

Estrategias de adaptación para el aprendizaje de la clínica: la voz de los estudiantes

Maribel Calderón Soto^a, Denisse Zuñiga Parada^b, Isabel Leiva Rodríguez^c, Oslando Padilla Pérez^d y Marcela Bitran Carreño^{b*}

Facultad de Medicina



Resumen

Introducción: La formación médica incorpora gradualmente la participación de los estudiantes en centros de salud, lo que transforma el espacio tradicional de enseñanza-aprendizaje. En esta transición al aprendizaje clínico se ha observado un aumento en los niveles de estrés y mayores dificultades académicas en los estudiantes. Sin embargo, se desconoce qué hacen los estudiantes para adaptarse a este nuevo escenario.

Objetivo: Describir las estrategias de adaptación que los estudiantes declaran utilizar para el aprendizaje de la clínica en nuevos ambientes de enseñanza.

Método: Estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Se realizaron 8 entrevistas grupales con estudiantes de ter-

cer a sexto año de formación (n=54). Antes de comenzar la reunión, cada uno firmó el consentimiento informado validado por el comité de ética de la institución. Los datos fueron analizados a través de la generación de categorías, con una técnica de codificación abierta y axial propia de Teoría Fundamentada.

Resultados: Las estrategias reportadas fueron contextuales y abarcan el ámbito académico y personal, presentándose actitudes diferenciales: algunos con una orientación más activa y otros más reactiva. Las estrategias se vinculan a la gestión del tiempo y actividades, a las relaciones con otros en el contexto académico, al control de necesidades en el ámbito personal. Se propone un modelo interpretativo para explicar el fenómeno de adap-

^aEscuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile.

^bCentro de Educación Médica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile.

^cDepartamento de Enfermedades Respiratorias, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile.

^dDepartamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile.

Recibido: 15-febrero-2017. Aceptado: 20-julio-2017.

*Autor para correspondencia: Marcela Bitran Carreño. Avda. Diagonal Paraguay 362, Santiago, Chile. Tel.: 562 2354 3811 Correo electrónico: mbitran@med.puc.cl

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

2007-5057/© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2018.27.1723>

tación a la clínica y sus implicaciones en la formación. Estas consecuencias abarcan cinco ámbitos de acción: involucramiento en el aprendizaje, desarrollo habilidades clínicas, autonomía y responsabilidad, manejo del error y relaciones con otros.

Conclusiones: Los estudiantes declaran diversas estrategias para afrontar este nuevo escenario de aprendizaje. Se considera que no todas ellas parecen ir en una dirección de cuidado vital. Se plantea que el uso de una u otras estrategias podrían influir en su preparación y logro para el ciclo siguiente de formación.

Palabras clave: *Estudiantes de medicina, estrategias de adaptación, aprendizaje de la clínica, teoría fundamentada.*

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Strategies for adapting to clinical learning: the voice of students

Abstract

Introduction: Medical training gradually incorporates the participation of students in health centers, transforming the traditional teaching-learning space. In this transition to clinical learning, students experience increased stress levels and greater academic difficulties. However, little is known about what do students do to adapt to this new scenario.

Goals: Describe the strategies of adaptation that students declare to use for learning the clinic in new teaching environments

Methods: Descriptive study with a qualitative approach.

There were 8 group interviews with students from third to sixth year of training (n = 54). Before starting the meeting, participants signed an informed consent document validated by the institution's ethics committee. Data were analyzed through the generation of categories, with an open coding technique and axial analysis based on the Grounded Theory.

Results: The strategies reported were contextualized and cover the academic and personal realms. These revealed different attitudes: some with a more active orientation and others more reactive. In the academic context the strategies referred to the management of time, activities and relationships with others. In the personal realm to the control of basic needs and recreation. An interpretive model is proposed to explain the phenomenon of adaptation to the clinic and its implications in training. These adaptation strategies revolve around five areas of action: academic engagement, development of clinical skills, autonomy and responsibility, handling of error and relationships with others.

Conclusions: Students implement different strategies to address the challenges of this new learning scenario. It is considered that not all of them seem to go in a direction of vital self-care. It is suggested that the use of one or other strategies could influence the students' preparation for and achievement in the next training cycle.

