

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD
PÚBLICA, CIENCIAS DE LA ALIMENTACIÓN,
TOXICOLOGÍA Y MEDICINA LEGAL

EVALUACIÓN DE LA ACTITUD DOCENTE DEL TUTOR
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

FRANCISCA GIL LATORRE

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2007

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 31 de Octubre de 2006 davant un tribunal format per:

- D^a. Julia Colomer Revuelta
- D. Radhames Hernández Mejía
- D. Vicente Gil Guillen
- D. Francisco Tomas Aguirre
- D. Jose Ignacio González Arráez

Va ser dirigida per:

D. Isidro Vitoria Miñana

D. Xavier Albert i Ros

©Copyright: Servei de Publicacions
Francisca Gil Latorre

Depòsit legal:

I.S.B.N.:978-84-370-6677-6

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública, Ciències
de l'Alimentació, Toxicologia i Medicina Legal



Evaluación de la actitud docente
del tutor de la especialidad de
medicina de familia y comunitaria

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Francisca Gil Latorre

Dirigida por:

Dr. Isidro Vitoria Miñana

Dr. Xavier Albert i Ros

Valencia Octubre 2006

Isidro Vitoria Miñana, Profesor asociado del departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública Bromatología, Toxicología y Medicina Legal de la Universitat de Valencia y Xavier Albert i Ros Médico de equipo de Atención Primaria.

Hacemos constar que:

Francisca Gil Latorre ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo de su Tesis Doctoral:

EVALUACIÓN DE LA ACTITUD DOCENTE DEL TUTOR DE LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

que ha terminado con el mayor aprovechamiento y que las aportaciones del estudio son originales de la autora.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmamos en Valencia a 23 de mayo de 2006

Isidro Vitoria Miñana

Xavier Albert i Ros

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo forma parte de un Proyecto de investigación financiado por la ayuda del Fondo de Investigación Sanitaria FIS 01/1410, cuyo equipo de trabajo estuvo integrado por Francisca Gil Latorre (Investigador Principal), Xavier Albert i Ros, Dolores Gutiérrez Sigler y Victoria Gosalbes Soler.

A los residentes de 3º año de Medicina de Familia que formaron parte del grupo de discusión.

A Joaquín Uris por aportar ideas y monitorizar al grupo de discusión.

A los tutores de Medicina de Familia y comunitaria por participar en la elaboración del cuestionario.

A Xavier Albert i Ros, Dolores Gutierrez Sigler y Victoria Gosalbes Soler que aportaron además de esfuerzo, valiosas ideas en muchas partes del proyecto de investigación y especialmente en la construcción del instrumento.

A las Auxiliares administrativas de la Unidad Docente de Medicina de Familia, por la recogida y recaptación de los cuestionarios.

A la Escuela de Relaciones Laborales por prestar el aula para reunir al grupo de discusión.

