año de medicina. *Revista Médica de Chile*, 141, 823–830.
- Monteiro S, Norman G. (2013). Diagnostic reasoning: where we've been, where we're going. *Teaching and Learning in Medicine*, 25 Suppl 1, S26-32.
- Morse J. (2015). Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212–1222.
- Norcini J. (2002). The death of the long case? *British Medical Journal*, 324, 408-409.
- Norcini J, Blank L, Arnold G, Kimball H. (1995). The mini-CEX (clinical evaluation exercise): A preliminary investigation. *Annals of Internal Medicine*, 123, 795-799.
- Norman G, Eva K. (2010). Diagnostic error and clinical reasoning. *Medical Education*, 44, 94–100.

- Norman G, van der Vleuten C, de Graaff E. (1991). Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of validity, efficiency and acceptability. *Medical Education*, 25, 119–126.
- Pascal J, Johnson N, Dore C, Trainor R. (2011). The Lived Experience of Doing Phenomenology: Perspectives from Beginning Health Science Postgraduate Researchers. *Qualitative Social Work*, 10(2), 172–189.
- Page G, Bordage G, Allen T. (1995). Developing key-feature problems and examinations to assess clinical decision- making skills. *Acad Med*, 70:194–201.
- Pelgrim E, Kramer A, Mokkink H, van den Elsen L, Grol R, van der Vleuten C. (2011). In-training assessment using direct observation of single-patient encounters: a literature review. *Advances in Health Sciences Education*, 16(1), 131–142.
- Schuwirth L. (2009). Is assessment of clinical reasoning still the Holy Grail? *Medical Education*, 43(4), 298–300.
- Schuwirth L, van der Vleuten C. (2011). Programmatic assessment: From assessment of learning to assessment for learning. *Medical Teacher*, 33(6), 478–485.
- Starks H, Trinidad S. (2007). Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372–1380.
- Swanson D, Norman G, Linn R. (1995). Performance-based assessment: lessons learnt from health professions. *Educ Res*, 24, 5–11.
- Tavakol M, Sandars J. (2014a). Quantitative and qualitative methods in medical education research: AMME Guide N°90: Part II. *Med Teach*, 36(10), 838–848.
- Tavakol M, Sandars J. (2014b). Quantitative and qualitative methods in medical education research: AMME Guide N° 90: Part I. *Med Teach*, 36(9), 746–756.
- Tracy S. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851.
- Universidad de Chile. Unidad de Coordinación e Información Jurídica. Recopilación de Leyes y Reglamentos. Tomo I. (2000). Reglamento General de Estudios Conducentes al Título Profesional Especialista (aprobado por Decreto Universitario N°0010.602 del 17 de junio de 2000).
- van der Vleuten C. (1996). The assessment of professional competence: development, research and practical implications. *Advances in Health Sciences Education*, 1(1), 41–67.
- van der Vleuten C, Heeneman S. (2016). A new holistic way of assessment : programmatic assessment. *FEM*, 19(6), 275–279.
- van der Vleuten C, Norman G, de Graaff E. (1991). Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of reliability. *Medical Education*, 25, 110–118.
- van der Vleuten C, Schuwirth L, Driessen E, Govaerts M, Heeneman S. (2015). Twelve Tips for programmatic assessment. *Medical Teacher*, 37(7), 641–646.
- van der Vleuten C, Schuwirth L, Scheele F, Driessen E, Hodges B. (2010). The assessment of professional competence: building blocks for theory

- development. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24: 703-719.
- Wainstein E. (2009). Algunos problemas del razonamiento médico en el proceso de diagnóstico: Papel de algunas heurísticas y posibles soluciones. *Revista Médica de Chile*, 137, 1636–1641.
- Wakeford R, Southgate L, Wass V. (1995). Improving oral examinations: selecting, training, and monitoring examiners for the MRCGP. *British Medical Journal*, 311, 931-935.
- Wass V, Jones R, van der Vleuten C. (2001). Standardized or real patients to test clinical competence? The long case revisited. *Medical Education*, 35, 321–325.
- Wass V, van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. (2001). Assessment of clinical competence. *Lancet*, 357, 945–949.
- Wass V, Wakeford R, Neighbour R, van der Vleuten C. (2003). Achieving acceptable reliability in oral examinations: an analysis of the Royal College of General Practitioners membership examination's oral component. *Medical Education*, (37), 126–131.