Keywords: *Medical students, adaptation strategies, clinic learning, grounded theory.*

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La formación médica en contextos de trabajo real plantea desafíos a los estudiantes que se incorporan gradualmente a la práctica clínica. En la mayoría de las escuelas de medicina, la inmersión a la práctica se inicia en el tercer año, y llega a ocupar 54% del tiempo total de la formación¹. El ambiente de los campos clínicos es altamente demandante, tanto para estudiantes como para los profesionales que trabajan en él²⁻⁴. Para los estudiantes, implica el cambio de un

escenario educativo eminentemente académico a uno profesional de mayor complejidad y autenticidad que requiere reorganizar sus lógicas de aprendizaje⁵.

Un estudio cualitativo orientado a investigar cómo aprenden la clínica los estudiantes de medicina, reveló que ellos utilizan diversas estrategias para aprender de acuerdo a la naturaleza de la actividad, por ejemplo, si la actividad está vinculada al aprendizaje teórico-práctico y/o si es evaluada⁶.

Además de replantearse cómo aprender y estudiar,

el estudiante debe aprender a lidiar con el estrés e incertidumbre propios del aprendizaje en contextos clínicos. Diversas investigaciones reportan altos niveles de estrés y burnout en estudiantes de medicina⁷, niveles mayores que en otras carreras⁸, especialmente en períodos de transición como es el paso del ciclo pre-clínico al clínico^{9,10}.

En general, las estrategias de adaptación o respuestas al estrés se denominan estrategias de afrontamiento o *coping*^{11,12}. Estas comprenden respuestas conductuales, cognitivas y emocionales ante la tensión con miras a recuperar el equilibrio¹³. Algunos estudios indican que ciertas estrategias de afrontamiento serían más efectivas para el logro de la adaptación académica en la formación universitaria¹⁴ y protectoras de burnout en contextos laborales¹⁵.

Si bien se sabe que la transición a la práctica clínica es un periodo demandante que puede comprometer la salud del estudiante, poco se ha estudiado respecto de qué hacen ellos para 'sobrevivir' a este periodo de formación.

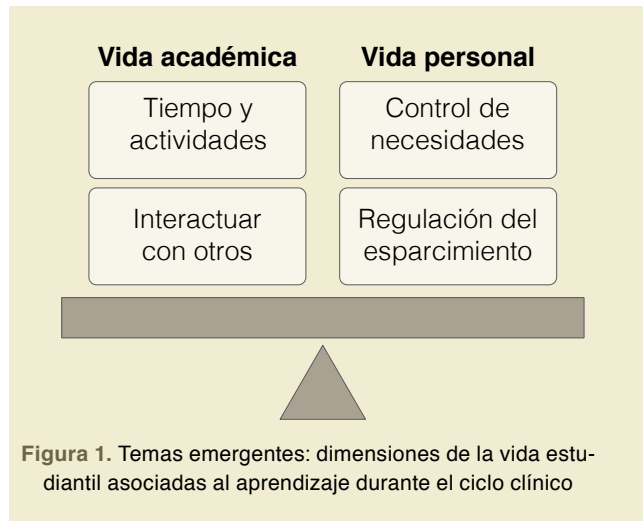
Este artículo reporta las estrategias que los estudiantes de medicina declaran utilizar para enfrentar la transición al aprendizaje de la clínica.

MÉTODO

A partir del cuarto año los estudiantes asisten durante las mañanas a distintos centros de salud ambulatorios y hospitalarios bajo la supervisión de un tutor clínico y en la tarde, tienen clases de la especialidad correspondiente. La práctica clínica está organizada como una "rotación estructurada" en que cinco a siete estudiantes están a cargo de un tutor por un tiempo entre 4 y 12 semanas, dependiendo del año de estudios.

Usamos un enfoque interpretativo mediante metodología cualitativa inspirada en la tradición del interaccionismo simbólico¹⁶ bajo la técnica de grupos focales. Elaboramos un guion temático de preguntas directrices orientadas a conocer cómo aprendían los estudiantes. El propósito fue construir un espacio donde cada participante pudiese relatar su experiencia y dar sentido a sus acciones cotidianas. Este guion va delimitando la conversación en función de un campo específico que se desea conocer¹⁷.

Los estudiantes participaron voluntariamente, luego de ser invitados a través de un muestreo in-



tencionado. El criterio de inclusión fue cursar de tercer a sexto año de la carrera de medicina de una universidad chilena. Realizamos 8 entrevistas grupales entre abril y agosto de 2012 (54 participantes; 29 hombres), dirigidas por un investigador. Los registros de audio fueron transcritos para conformar el corpus de estudio, el que fue analizado de acuerdo al enfoque de la Teoría Fundamentada¹⁸ en dos niveles. El primero, de codificación abierta de construcción de códigos, orientado por el criterio de descripción densa¹⁶. El segundo, un análisis axial para elaborar un modelo interpretativo. Para la validación empleamos la estrategia de triangulación del investigador, a través de doble codificación y análisis intersubjetivo. Utilizamos como apoyo el programa Atlas Ti 7.0.73.