A Isidro Vitoria y Xavier Albert por su ayuda en la realización de esta tesis.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 INTRODUCCIÓN A LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA.....	4
1.1.1 EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS.....	6
1.1.2 LA ORGANIZACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MFyC.....	12
1.2 ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DOCENTE DE TUTORES.....	13
1.2.1 CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DEL TUTOR DE LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA DE FAMILIA DE VALENCIA	15
1.3 ACTITUD.....	21
1.3.1 CONCEPTO DE ACTITUD.....	21
1.3.2 LA ACTITUD DOCENTE DEL TUTOR DE MFyC	22
1.4 MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES DOCENTES DEL TUTOR.....	24
1.5 METODOLOGIA CUALITATIVA.....	26
2. OBJETIVOS.....	30
2.1 HIPOTESIS CONCEPTUAL.....	30
2.2 OBJETIVOS GENERALES	30
2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS	30
3. MÉTODOS	32
3.1 DISEÑO.....	32
3.2 SUJETOS DE ESTUDIO.....	32
3.3 VARIABLES	33
3.4 RECOGIDA DE DATOS.....	34
3.4.1 FORMACIÓN DEL GRUPO DE DISCUSIÓN.....	34
3.5 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA DISCUSIÓN DEL GRUPO	36
3.6 CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO.....	37
3.6.1 ETAPAS.....	37
3.6.2 VALIDEZ DEL CUESTIONARIO	38
3.6.3 LA FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO.....	39
3.6.4 PLAN DE ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DEFINITIVO.....	39
4. RESULTADOS.....	43
4.1 FORMACIÓN DEL GRUPO DE DISCUSIÓN.....	43
4.1.1 N° DE ASISTENTES A LA REUNIÓN DE GRUPO	43
4.2 ELABORACIÓN DEL GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL.....	43
4.3 DESARROLLO DE LA REUNIÓN DE GRUPO.....	47
4.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA DISCUSIÓN DEL GRUPO	48
4.4.1 LECTURA DE LA TRASCRIPCION.....	48
4.4.2 DESCOMPOSICIÓN EN PARTES DEL DISCURSO.....	49
4.5 PRIMERAS PREGUNTAS ELABORADAS.....	52
4.5.1 SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA FORMATIVO.....	52
4.5.2 IMPLICACION.....	57
4.5.3 ACCESIBILIDAD	57
4.5.4 RELACIONES.....	58
4.5.5 ELABORACIÓN DEL BORRADOR DEL PRIMER CUESTIONARIO PARA EL PRETEST.....	58
4.6 RESULTADO DEL PRETEST DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS.....	59
4.7 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.....	63
4.7.1 VALIDEZ DE CONTENIDO.....	63
4.7.2 VALIDEZ DE CONSTRUCCIÓN	65
4.7.3 FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	66

4.8 ANÁLISIS DEL ESTUDIO TRANSVERSAL CON EL CUESTIONARIO DEFINITIVO TRAS VALIDACIÓN.....	72
4.8.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	74
4.8.2 ANÁLISIS BIVARIADO.....	79
5. DISCUSIÓN.....	86
5.1 INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	86
5.1.1 SESGOS EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	87
5.1.2 VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	88
5.2 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.....	89
5.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS TUTORES.....	92
5.4 EL CUESTIONARIO.....	93
5.5 PROPUESTAS DE FUTURO.....	94
6. CONCLUSIONES.....	97
7. BIBLIOGRAFIA.....	100
8. ANEXOS.....	109
ANEXO 1.....	109
<i>LISTA DE PARTICIPANTES DEL GRUPO DE DISCUSIÓN Y CENTROS DE SALUD</i>	109
ANEXO 2.....	110
<i>MODELO DE CARTA ENVIADA AL GRUPO DE DISCUSIÓN:</i>	110
ANEXO 3.....	111
<i>TRANSCRIPCIÓN ESCRITA, DE LA CARA A Y DE LA CARA B DE LA CINTA</i>	111
ANEXO 4.....	136
<i>CUESTIONARIO QUE SE UTILIZO EN EL PRETEST</i>	136
ANEXO 5.....	143
<i>RESPONSABLES DOCENTES Y CENTROS DE SALUD</i>	143
ANEXO 6.....	144
<i>CARTA AL ENVIADA A LOS TUTORES QUE PARTICIPARON EN EL PRETES</i>	144
ANEXO 7.....	145
<i>CARTA ENVIADA A TUTORES</i>	145
ANEXO 8.....	146
<i>CUESTIONARIO RESULTADO DEL PRETES</i>	146
ANEXO 9.....	152
<i>VARIABLES QUE ACOMPAÑAN AL CUESTIONARIO</i>	152
ANEXO 10.....	153
<i>ENCUESTA SATISFACCIÓN LABORAL</i>	153
ANEXO 11.....	154
<i>CUESTIONARIO DEFINITIVO</i>	154
ANEXO 12.....	158
<i>TABLA 1. ANÁLISIS DE FIABILIDAD COEFICIENTE INTRACLASE POR ÍTEM</i>	158

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN A LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) está íntimamente ligada a la evolución de la Atención Primaria de salud (APS). Sus comienzos se remontan a 1978 como consecuencia de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud de Alma-Ata¹. En ella se instó a los gobiernos a “formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la APS como parte de un Sistema Nacional de Salud (SNS) completo y en coordinación con otros sectores¹.”