Presentaciones generadas por la Tesis (Anexo 5)

Heresi, C Millan T. “Valoración del Examen final del Programa de Título Especialistas en Neurología Pediátrica, Universidad de Chile: percepción de los docentes”. Presentado en el XXXIV Congreso SOPNIA 2016. Mención Honrosa (noviembre 2016) y en XVII Jornadas de investigación en Ciencias de la Salud. (mayo 2017).

Heresi, C. Millan T. “Valoración del Examen final del Programa de Título Especialistas en Neurología Pediátrica, Universidad de Chile: percepción de los egresados.” Presentado en XVII Jornadas de investigación en Ciencias de la Salud. Segundo premio en Investigación (mayo 2017)

Heresi C Millan T. ¿Cuáles son las particularidades del Razonamiento Clínico en Neurología Pediátrica?. Segundo Premio Investigación en Neurología Pediátrica XXXV Congreso SOPNIA 2017 (noviembre 2017). Aceptado para ser presentado en las Jornadas de Investigación Pediátrica Norte (diciembre 2017).

Anexo 1: Carta de aprobación del Proyecto del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS



10 NOV. 2015

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

FECHA: 10 de noviembre de 2015.

PROYECTO: "PERCEPCIÓN DE DOCENTES Y EGRESADOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN FINAL DEL PROGRAMA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA, UNIVERSIDAD DE CHILE."

INVESTIGADOR RESPONSABLE: SRTA. CAROLINA HERESI VENEGAS.

INSTITUCIÓN: PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD. PROFESOR GUÍA DRA. TERESA MILLÁN KLÜSSE, DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD, PROGRAMA DE MAGISTER EN EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.

Con fecha 10 de noviembre de 2015, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 1992, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión original de fecha 22 de octubre de 2015.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl



10 NOV. 2015

**INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
EN SERES HUMANOS**

| NOMBRE | CARGO | RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN |
|---------------------------|----------------------|------------------------------------|
| Dr. Manuel Oyarzún | Presidente | Sí |
| Prof. Gina Raineri | Secretaria Ejecutiva | Sí |
| Dra. Lucia Cifuentes | Miembro | Sí |
| Prof. M. Julieta González | Miembro | Sí |
| Dra. Grisel Orellana | Miembro | Sí |
| Dr. Miguel O'Ryan | Miembro | Sí |
| Sra. Claudia Marshall | Miembro | Sí |

Santiago, 10 de noviembre de 2015.


Prof. Gina Raineri B.
Secretaria Ejecutiva CEISH



GRB/lom.
c.c.: - caroheresi@u.uchile.cl
- Proyecto N° 187-2015
- Archivo ACTA AP-138



10 NOV. 2015

Consentimiento Informado

Le invitamos a participar de el proyecto de Investigación "Percepción de docentes y egresados del proceso de evaluación final del Programa de Título de Especialista en Neurología Pediátrica, Universidad de Chile" debido a que usted es un informante clave en su rol de evaluador /evaluado.

El objetivo de esta investigación es comprender la percepción de docentes y egresados sobre el proceso de evaluación final del Programa. Invitaremos a participar a los docentes de los tres centros formadores, y a los egresados que han terminado su proceso de evaluación final desde 2013 a la actualidad.

Si usted acepta participar, realizaremos una entrevista (individual) sobre la realidad actual del proceso de evaluación final, su planificación, ejecución, características, y sobre aspectos posibles de ser mejorados.

La entrevista será realizada por el investigador principal, grabada, y posteriormente transcrita. El contenido será analizado con metodología cualitativa, resguardando la confidencialidad.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria, sin compensación económica, y se espera que los resultados aporten en el desarrollo de una propuesta de mejoras participativa.

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del "Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos", Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Consentimiento:

Después de recibir y comprender la información de este documento, y haber aclarado todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto "Percepción de equipos docentes y egresados de el proceso de evaluación final del Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica, U. Chile".

Fecha: _____

Nombre Participante: _____
RUT: _____ Firma: _____

Nombre Investigador: Carolina Heresi Venegas
RUT: 13.756.250-9 Firma: _____

Programa de Magíster en Educación para Ciencias de la Salud, Dpto. Educación en Ciencias de la Salud, Universidad de Chile
Neurología Pediátrica, Dpto. Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Tel: _____

Anexo 2

Plan de Entrevistas a DOCENTES

Estimado docente: la entrevista tiene por objetivo comprender su percepción sobre el proceso de evaluación final del Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica, su mirada al proceso actual y las eventuales propuestas de mejoras.