Esta investigación forma parte de un proyecto orientado a desarrollar un instrumento para identificar las aproximaciones al aprendizaje durante la transición al ciclo clínico¹⁹.

Consideraciones éticas

La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la institución. Los participantes firmaron el documento de consentimiento que aseguraba el tratamiento confidencial de la información.

RESULTADOS

Estrategias en la vida académica y personal

Los conceptos construidos en la codificación abierta se organizaron en dos ámbitos: vida académica y vida personal (**figura 1**). En primera, el discurso se

Tabla 1. Estrategias y descriptores de gestión del tiempo y actividades

| Estrategias | Descriptores | Ejemplo cita |
|--------------------------------|--|---|
| Organizar tiempo y actividades | Registrar las actividades por hacer | “Básicamente lo que hago es organizarme como en bloques de estudio, tengo una planilla Excel así como muy improvisada, y ahí me organizo con las primeras cosas que se me vienen a la mente y después empiezo a pensar qué tengo que hacer” (G2, cuarto). |
| | Ajustar el tiempo de atención de pacientes | “Uno de repente llega en la mañana y tiene una hora para atender cinco pacientes, y como uno ya sabe cuán rápido va a ver a cada paciente y en una hora va alcanzar a ver los cinco pacientes; y la mañana siguiente tienes una 1 hora pero tres pacientes, uno es capaz de adaptarse ya como que inconscientemente uno hace las cosas más calmado” (G1 sexto). |
| | Seguir un esquema enseñado | “Ceñirse a un esquema mental de todo lo que enseñan, y hacer todo lo que tengo que hacer, no pensarlo, automático y hacerlo” (G1, tercero). |
| | Mantenerse informado de las actividades | “Cuando uno empieza un internado o empieza una rotación por lo general uno pregunta, o el <i>staff</i> o los becados dicen: aquí funcionamos de esta forma, hay que llegar más o menos a esta hora, hay que tener los pacientes a tal hora, que hacer esto, tenemos tantas visitas...” (G1, sexto). |
| | Asistir / faltar a clases | “El semestre pasado también pasaba que teníamos (clases) todos los días, o sea yo, por ejemplo, si es que faltaba, faltaba por algo, sentía que era más importante estudiar” (G1, cuarto). |
| No planificar | Estudiar lo que se pueda | “Yo al principio me estresaba muchísimo y colapsaba y ahora como que en verdad priorizo y digo ahora que tengo tantos temas, y tengo un tiempo determinado digo mala suerte y estudio lo que puedo” (G1, quinto). |
| | Responder según demanda | “Al final terminé postergando cosas muchas cosas, y al final no hago na(da)” (G2, quinto). |

EG: corresponde al número del grupo focal y año de estudio.

centró en torno a la gestión del tiempo y actividades, e interacciones con otros. En la vida personal, los temas fueron el control de necesidades y la regulación del esparcimiento.

En la vida académica, las estrategias de organización de tiempo y actividades refirieron a asumir el tiempo como un recurso limitado, que debe gestionarse para cumplir con las obligaciones académicas (**tabla 1**). Algunos estudiantes declararon organizarse usando un cronograma, ajustar el tiempo de atención de pacientes, seguir un esquema definido, mantenerse informado y asistir o no a clases, en función del tiempo disponible. Asimismo, se puede visualizar el aprendizaje respecto al “modo en que se hacen las cosas”. La generación de rutinas de actividades y el seguimiento a las condiciones pre-establecidas por la persona a cargo sería también un facilitador

para el aprendizaje en la clínica y operarían como estructuras de apoyo para los estudiantes.

Por el contrario, otros dijeron optar por lo que se describe como ‘vivir sin planificación’. Esto es, dada la gran cantidad y variedad de actividades a realizar, no planificar sino responder según la contingencia.

Un segundo grupo de estrategias que los alumnos consideran muy relevante para el aprendizaje en el contexto clínico fueron “las relaciones con otros” (**tabla 2**). Los demás operarían tanto como agentes protectores como amenazantes. Describieron como estrategias el apoyo entre pares (‘actuar en grupo’, ‘seleccionar un buen grupo de pasada o compañeros de curso en una rotación’) y la búsqueda de ambientes de confianza. Ello les permitiría desempeñarse bien en las actividades, protegerse, pedir ayuda, dividir tareas y generar espacios que disminuyan la tensión.