Se definió la APS como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

La especialidad de MFyC aparece por primera vez en España en el Real Decreto 2015/78, que regula la especialidad de MFyC como especialidad de la

profesión médica para poder desarrollar la APS². En su artículo primero dispone que:

El Médico de Familia constituye la figura fundamental del Sistema Sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de su comunidad, debiendo:

- 1) Prestar atenciones médicas y de salud en forma integrada y continuada a los miembros del grupo familiar y de las comunidades primarias tanto en consulta como en el domicilio del enfermo y tanto en régimen normal como de urgencia.
- 2) Promocionar la salud y prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario.
- 3) Contribuir, junto a la Administración Sanitaria, al desarrollo de los aspectos de salud ambiental, materno-infantil, alimentación y nutrición, epidemiología, bioestadística, precisos para el mantenimiento equilibrado del Sistema Sanitario.
- 4) Orientar a los enfermos y a sus familiares en la utilización adecuada del sistema de atención médica establecida.
- 5) Colaborar en las actividades docentes orientadas a la formación del personal integrante de los equipos de salud.

Aparece la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC que es un órgano asesor, del máximo nivel técnico, de los Ministerios de Sanidad y Consumo

y de Educación, Cultura y Deporte, en el ámbito de la MFyC, donde se elaboran los programas formativos de la especialidad de MFyC^{3, 4,5,6,7} y los criterios de acreditación tanto de hospitales como de centros de salud (CS) por donde se tienen que formar los residentes de la especialidad de MFyC (RMFyC). También se acreditan las Unidades docentes (UD) provinciales responsables de la formación del RMFyC.

1.1.1 EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS

Los programas de la especialidad de MFyC son revisados periódicamente para que se adapten a las necesidades cambiantes del desarrollo científico y de nuestra sociedad⁷

El RMFyC es un profesional médico en periodo de formación, que según el programa de la especialidad de MFyC⁷ tiene que formarse en cinco áreas esenciales: Comunicación, Atención al individuo, Atención a la familia, Atención a la comunidad y Formación continuada e investigación.

El objetivo fundamental del programa de la especialidad de MFyC es formar a unos profesionales con amplios conocimientos en los aspectos clínicos más relevantes de la APS y con la necesaria formación para dar una orientación comunitaria a la asistencia a la población, guiado por un tutor.

Es en el año 1979 cuando se publica en el sistema de Médicos Internos Residentes (MIR) la primera convocatoria de plazas de especialistas de MFyC con un número de 192⁸ plazas.

En las directrices de formación, se establecía que la docencia del tercer año se llevara a cabo en los CS, lo que fue difícil de poner en marcha por la poca infraestructura que existía entonces ya que la APS estaba poco desarrollada y tanto la formación como la tutorización procedían de medio hospitalario.

En 1982 acabó la primera promoción de la especialidad y en ese mismo año se publicó una Orden⁹ del 19 de diciembre para: *“regular el desarrollo de la formación en APS de la especialidad de MFyC”*, en la que se establecen las condiciones que debe cumplir la UD así como los profesionales: Coordinadores, tutores, técnicos de salud pública, personal administrativo y las funciones específicas de cada uno.

La Ley General de sanidad (1986)¹⁰ establece que, el sistema sanitario público es el SNS. La reforma de la AP, se consolida por el Real Decreto 137/1984¹¹, que define la AP, las estructuras básicas de salud, los centros de salud y los Equipos de Atención Primaria (EAP).

Con la reforma de la AP, fue apareciendo poco a poco el cambio de la asistencia ambulatoria que había hasta entonces, a la Atención Primaria, cuyas características y diferencias, según H Vuöri, se muestran en la Tabla 1.1.1:

Tabla 1.1.1. El cambio de la asistencia ambulatoria a la Atención Primaria	
Contenido. De...	a...
Tratamiento	Promoción de la salud
Cuidado ocasional	Cuidado continuo
Problemas específicos	Cuidado global
Organización. De...	a...
Especialistas	Médicos generales
Médicos	Otros profesionales
Práctica individual	Trabajo en equipo
Responsabilidad. De...	a...
Sector sanitario aislado	Colaboración intersectorial
Dominio profesional	Participación comunitaria
Receptor pasiva de los cuidados	Autorresponsabilidad

Hasta entonces los residentes de MFyC se formaron con tutores que no tenían la especialidad de MFyC y que empezaban a conocer el nuevo modelo de APS.