(Registrar: años en rol de docente, años participando como evaluador)

Visión general

1. Mi primera pregunta tiene que ver con una mirada o visión general al proceso de evaluación en el que usted ha participado ¿cómo encuentra usted que se realiza desde su experiencia el proceso de evaluación final del programa? ¿Cómo lo evaluaría? ¿qué aspectos significativos destacaría? ¿Qué significa para usted?
2. ¿Podría usted describir cómo se desarrolla el proceso de evaluación desde su programación? (Etapas, planificación, ejecución). ¿Usted participa de esas etapas? ¿Los guía algún modelo en su planificación?. Fundamente

Etapas e instrumentos, buscando la validez

3. ¿Podría relatarme como realiza usted el examen práctico? ¿Qué aspectos considera importantes de evaluar? ¿Piensa que los estudiantes logran demostrar esos aspectos? ¿Con qué debilidades se encuentra?
4. ¿Podría relatarme como se confecciona el examen teórico? ¿Quienes participan y como se diseña? (tabla de especificaciones, grado de dificultad o facilidad de las preguntas) ¿Qué aspectos considera que evalúa? ¿Piensa que los estudiantes logran el objetivo que persigue el examen teórico? ¿Con qué debilidades se encuentra?

Buscando confiabilidad y aceptación

5. ¿Le parece que los resultados obtenidos en los exámenes prácticos son reproducibles entre diferentes observadores? ¿es importante quien evalúa el examen? ¿y en el examen teórico?
6. ¿Qué opinión tiene acerca de la aceptación que tiene nuestro proceso de evaluación entre lo docentes? ¿cuál es su percepción personal al respecto?

Impacto educacional

7. ¿Qué aspectos del programa son destacados por los docentes de su centro?. Usted está de acuerdo?. ¿Qué aspectos son menos relevantes para los docentes

de su centro? ¿Piensa que esto puede influir en como los estudiantes se preparan para el examen? ¿cómo o por qué?

Retroalimentación

8. ¿Existe retroalimentación durante el proceso de evaluación? ¿qué valor le da usted a este aspecto? ¿qué conductas se toman con esa información?

Razonamiento Clínico

9. ¿Qué piensa usted respecto a la enseñanza y la evaluación del Razonamiento Clínico: ¿encuentra usted alguna dificultad? ¿Cómo lo realiza?
10. ¿Qué aspectos debiera incluir la evaluación del Razonamiento Clínico en Neurología Pediátrica?
11. ¿Piensa que los exámenes práctico y teórico logra dar cuenta de esta competencia compleja? ¿De qué manera?

Sugerencias: fortalezas y debilidades

12. Considerando lo conversado anteriormente: ¿qué fortalezas le encuentra al proceso de evaluación del programa? ¿Qué aspectos del programa no se están evaluando en nuestro examen final? ¿Cuáles son las debilidades? ¿Qué aspectos del proceso actual de examen final (teórico y práctico) podrían optimizarse?
13. ¿Tiene alguna propuesta de mejora al proceso de evaluación programa?

Muchas gracias!!!

Plan Entrevistas a EGRESADOS

Estimado Egresado: la entrevista tiene por objetivo comprender su percepción sobre el proceso de evaluación final del Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica, su mirada al proceso actual y las eventuales propuestas de mejoras.

Visión general

1. Mi primera pregunta tiene que ver con una mirada o visión general al proceso de evaluación en que usted ha participado ¿cómo encuentra usted que se realiza desde su experiencia el proceso de evaluación final del programa? ¿Cómo lo evaluaría? ¿qué aspectos significativos destacaría? ¿Qué significa para usted?
2. ¿En que centro se realizó su examen práctico? ¿En qué año? ¿cuánto tiempo pasó entre el egreso del programa y el examen final?
3. ¿Cómo preparó su examen final? ¿qué aspectos influyeron en su preparación, en la selección de los contenidos a estudiar con mayor profundidad?

Etapas, Instrumentos y Validez

4. ¿Puede describir cómo se realizó su examen práctico? ¿Qué aspectos del programa fueron evaluados durante el examen práctico?
5. ¿Puede describir su examen teórico? ¿Qué aspectos del programa se evaluaron en su examen teórico?
6. ¿Cuál es su opinión respecto del grado de dificultad del proceso de examen final?
7. ¿El proceso de examen final logró evaluar los objetivos del Programa de Formación? Fundamentar.