Tabla 2. Estrategias y descriptores para interactuar con otros

| Estrategia | Descriptores | Ejemplo cita |
|--|---------------------------------------|--|
| Apoyarse entre pares | Actuar en grupo | “Si tengo una duda corrijo con mis compañeros y ya lo tengo más o menos listo y luego voy con el tutor” (G2, Cuarto). |
| | Seleccionar un buen ‘grupo de pasada’ | “Es súper importante el valor del grupo en el aprendizaje de la mañana, porque aunque uno diga que no, influye mucho el ambiente que se genera, el ambiente que se genera para discutir los casos, aportar en conocimiento. Hay grupos que son más cerrados como con sus conocimientos, personas más individualistas, otros que son más generosos” (G2, cuarto). |
| | Buscar ambientes de confianza | “En mi grupo también nos queremos mucho, nos llevamos súper bien [...]. No se conocían entre ellos, nunca se habían hablado y de todas formas se logró armar un grupo súper bueno, en cuanto a que nos reímos juntos, nadie se hace <i>bullying</i> , y si nos reímos nos reímos todos. Y si en el tema académico alguien tiene que faltar, se avisa y nosotros nos comunicamos con el tutor por él. Y tampoco hay una competencia académica así como que yo me sé la respuesta...” (G2, tercero). |
| Interactuar con equipo docente y profesional | Apoyarse/evitar al tutor | “Uno estudia al final lo que puede pero yo por lo menos uno llega a un punto que me guardo de los tutores...” (G1, quinto). |
| | Respetar cargos y roles | “La organización del hospital es bien jerárquica, y sobre todo en la parte médica es súper jerárquica. Los médicos, después vienen los becados y después venimos nosotros. Así es el nivel de importancia, y todos lo consideran así. Todos saben cómo respetar a tal persona y cómo dirigirse a cada persona, se aprende cuando uno llega al hospital” (G2, sexto). |
| | Aceptar diferentes tratos | “Uno sabe, si quiere que las cosas se hagan, uno tiene que recurrir a ciertas personas ya sean técnicos, ya sean enfermeras, nutricionistas, lo que sea, entonces uno tiene que [...] saber pedir las cosas, siempre tener un buen trato ojalá, entender que algunas personas andan en un mal día y como que de repente son pesados con nosotros y nos tratan mal y no enganchar” (G1, sexto). |
| Interactuar con pacientes | Enfrentarse al paciente | “Al comienzo también me costó mucho llegar a los pacientes empezar a hablarles porque [...] la manera en que llegamos al paciente va a determinar mucho lo que va a ocurrir después y lo único que hice fue exponerme eso, es exponerme a ver los pacientes” (G1, tercer año). |
| | No demostrar inseguridad | “Hice mi primera entrevista clínica a un paciente de 20 años solo, y el doctor le explicó que yo era alumno de tercero y que estaba haciendo historias clínicas, que si no le molestaba que yo lo entrevistara. Y en ese momento me enfrenté, estaba nervioso y no se puede demostrar nerviosismo” (G1, tercero). |
| | Hacerse invisible para el paciente | “Hay que tratar de quedarse callado y que el becado solucione. Cuando conocimos al paciente, él ya venía de antes (con el becado), ahí es complicado para uno, como que uno tiene que tratar de desaparecer para que el paciente no lo interrogue a uno de por qué está hospitalizado” (G2, sexto). |

El tutor y los demás *actores* del equipo docente/profesional generaron disposiciones diferenciales. Algunos estudiantes relataron desarrollar estrategias de colaboración, de apoyo y solicitud de colaboración hacia el tutor o estudiantes de cursos más avanzados, internos o becados. Otros reportaron que, en situaciones específicas, la estrategia más útil era “evitar al tutor”.

Describieron además acciones para conocer las

reglas del juego propias del lugar, de modo de respetar cargos, roles y funciones, y desarrollar habilidades sociales para el trato con los demás actores.