En 1985, La Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) aprobó el programa³ que estuvo vigente hasta 1990, donde se define al tutor de la especialidad de MFyC (TMFyC) como⁴: *"Serán tutores de los centros de salud los Médicos de MFyC y/o médicos generales y pediatras pertenecientes a los equipos de AP de los centros de salud acreditados para la docencia"*

En 1994 se aprueba un nuevo programa por la CNE⁵ en el que se define el perfil profesional del Médico de Familia (MF):

- 1) Atención clínica efectiva y eficiente: la consulta del MF es el primer contacto del individuo con el Sistema Sanitario. Para ofrecer una atención clínica eficiente el MF debe poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes
- 2) Atención integrada sobre todo el proceso de enfermar: El MF se implica en todas las fases de la historia natural de la enfermedad y participa en el cuidado de la salud mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación
- 3) Orientación hacia la salud de la familia
- 4) Orientación hacia la salud de la comunidad
- 5) Trabajo en equipo
- 6) Desarrollo de actividades docentes
- 7) Funciones de investigación
- 8) Utilización del método Científico

Los RMFyC que hasta entonces estaban adscritos al Hospital, cambian la adscripción a AP, empiezan a rotar en el primer año (de 1 mes a tres meses) por

los centros de salud, para formarse a partir de la realidad de la AP. En estos momentos el TMFYC empieza a tener más protagonismo.

El programa de la especialidad de MFyC⁵, establece que cada residente debe estar adscrito a un tutor, con el compromiso de que esa tutorización se prolongue y sea efectiva a lo largo de los tres años de residencia.

En septiembre de 1986, la Comunidad Económica Europea emitió una directiva⁹ de obligado cumplimiento por todos sus miembros, en la que dispone la obligatoriedad estricta en un futuro muy próximo (enero de 1995) de la formación en especialista en MF, para poder acceder a puestos de trabajo en el sistema público como MF o médico general. En España esta formación específica es la que marca el programa de la especialidad de MFC, y así ha sido reconocido por el gobierno español al establecer que ésta será la denominación que tendrá en nuestro país.

Por lo tanto había que formar a todos los licenciados en Medicina a partir del año 1995 por la vía MIR, e ir formando poco a poco a los profesionales que estaban trabajando en el sistema público y no tenían la formación vía MIR, por lo que se pasó de formar a 2000 residentes de MFYC al año a 4000 residentes de MFYC al año en España, ya que se tenía que adecuar el número de plazas MIR al número de estudiantes que acaba cada año y algo más para los profesionales que hasta entonces no tenían la especialidad.

A partir de 1995 y durante cinco años hubo dos convocatorias MIR: Una para licenciados post-95 y otra general a la que podían optar los licenciados pre-

95 y los post-95 que no hubiesen obtenido una plaza en la convocatoria específica.

El Real Decreto 904/2001, de 27 de julio¹², unifica las convocatorias para el acceso a la formación médica especializada.

En enero del 2005 aparece el nuevo programa, que establece que la especialidad de MFyC durará 4 años. Desarrolla cinco áreas competencia les:

- 1) Las esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención, y la bioética
- 2) Las relacionadas con la atención al individuo
- 3) Las que tienen relación con la atención a la familia
- 4) Las relacionadas con la atención a la comunidad
- 5) Las que se relacionan con la formación continuada y la investigación

El programa de formación de la especialidad de MFyC describe el perfil profesional del médico de familia, los objetivos de formación del residente, con descripción de conocimientos, habilidades y actitudes para las diferentes áreas del perfil de la práctica profesional, los criterios de evaluación y de acreditación/reacreditación de los centros y tutores.