Confiabilidad y Aceptabilidad

8. ¿Le parece que los resultados obtenidos en los exámenes prácticos son reproducibles entre diferentes evaluadores? ¿Es importante quien evalúa el examen? ¿y en el examen teórico?
9. ¿Qué opinión tiene acerca de la aceptación que tiene nuestro proceso de evaluación entre los egresados? ¿cuál es su percepción personal al respecto?
10. ¿Cuál es su opinión respecto de la justicia del proceso de evaluación final?

Buscando Impacto Educativo

11. ¿Qué aspectos fueron destacados por los docentes del centro donde usted fue evaluado? ¿Qué aspectos fueron menos relevantes para ellos? ¿Piensa que esto

pudo influir en su aprendizaje? ¿Cómo/por qué? ¿Qué otros aspectos de la evaluación final pudieron influir en su aprendizaje?

Retroalimentación

12. ¿Existió retroalimentación durante el proceso de evaluación? ¿qué valor le da usted a este aspecto?

Razonamiento Clínico

13. Durante su formación ¿tuvo la experiencia de ser evaluado en relación a la competencia Razonamiento Clínico?

14. ¿Piensa que los exámenes práctico y teórico logra dar cuenta de esta competencia compleja? ¿De qué manera?

15. ¿Qué aspectos debiera incluir la evaluación del Razonamiento Clínico en Neurología Pediátrica?

Sugerencias: fortalezas y debilidades

14. Considerando lo conversado anteriormente: ¿qué fortalezas le encuentra al proceso de evaluación del programa?. ¿Qué aspectos del programa no se están evaluando en nuestro examen final? ¿Cuáles son las debilidades? ¿Qué aspectos del proceso actual de examen final (teórico y práctico) podrían optimizarse?

15. ¿Tiene alguna propuesta de mejora al proceso de evaluación programa?

Muchas gracias!!

Anexo 3

Consentimiento Informado

Le invitamos a participar de el proyecto de Investigación **“Percepción de docentes y egresados del proceso de evaluación final del Programa de Título de Especialista en Neurología Pediátrica, Universidad de Chile”**.

debido a que usted es un informante clave en su rol de evaluador /evaluado.

El objetivo de esta investigación es comprender la percepción de docentes y egresados sobre el proceso de evaluación final del Programa. Invitaremos a participar a los docentes de los tres centros formadores, y a los egresados que han terminado su proceso de evaluación final desde 2013 a la actualidad.

Si usted acepta participar, realizaremos una entrevista (individual) sobre la realidad actual del proceso de evaluación final, su planificación, ejecución, características, y sobre aspectos posibles de ser mejorados.

La entrevista será realizada por el investigador principal, grabada, y posteriormente transcrita, y revisada por los entrevistados. El contenido será analizado con metodología cualitativa, resguardando la confidencialidad.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria, sin compensación económica, y se espera que los resultados aporten en el desarrollo de una propuesta de mejoras participativa.

Consentimiento:

Después de recibir y comprender la información de este documento, y haber aclarado todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto **“Percepción de equipos docentes y egresados de el proceso de evaluación final del Programa de Formación de Especialistas en Neurología Pediátrica, U. Chile”**.

Fecha: _____

Nombre Participante: _____

RUT: _____ Firma: _____

Nombre Investigador: Carolina Heresi Venegas

RUT: 13.756.250-9

Firma: _____

Programa de Magíster en Educación para Ciencias de la Salud, Dpto. Educación en Ciencias de la Salud, Universidad de Chile

Neurología Pediátrica, Dpto. Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Tel: 998250903