Finalmente, la relación con el paciente, aspecto clave de la formación profesional, generó igualmente estrategias diferenciales. Si bien los estudiantes esperan establecer un buen vínculo, esto no siempre ocurría de manera espontánea o natural. Algunos estudiantes señalaron que una estrategia es intentar

Tabla 3. Estrategias y descriptores para el control de necesidades fisiológicas y de esparcimiento

| Estrategia | Descriptores | Ejemplo cita |
|------------------------------|--|--|
| Control de necesidades | Priorizar descanso/ sacrificar horas de sueño | “Hay días, como que a mí me pasa que estoy tan ‘urgía’ (nerviosa) y como que siento que no doy abasto con todas las cosas que tengo que hacer y como que no puedo pensar y al final casi que termino, casi que yéndome a dormir” (G2, sexto). |
| | Postergación de la alimentación | “Comer lo que puedo, aguantarse el hambre, no ir al baño...” (G1, sexto). |
| | Búsqueda de contención emocional | “Uno necesita desahogarse con algún compañero primero lo que a uno le pasó. El hecho de pasar con más internos y en especial en sexto, uno elige con quienes pasar y está con sus más amigos y compartes la experiencia de lo que está bien y mal de lo que uno hizo, y convérsalo con otro más ayuda a ordenarse un poco más y tranquiliza” (G1,sexto). |
| Regulación del esparcimiento | Disminución/ mantención de actividades de interés personal | “Yo creo que uno le quita tiempo a otras cosas. A diferencia del año pasado, hoy día hay cosas que uno deja de lado, yo llego los viernes a mi casa muerta” (G1, sexto). |
| | Búsqueda de espacios y relaciones fuera de la carrera | “Me gusta hacer hartas cosas fuera de la universidad, juego vóleibol, estaba metida en psicología positiva, me gusta ver harto a mis amigas de colegio, ver a mi abuela” (G1, cuarto). |

no demostrar inseguridad; otros indicaron el deseo de hacerse ‘invisible’ para el paciente, como una forma de evitar los riesgos asociados a una respuesta incorrecta, a no saber; y en consecuencia, recibir críticas de algún superior. En contraste, hay quienes consideraron que es mejor enfrentarse a los pacientes la mayor cantidad de oportunidades posible.

La vida personal (**tabla 3**) se relaciona con la integración entre vida académica y tiempo libre. Las estrategias emergentes refieren al control de las necesidades y la regulación del esparcimiento. Respecto del control de necesidades, los estudiantes manifestaron una fuerte tensión entre la necesidad de descansar y la demanda de tiempo que requiere del estudio. Algunos señalaron priorizar el descanso para mantenerse activos, y otros sacrificar horas de sueño para estudiar. Lo mismo ocurrió con la alimentación: algunos intentan alimentarse bien para mantenerse sanos; otros, la ven como una necesidad que hay que controlar y así aprender a funcionar “con hambre”.

La búsqueda de espacios de contención emocional emergió como otra necesidad muy importante. Departir con amistades y familiares permite relativizar las tensiones que emergen producto de las exigencias académicas. Funciona como un mecanismo de desahogo para la mantención del equilibrio.

Respecto al esparcimiento, algunos reportaron buscar espacios y relaciones extra-académicas con el fin de lograr que la vida académica no lo sea todo; otros indicaron que el esparcimiento ha quedado fuera de sus posibilidades.

Como puede advertirse, existen diferencias en el modo de enfrentar la tensión entre vida académica y personal. Algunos estudiantes desarrollan estrategias proactivas, por ejemplo, organizar su tiempo académico, proteger espacios personales y aprovechar los recursos disponibles. Otros enfrentan los cambios de un modo más pasivo, con una lógica reactiva que implica responder a los requerimientos sin mucha organización.

Propuesta para interpretar el alcance del uso de estrategias para el aprendizaje clínico

Proponemos un modelo interpretativo (**figura 2**) para explicar la adaptación al aprendizaje de la clínica y sus implicancias en la formación, en base a los resultados encontrados. El campo clínico implica un espacio real de trabajo con práctica supervisada, donde participan distintos actores y se desarrollan nuevas metodologías de enseñanza y evaluación. Este nuevo escenario responde a un currículo que incorpora al estudiante en un rol crecientemente ac-