El nuevo programa describe el perfil del MF⁷: *“Es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales*

vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud”

1.1.2 LA ORGANIZACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MFyC

La Orden Ministerial del 19 de diciembre de 1983 que regula el desarrollo de la formación postgraduada en MFyC¹³ crea las Unidades Docentes (UD), en donde se especifican la estructura, composición, objetivos y responsabilidades de las UD, de ámbito provincial y dirigidas por un coordinador. Es la estructura física y funcional encargada de planificar, organizar, aplicar y evaluar la enseñanza impartida a los residentes de los hospitales y centros docentes acreditados para la docencia.

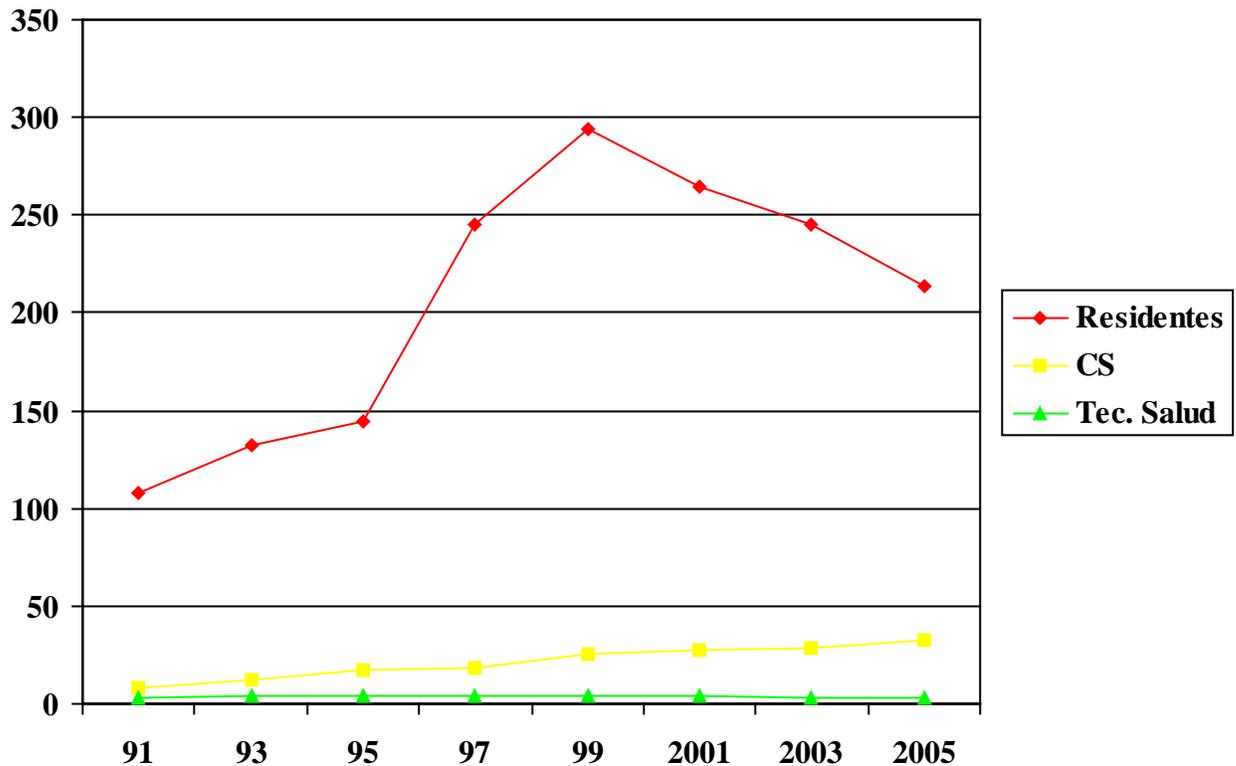
a) LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA DE FAMILIA EN VALENCIA

La Unidad Docente de MFyC de Valencia ha sido desde su creación, por Orden de la Consellería de Sanidad del 23 de noviembre¹⁴, una Unidad Provincial, pasando a depender tanto organizativa como funcionalmente de diferentes organismos. Actualmente depende orgánicamente de la Subsecretaría de la Consellería de Sanidad y funcionalmente de la Escuela Valenciana de Estudios de Salud (Orden de la Consellería de Sanidad del 27 de septiembre¹⁵).