Anexo 4: Categorías Propuestas

A. Dimensión Docentes:

| Categoría | Definición | Subcategoría | Definición |
|-----------------|--|----------------------|---|
| Examen Práctico | Todas las afirmaciones sobre el examen práctico, que se realiza en un centro formador, con encuentros clínicos relaes | Realidad Actual | Afirmaciones de los docentes sobre la manera en que se planifica y ejecuta el examen práctico, los aspectos considerados en él, incluida la existencia de un modelo guía, etc. |
| | | Razonamiento Clínico | Afirmaciones de los docentes relacionadas con la evaluación del razonamiento clínico durante el examen práctico. |
| | | Validez | Afirmaciones de los docentes relacionadas con la validez de contenido, con la medida en que el examen práctico mide lo que se propone medir. |
| | | Aceptabilidad | Afirmaciones de los docentes relaciondas con la aceptación del examen práctico por parte de los docentes, aspectos relacionados con la justicia del examen, etc. |
| | | Confiabilidad | Afirmaciones de los docentes relacionadas con la reproducibilidad de los resultados del examen práctico frente a diversos evaluadores, y afirmaciones relacionadas con la influencia sobre el egresado de la persona que lo evalúa. |
| | | Costos | Afirmaciones de los docentes relacionadas con los costos involucrados y la eficiencia de los métodos usados en el examen práctico |
| Examen Teórico | Todas las afirmaciones realizadas sobre el examen teórico actual, que se realiza en forma oral, frente a una comisión compuesta por un docente de cada centro formador | Realidad actual | Afirmaciones de los docentes sobre la manera en que se planifica y ejecuta el examen teórico, los aspectos considerados en él, incluida la existencia de un modelo guía. Etc |
| | | Razonamiento Clínico | Afirmaciones de los docentes relacionadas con la evaluación del razonamiento clínico durante el examen teórico |
| | | Validez | Afirmaciones de los docentes relacionadas con la validez de contenido, con a medida en que el examen teórico mide lo que se propone medir |
| | | Aceptabilidad | Afirmaciones de los docentes relaciondas con la aceptacion del examenteórico por parte de los docentes, aspectos relacionados con la |

| | | | |
|-----------------------|---|---------------|---|
| | | | justicia del examen, etc |
| | | Confiabilidad | Afirmaciones de los docentes relacionadas con la reproducibilidad de los resultados del examen teórico frente a diversos evaluadores y afirmaciones relacionadas con la influencia sobre el egresado de la persona que lo evalúa. |
| | | Costos | Afirmaciones de los docentes relacionadas con los costos involucrados y la eficiencia de los métodos usados en el examen teórico |
| Impacto educacional | Afirmaciones de los docentes relacionadas con el posible impacto que produce el proceso de evaluación final en el aprendizaje de los evaluados, por ejemplo en relación a los contenidos evaluados y las metodologías utilizadas. | | |
| Razonamiento Clínico | Afirmaciones de los docentes relacionadas con las particularidades del Razonamiento Clínico en el ámbito de la Neurología Pediátrica. | | |
| | Afirmaciones de los docentes relacionadas con el proceso de enseñanza/aprendizaje del Razonamiento Clínico. | | |
| Retroalimentación | Afirmaciones de los docentes relacionadas con el proceso de retroalimentación durante la evaluación final, incluyendo las conductas tomadas a partir de la información recolectada. | | |
| Fortalezas | Afirmaciones de los docentes relacionadas con las fortalezas del proceso de evaluación final, aspectos destacados positivamente. | | |
| Debilidades | Afirmaciones de los docentes relacionadas con contenidos habilidades y actitudes no evaluadas durante el proceso de evaluación final actual, debilidades del proceso, aspectos destacados negativamente. | | |
| Propuestas de Mejoras | Afirmaciones de los docentes relacionadas con aspectos a mejorar y propuestas al respecto. | | |

B. Dimensión Percepción Egresados:

| Categoría | Definición | Subcategoría | Definición |
|-----------------|---|----------------------|--|
| Examen Práctico | Todas las afirmaciones sobre el examen práctico, que se realiza en un centro formador, con encuentros clínicos relaes | Realidad actual | Afirmaciones de los egresados sobre la manera en ejecuta el examen práctico, los aspectos considerados en él, etc |
| | | Razonamiento Clínico | Afirmaciones de los egresados relacionadas con la evaluación del razonamiento clínico durante el examen práctico |
| | | Validez | Afirmaciones de los egresados relacionadas con la validez de contenido, con la medida en que el examen práctico mide lo que se propone medir |