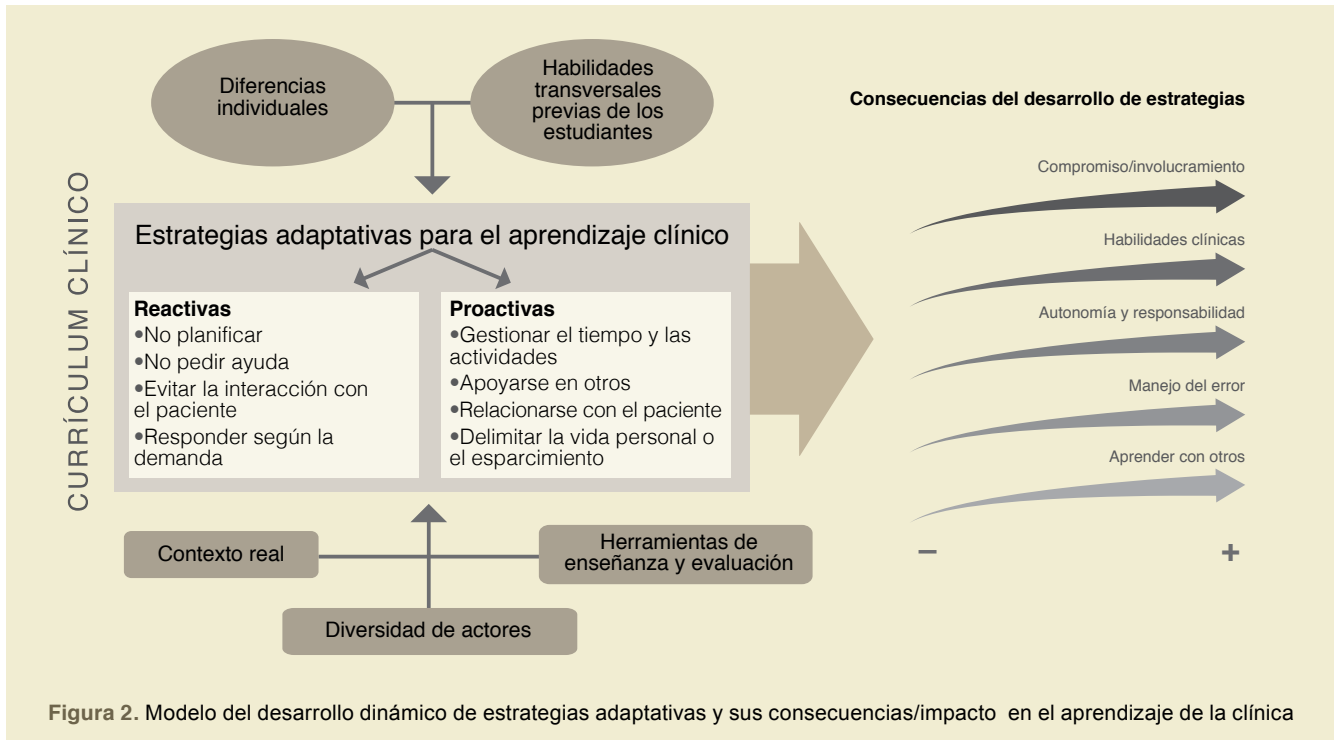


Figura 2. Modelo del desarrollo dinámico de estrategias adaptativas y sus consecuencias/impacto en el aprendizaje de la clínica

tivo y supone una articulación entre las actividades propuestas y el involucramiento progresivo de los estudiantes con dichas actividades.

Ciertas características o habilidades de los estudiantes desarrolladas en su trayectoria previa se asociarían a determinadas disposiciones para enfrentar los nuevos desafíos. Es así como algunos estudiantes operarían reactivamente frente al aumento de la demanda académica y otros utilizarían estrategias proactivas que propenden a mantener un balance personal durante el aprendizaje clínico.

La adaptación más o menos exitosa al escenario clínico, mediada por el uso de las diferentes estrategias descritas, podría tener consecuencias en el desarrollo académico y personal del estudiante. Según lo relatado por los participantes, los resultados de esta adaptación se hacen evidentes en nivel de logro en cinco ámbitos de acción: compromiso o involucramiento en el aprendizaje, desarrollo de habilidades clínicas, actitud autónoma y responsable, manejo del error, y aprendizaje con otros.

En cuanto al *compromiso con el proceso de aprendizaje*, ocurriría una transformación desde un aprendizaje pasivo y centrado en lo cognitivo, a otro capaz de comprometerse activamente con el aprendizaje. Este

compromiso se vincula al *desarrollo de las habilidades clínicas* asociadas a la relación con el paciente. Se hace evidente, entonces, la integración entre teoría y práctica: la resolución de problemas de pacientes reales implica integrar la teoría, lo que aumenta la motivación por seguir aprendiendo.

Por otra parte, las características del espacio de aprendizaje permiten al estudiante desarrollar una actitud más o menos *autónoma y responsable* ante la tarea. Ya no se trata solo de aprender para beneficio individual sino de cooperar en la resolución de un problema que involucra la salud y/o vida del paciente. Aquí, la oportunidad de participar conlleva un mayor riesgo de equivocación, por lo que el estudiante -una vez consciente de ello- buscará medios para disminuir las consecuencias del error.

