

**Introducción:** El desarrollo de la simulación en entrenamiento quirúrgico hace necesario una evaluación estandarizada de los modelos de simulación. En el año 2008 Ramachandran reportó un modelo para entrenamiento de pieloplastia laparoscópica, utilizando buche y esófago de pollo. El objetivo de este trabajo es evaluar este modelo en cuanto a su idoneidad para simulación.

**Materiales y métodos:** Quince operadores fueron divididos en 3 grupos según nivel de experiencia en procedimientos laparoscópicos en novato (N), intermedio (I) y experto (E). Se midió el tiempo total de procedimiento. Mediante sensor ICSAD se midieron los movimientos y la longitud de recorrido de cada mano. Se evaluó la calidad de la anastomosis según escala de Laguna modificada. El grupo de expertos evaluó el modelo en cuanto a contenido y lógica contestando una encuesta tipo Likert. Se realizó análisis no paramétricos. Se consideró significativo  $p < 0.05$ .

**Resultados:** El tiempo de procedimiento fue  $82.51 \pm 13.78$  minutos (N),  $55.84 \pm 9.63$  minutos (I) y  $38.91 \pm 3.9$  minutos (E); siendo significativa la diferencia entre los grupos. Ni el número de movimientos de mano diestra (MD):  $498.2 \pm 406.92$  (N),  $321.6 \pm 260.07$  (I),  $204.6 \pm 99.67$  (E); ni de movimientos de la mano no diestra (MND):  $200.6 \pm 148.72$  (N),  $114.4 \pm 77.87$  (I),  $77.4 \pm 29.24$  (E) mostraron diferencia estadísticamente significativa. La longitud de recorrido de MD fue en promedio:  $149.85 \pm 64.07$  m (N),  $101.05 \pm 30.13$  m (I),  $66.55 \pm 14.87$  m (E), siendo significativa la disminución de (E), en comparación con (N) y (I). Longitud de recorrido MND:  $105.16 \pm 24.35$  m (N),  $65.46 \pm 15.79$  m (I),  $47.47 \pm 8.9$  m (E), siendo significativa la diferencia entre los grupos. El score de calidad de anastomosis fue  $5.4 \pm 0.89$  (N),  $3.4 \pm 0.55$  (I),  $2.8 \pm 0.83$  (E); siendo significativo el mayor puntaje del grupo de novatos. En general los expertos estuvieron de acuerdo con la validez de contenido y lógica del modelo.

**Conclusión:** A través de la medición de las variables presentadas encontramos una adecuada validación de constructo, lógicas y contenido del modelo, por lo que podemos afirmar que es un buen modelo para entrenamiento.

## PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA SOBRE LA CAPACITACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN DIFERENTES ESPECIALIDADES Y ACTITUDES ANTE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL

Mirtha Gutiérrez, Fernando Roque y Adrian Cruciani  
*Hospital Universitario, Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina*

**Objetivo:** Calificar el nivel de capacitación formal y las actitudes de los profesionales de las distintas especialidades del Hospital Universitario UAI, y distinguir las necesidades en la formación de los diferentes aspectos de los cuidados paliativos.

**Método:** Estudio descriptivo, transversal. X cantidad de médicos del HUUAI durante el año 2014, entre ellos residentes de primer a cuarto año, médicos de planta júnior y