| | | | |
|----------------------|--|----------------------|--|
| | | Aceptabilidad | Afirmaciones de los egresados relacionadas con la aceptación del examen práctico por parte de los docentes, aspectos relacionados con la justicia del examen, etc |
| | | Confiabilidad | Afirmaciones de los egresados relacionadas con la reproducibilidad de los resultados del examen práctico frente a diversos evaluadores, y afirmaciones relacionadas con la influencia sobre el egresado de la persona que lo evalúa. |
| | | Costos | Afirmaciones de los egresados relacionadas con los costos involucrados y la eficiencia de los métodos usados en el examen práctico |
| Examen Teórico | Todas las afirmaciones realizadas sobre el examen teórico actual, que se realiza en forma oral, frente a una comisión compuesta por un docente de cada centro formador | Realidad actual | Afirmaciones de los egresados sobre la manera en que se ejecuta el examen teórico, los aspectos considerados en él, etc |
| | | Razonamiento Clínico | Afirmaciones de los egresados relacionadas con la evaluación del razonamiento clínico durante el examen teórico |
| | | Validez | Afirmaciones de los egresados relacionadas con la validez de contenido, con a medida en que el examen teórico mide lo que se propone medir |
| | | Aceptabilidad | Afirmaciones de los egresados relacionadas con la aceptación del examen teórico por parte de los docentes, aspectos relacionados con la justicia del examen, etc |
| | | Confiabilidad | Afirmaciones de los egresados relacionadas con la reproducibilidad de los resultados del examen teórico frente a diversos evaluadores, y afirmaciones relacionadas con la influencia sobre el egresado de la persona que lo evalúa. |
| | | Costos | Afirmaciones de los egresados relacionadas con los costos involucrados y la eficiencia de los métodos usados en el examen teórico |
| Impacto educacional | Afirmaciones de los egresados relacionadas con el posible impacto que produce el proceso de evaluación final en el aprendizaje de los evaluados, por ejemplo en relación a los contenidos evaluados y las metodologías utilizadas. | | |
| Razonamiento Clínico | Afirmaciones de los egresados relacionadas con las particularidades del Razonamiento Clínico en el ámbito de la Neurología Pediátrica. | | |
| | Afirmaciones de los docentes relacionadas con el proceso de enseñanza/aprendizaje del Razonamiento Clínico. | | |
| Retroalimentación | Afirmaciones de los egresados relacionadas con el proceso de retroalimentación durante la evaluación final, incluyendo las conductas tomadas a partir de la información | | |

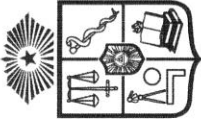
| | |
|------------------------------|--|
| | recolectada. |
| Fortalezas | Afirmaciones de los egresados relacionadas con las fortalezas del proceso de evaluación final, aspectos destacados positivamente. |
| Debilidades | Afirmaciones de los egresados relacionadas con contenidos habilidades y actitudes no evaluadas durante el proceso de evaluación final actual, debilidades del proceso, aspectos destacados negativamente |
| Propuestas de Mejoras | Afirmaciones de los egresados relacionadas con aspectos a mejorar y propuestas al respecto |

C. Dimensión Centro Formador

| Categoría | Definición |
|-----------|---|
| Oriente | Afirmaciones de docentes y egresados relativas a las particularidades del centro formador Dr. Hospital Luis Calvo Mackenna |
| Centro | Afirmaciones de docentes y egresados relativas a las particularidades del centro formador Hospital Clínico San Borja Arriarán |
| Norte | Afirmaciones de docentes y egresados relativas a las particularidades del centro formador Hospital Dr. Roberto del Río |

Anexo 5: Certificados Premios por Presentaciones

CERTIFICADO




Departamento
de Educación en Ciencias de la Salud
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE


El Comité Organizador certifica que el trabajo:

“VALORACIÓN DEL EXAMEN FINAL DEL PROGRAMA DE TÍTULO ESPECIALISTAS EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA U. DE CHILE: PERCEPCIÓN DE LOS EGRESADOS ”, de las autoras:


Heresi Venegas Carolina, Millán Klusse Teres. Depto. de Pediatría y Cirugía Infantil Norte. Depto. de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, ha sido merecedor del **SEGUNDO PREMIO EN INVESTIGACIÓN** en las **XVII JORNADAS DE EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD "Formación en Profesionalismo en las Carreras de la Salud"**, desarrolladas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, los días 4 y 5 de mayo de



Prof. Tise López Bravo
Coordinadora XVII Jornada
de Educación en Ciencias de la Salud



DECSA
Santiago de Chile, Mayo 2017



Dra. Christel Hanne Altermatt
Directora Departamento de Educación
en Ciencias de la Salud



XXXV CONGRESO SOPNIA



La Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, SOPNIA, certifica que el trabajo titulado

¿Cuáles son las particularidades del razonamiento clínico en neurología pediátrica?

de los autores

Carolina Heresi y Teresa Millán

ha sido distinguido con

Segundo lugar de trabajos libres de Neurología

en el XXXV Congreso SOPNIA "Derribando muros", realizado en la ciudad de Pucón, Región de la Araucanía, Chile, los días 15, 16 y 17 de Noviembre de 2017.

Dra. Ximena Carrasco Ch.
Presidenta XXXV Congreso

Dra. Patricia González M.
Presidenta Directorio Sopnia