Finalmente, la capacidad de reconocer las funciones y prácticas concretas de los distintos *actores* en los distintos escenarios clínicos le ayudaría al estudiante a visualizar el desempeño profesional como una actividad en la cual *se aprende y se trabaja con otros*.

Este modelo sintetiza las relaciones entre el nuevo contexto de enseñanza-aprendizaje de la medicina característico de la transición al ciclo clínico y las

disposiciones previas de los estudiantes. Las diferencias en las estrategias de adaptación utilizadas influirían en el logro de las competencias necesarias para la práctica clínica.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es describir las estrategias que los estudiantes de medicina declaran utilizar para enfrentar el nuevo escenario de aprendizaje en campos clínicos que se inicia a partir del tercer año de la carrera. Se identificaron estrategias asociadas al manejo del tiempo, las actividades y las relaciones con otros -en el ámbito académico- y otras enfocadas al control de las necesidades fisiológicas y al esparcimiento -en el ámbito personal. Además, se evidenció la existencia de diferencias entre los estudiantes en la actitud para enfrentar las actividades diseñadas para el aprendizaje clínico. Algunas estrategias son coherentes con lo que desde la literatura se conoce como estrategias activas de afrontamiento, entre ellas la resolución de problemas, el autocontrol y la búsqueda de contención social. Otras estrategias de escape y evitación se ubicarían en el polo opuesto, de pasividad y reactividad²⁰.

Estudios realizados con estudiantes de psicología reportan una relación entre la confianza en sí mismos y una mayor sensación de control y de éxito, una mayor orientación hacia la resolución de problemas y menor inclinación a desarrollar complicaciones frente a situaciones altamente estresantes. Asimismo, se encontró que estilos pasivos o evitativos podrían relacionarse con estados afectivos poco adaptativos²¹.

El modelo de desarrollo dinámico propuesto (**figura 2**) intenta describir el alcance de las estrategias de adaptación en el logro del estudiante en cinco dominios de acción. Un ajuste adecuado entre las habilidades personales y las condiciones contextuales permitiría una transición exitosa al ciclo de formación siguiente (internado) habiendo logrado: compromiso o involucramiento en el aprendizaje, desarrollo de habilidades clínicas, actitud más autónoma y responsable, manejo del error y vinculación con otros.

El modelo propuesto visibiliza la relevancia del contexto de formación para promover y facilitar instancias de aprendizaje y desarrollo de estrategias de afrontamiento al estrés que le permitan al estudiante manejar un repertorio más amplio de conductas fren-

te a situaciones desafiantes. Esto es concordante con la incorporación de actividades para promover habilidades de aprendizaje autodirigido y de resiliencia en la formación en carreras de la salud²².

Una fortaleza del enfoque cualitativo usado en esta investigación es que permite un abordaje inductivo que respeta los modos en que los participantes relatan sus experiencias. La interpretación de estos resultados organiza estas experiencias de vida, las cuales pudiesen ser compartidas por otros estudiantes de medicina. Se espera que esta investigación ayude a visibilizar cómo los estudiantes resuelven sus conflictos en esta etapa de formación.

Una de las limitaciones de este estudio es que solo participaron estudiantes de una institución, por lo que estos resultados podrían no ser generalizables. En consecuencia, se hace necesario ampliar la exploración con otras instituciones para evaluar el poder explicativo de los hallazgos de este estudio. Asimismo, sería valioso considerar otras herramientas metodológicas para estudiar el fenómeno como la observación en terreno.

Por otra parte, parece relevante generar instancias de apoyo para aquellos estudiantes más proclives a desarrollar conductas poco adaptativas en esta etapa de la formación.

Finalmente, consideramos que sería importante rescatar la visión de docentes y tutores clínicos, en tanto ellos son modelos y facilitadores del aprendizaje de habilidades clínicas, del manejo de situaciones complejas y también ejemplos vivos de resolución de la tensión entre la vida personal y la profesional.