sénior de los 3 servicios: Medicina interna, terapia intensiva, y cardiología autocompletaron una encuesta anónima que distinguía el servicio y jerarquía del médico acerca de: 1) el nivel de capacitación formal; 2) confort personal en el manejo de los pacientes terminales; 3) dificultades en: el manejo del dolor, comunicación de malas noticias y pronósticos, aspectos éticos-legales y rechazo terapéutico; 4) instrucción sobre legislación argentina de pacientes terminales. La participación en la encuesta fue obligatoria. Se evaluaron además las actitudes frente al paciente terminal, eutanasia, distanasia u ortotanasia, fueron evaluadas a través de tres casos clínicos con opción múltiple en actos concretos hacia cada una de las tres posibilidades. Se consideró eutanasia, anticipar la muerte del enfermo para aliviar el sufrimiento, distanasia, la intervención terapéutica que prolonga el sufrimiento en su afán de conservar la vida biológica en un paciente terminal y la ortotanasia o muerte digna, el soporte vital con el uso de medios proporcionados u ordinarios. Las posibilidades en los casos clínicos planteados eran el retiro de los medios desproporcionados y alivio de dolor, la continuación de todos los recursos terapéuticos proporcionados y desproporcionados sin distinción hasta que se produjera la muerte, y finalmente la aplicación de recursos terapéuticos que produjeran la muerte. Los casos clínicos planteados fueron: un paciente con insuficiencia renal crónica terminal, un paciente con cáncer pulmonar terminal.

## EL MÉTODO DE CASO DESDE EL ENFOQUE BASADO EN COMPETENCIAS EN EL SUBSECTOR DE LENGUAJE Y COMUNICACIÓN DE UN LICEO MUNICIPAL CIENTÍFICO-HUMANISTA

Claudio Humberto Oyarzún  
*Universidad de Talca, Talca, Chile*

En relación con la metodología de enseñanza-aprendizaje, esta investigación describe y analiza las metodologías del proceso de enseñanza-aprendizaje y los aportes que puede realizar al desempeño de los Docentes el Enfoque Basado en Competencias, proponiendo el Método de Caso, cuyas características contribuyen a adquirir y desarrollar las competencias instrumentales-cognitivas desde una perspectiva pedagógica diferente a la metodología tradicional, en virtud de la participación efectiva en el desarrollo de competencias de los profesores y estudiantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Pregunta principal: ¿qué efectos tiene la aplicación del Método de caso como metodología de enseñanza para un Primero Medio NM1 del Subsector de Lenguaje y Comunicación desde el Enfoque Basado en Competencias? Estrategia metodológica: la estrategia metodológica de esta tesis se basa en tres componentes: I) El primer componente consiste en la elaboración de un caso adaptado al Enfoque Basado en Competencias. Para estos efectos se sistematiza los principios didácticos y procedimientos del enfoque, posteriormente, se adaptan al método del Enfoque Basado en Competencia. II) Se diseña una pauta de cotejo cuyo objetivo es validar la exactitud/pertinencia del caso diseñado en conjunto con los Profesores de acuerdo con el EBC en el contexto de la realidad educativa de aula. III)

Se aplica y retroalimenta el caso propuesto mediante observación cualitativa no participante in situ (aula) y retroalimentación de la experiencia de aplicación por parte de una muestra de 4 docentes. Esta tercera etapa consiste en aplicar el instrumento diseñado con el fin de identificar sus fortalezas y debilidades en la práctica de enseñanza aprendizaje. Lo anterior asociado a la indeterminación que supone el paso desde el diseño teórico de un modelo metodológico a su aplicación por los sujetos en contexto educativo. El procedimiento cuenta con tres etapas, a saber: I. Presentación y capacitación 1. Presentación de metodología; Estudio de Caso a los Profesores. 1.1. Capacitación para la aplicación de metodología de Estudio de Caso. 1.1.2. Validación del Caso. II. Construcción, aplicación y observación de una pauta de Cotejo. 2. Aplicación y observación de una pauta de cotejo mediante observación no participante de la aplicación del Caso en aula. 2.1. Aplicación de metodología de Estudio de Caso por los Profesores/as./ 2.1.2. Observación en aula de la metodología propuesta. III. Retroalimentación de la pauta mediante grupo de discusión. 3. Retroalimentación de la pauta mediante grupo de discusión de los docentes de la muestra. Técnicas: La técnica es la observación cualitativa no participante (cuaderno de campo, observar lo que rebasa la pauta de cotejo) complementada con la aplicación de una pauta cotejo. Observación No Participante Considerando que una clase es de 90 minutos, la observación se realizó dos veces en clases de aula para cada Profesor (4) en la cual se dispondrá de 10 (diez) minutos de observación y 5 (cinco) minutos de registro escrito de anotaciones literales de la dinámica de aula durante las observaciones, previo acuerdo con el respectivo docente.