CONCLUSIONES

Los estudiantes reportan estrategias de adaptación al aprendizaje clínico que abarcan la dimensión personal y académica e involucran gestión del tiempo y actividades, la relación con otros y el control de sí. Se reportan diferencias entre estrategias activas y pasivas. El uso de determinadas estrategias podría tener consecuencias para una transición exitosa al ciclo clínico donde se espera que el estudiante asuma un compromiso o involucramiento con el aprendizaje, desarrolle y mejore sus habilidades clínicas, se enfrente con una actitud más autónoma y responsable, que asume la posibilidad de error y haya desarrollado habilidades para el aprendizaje con otros.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- **MC:** Recolección/obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final.
- **DZ:** Concepción y diseño del estudio, recolección/obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final.
- **OP:** Análisis e interpretación de datos y resultados.
- **IL:** concepción y diseño del estudio, recolección/obtención de resultados.
- **MB:** Concepción y diseño del estudio, obtención de financiamiento, recolección y análisis de datos, revisión y aprobación final del manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

A los estudiantes de 3ero a 6to de medicina del año 2012 por aceptar participar en el estudio y compartir sus experiencias.

FINANCIAMIENTO

Proyecto financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, (Fondecyt 1120534 y 1150340, Chile).

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno. 🔍

REFERENCIAS

1. Martinic S, Moreno R, Muller M, Pimentel F, Ritthershausen S, Calderón M, Cabezas H. Análisis comparativo del componente de práctica en el currículo de formación profesional de médicos y profesores en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Estudios Pedagógicos* 2014; XI-1,179-96.
2. Tanaka M, Fukuda S, Mizuno K, Kuratsune H, Watanabe Y. Stress and coping styles are associated with severe fatigue in medical students. *Behav Med.* 2009; 35(3): 87-92. <http://dx.doi.org/10.1080/08964280903231979>
3. Devi, S. Doctors in Distress. *Lancet*; 377(9764): 454-5. doi:10.1016/S0140-6736(11) 60145-1
4. Rogers M, Creed P, Searle J, Nicholls S. Coping with medical training demands: thinking of dropping out, or in it for the long haul. *Studies in Higher Education.* 2016. 41(9):1715-32. <http://dx.doi.org/10.1080/03075079.2014.999318>
5. Teunissen P, Westerman M. Opportunity or threat: Ambiguity in the consequences of transitions in medical education. *Med Educ.* 2011; 45(1):51-9.
6. Zuñiga D, Leiva I, Calderón M, Tomicic A, Padilla O, Riquelme A, Bitran M. Estrategias del aprendizaje inicial de la clínica: más allá de los hábitos de estudio. Percepciones de estudiantes y docentes clínicos. *Rev Med Chile.* 2015; 143:1395-1404.
7. Chang E, Eddins-Folensbee F, Coverdale J. Survey of the prevalence of burnout, stress, depression, and the use of supports by medical students at one school. *Acad Psychiatry.* 2012; 36(3):177-82. doi:10.1176/appi.ap.11040079
8. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. Burnout among U.S. medical students, resident, and early career physician relative to the general U.S. population. *Acad Med.* 2014; 89(2): 443-51.
9. Radcliffe C., Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. *Med Educ.* 2003; 37:32-8.
10. Román C, Ortiz F, Hernández Y. El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. *Revista Iberoamericana de Educación.* 2008; 46(7):1-8.
11. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping 1984. New York. Springer.
12. Lazarus R. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Med.* 1993; 55:234-47.
13. Moos R, Holahan C. Dispositional and contextual perspectives on coping toward an integrative framework. *J Clin. Psychol.* 2003; 59:1387-1403.
14. Palacio J, Caballero C, González O, Gravini M, Contreras K. Relación del burnout y las estrategias de afrontamiento con el promedio académico en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica.* 2012; 11(2):535-44.
15. Austria F, Cruz B, Herrera L, Salas J. Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica.* 2012; 11(1):197-206.
16. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2004.
17. Canales, M. (2006). Metodologías de la investigación social. LOM Ediciones: Santiago
18. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia: 2002.
19. Bitran M, Zuñiga D, Leiva I, Calderón M, Tomicic A, Padilla O, Riquelme A. ¿Cómo aprenden los estudiantes de medicina en la transición hacia el ciclo clínico? Estudio cualitativo de las percepciones de estudiantes y docentes acerca del aprendizaje inicial de la clínica. *Rev Med Chile.* 2014; 142:723-31
20. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1989; 56:267-83.
21. Contreras F, Espinoza J, Esguerra G. Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios *Universitas Psychologica.* 2009; 8:311-22.
22. Delany C, Miller K, EI-Ansary D, Remedios A, Hosseini S. Replacing stressful challenges with positive coping strategies: a resilience program for clinical placement learning. *Adv in Health Sci Educ.* 2015; 20:1303-24. Doi:10.1007/s10459-015-9603-3.