### **SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y SU RELACIÓN CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE CHIAPAS; MÉXICO**

Alfredo Briones y Luis Ernesto Balcázar Rincón  
*Hospital General de Zona Número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Chiapas, México*

El síndrome de Burnout o de desgaste profesional (SDP) se caracteriza por la afectación emocional, despersonalización y falta de realización personal. Puede presentarse en individuos que trabajan en instituciones que proporcionan diversos servicios a otras personas, como el personal médico y las enfermeras. El propósito principal de este trabajo fue caracterizar la posible relación entre el SDP y el rendimiento académico de los médicos residentes adscritos al Hospital General de Zona Número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y correlacional, de noviembre de 2012 a octubre de 2013, encuestándose a 76 médicos residentes de diferentes especialidades. Para evaluar el SDP se utilizó la prueba de Maslach Burnout, mientras que, para conocer el rendimiento académico de los residentes, se utilizaron las escalas del IMSS, que se aplicaron de manera mensual e individualizada por el médico adscrito de cada uno de los servicios. Esta evaluación contemplaba tres áreas:

cognoscitiva, psicomotora y afectiva. La mayoría de los médicos residentes encuestados presentaron niveles leves del SDP (51.6%), seguido del nivel moderado (21%) y severo (27.4%). Las especialidades que abonaron la alta incidencia de este síndrome fueron: Urgencias médicas, Cirugía general y Medicina familiar. En cuanto al género, los hombres fueron los que presentaron la mayor proporción del SDP moderado y severo. No se observaron relaciones entre el año que cursaban los residentes y el grado del SDP que padecían. Únicamente los residentes pertenecientes a cirugía general presentaron una aparente correlación positiva entre la presencia del SDP y un menor rendimiento académico, específicamente en el área psicomotora. La alta incidencia del SDP es una realidad en los diferentes hospitales mexicanos; lo anterior puede influir en el rendimiento académico de los médicos en formación y repercutir en la calidad de la atención de los pacientes. Finalmente, se sugiere continuar estudiando los sistemas de evaluación de los médicos residentes desde dos perspectivas: la del evaluador y la del evaluado, con la finalidad de unificar criterios y coadyuvar en el mejoramiento de la evaluación médica continua; al mismo tiempo, es indispensable no dejar de lado el diagnóstico oportuno de cualquier sintomatología de desgaste emocional en los residentes, mediante la implementación institucionalizada de un monitoreo integral continuo.

### **RAZONES DE LA DESERCIÓN DE RESIDENTES A LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN UN HOSPITAL ESCUELA EN EL SALVADOR**

Reynaldo Flores y Karla Margarita Navarrete  
*Universidad Dr. José Matías Delgado, El Salvador*

La Universidad Dr. José Matías Delgado es la única universidad en El Salvador que aplica pruebas psiquiátricas (prueba y entrevista) además de las psicológicas (4 pruebas) a los aspirantes de Residentes de primer año. En los últimos dos años se ha hecho énfasis en ponderar con esas pruebas, la capacidad en el manejo de conflictos, estrés y carga laboral de los aspirantes. Pese a los anteriores esfuerzos en la calidad de selección, el número de deserciones de Residentes a sus programas de especialización se ha mantenido entre el 7.5% al 13.5%. La revisión de expedientes, entrevistas a Coordinadores y Residentes demostró que el inadecuado manejo de conflictos, el estrés y la carga laboral resultaron ser las principales causas de deserción en los Residentes. Las tres razones confluyen con más frecuencia en las especialidades de Ginecología y Obstetricia y Cirugía. La deserción es menor en las especialidades de Medicina Interna y Pediatría, la carga de trabajo en el Hospital Escuela para estas especialidades es menor. Se recomienda establecer un programa de manejo de estrés y conflictos para personal médico por parte de la Universidad, como actividad permanente en el currículo de los Residentes.