Desde 1991 hasta 2005 se ha producido un importante crecimiento en el número de residentes, volviendo a bajar progresivamente su número hasta ahora,

con un menor crecimiento de Centros de Salud Acreditados y un nulo crecimiento de recursos humanos (técnicos y administrativos). (Figura 1.1.1)

Figura 1.1.1 Evolución recursos Unidad Docente de MFyC Valencia. 1991-2005



Del mismo modo se ha incrementado el número de hospitales docentes desde 6 Hospitales en 1991 a 9 hospitales en la actualidad, especialmente a expensas de los hospitales comarcales.

1.2 ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DOCENTE DE TUTORES

Por acreditación se entiende el reconocimiento profesional de que los servicios que se ofrecen en una determinada institución son de calidad.

La acreditación docente se refiere al reconocimiento de la capacidad para la enseñanza, que en el caso de las instituciones sanitarias se debe asociar a una alta calidad asistencial.

La reacreditación es el reconocimiento de que la capacitación se mantiene a lo largo del tiempo en los niveles considerados adecuados

El Programa de formación de la especialidad MFyC⁷ recomienda unos criterios de acreditación mínimos para acreditar tutores, divididos en aquellas áreas imprescindibles para la adecuada tutorización:

- Área clínica.
- Área de investigación.
- Área docente.
- Área de formación específica.

Los criterios a tener en cuenta según el programa de la especialidad MFyC se expresan en la tabla 1.2.1.

Tabla 1.2.1. Criterios a tener en cuenta según el programa de la especialidad MFyC
1. Realización de un proyecto docente (metodología de la evaluación, tutorización..)
2. Experiencia mínima de un año como médico de familia en el correspondiente centro de salud
3. Realización de actividades de formación continuada especialmente las relacionadas con la capacitación docente y con los contenidos del programa formativo
4. Realización de actividades de investigación y de participación en actividades de mejora de calidad

Para mantener esa competencia el programa de la especialidad indica que son las Comisiones Asesoras las que aprobarán los criterios de acreditación y reacreditación.

1.2.1 CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DEL TUTOR DE LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA DE FAMILIA DE VALENCIA

En la Unidad Docente de MFyC de Valencia, el actual proceso de acreditación/reacreditación contempla tres niveles:

1) Actividades obligatorias, sin la realización de las cuales no se procederá a la acreditación/reacreditación.

2) Un número mínimo de créditos por área que suponen además de las actividades obligatorias, otros créditos obtenidos con actividades alternativas.

3) Un número mínimo de créditos totales, que suponen además de los créditos mínimos por área, créditos adicionales en cualquier área.

Estos criterios son cuantificables, cada tres años se vuelven a revisar los criterios y se lleva a cabo la reacreditación de tutores.

Cada año varía el número de tutores y centros de salud acreditados. Actualmente se dispone de 29 centros de salud docentes acreditados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y de 140 tutores que cumplen los criterios de acreditación, ya que al aumentar un año más la especialidad hay más necesidades de acreditar más tutores.

Los criterios de acreditación/reacreditación de tutores se basan en cuatro perfiles:

1. 2.1.1. PERFIL DEL AREA CLÍNICA

a) Actividades de formación continuada en el área clínica

Incluye los cursos, seminarios, talleres, y otros cursos organizados por las unidades docentes, sociedades científicas, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), universidades u otras entidades reconocidas oficialmente en el ámbito internacional, estatal y/o autonómico, con programa editado, control de asistencia, evaluación y/o certificado de suficiencia, cursos organizados por organismos no oficiales debidamente acreditados por el Ministerio de Sanidad. Se incluyen las actividades realizadas durante el mes específico de formación (MEF)

b) Formación práctica clínica durante el MEF obligatorio para la reacreditación en los años que ha tenido ha tenido Residente de tercer año (R3)

En el MEF el tutor realiza actividades de formación continuada en el área clínica, con solicitud previa y evaluación posterior (solo se contabilizará si ha presentado evaluaciones).

c) Realización de auditorias: Aquellos tutores que entreguen en la UD el formulario que evalúe la calidad asistencial de su consulta, bien con criterios e indicadores que se elaboren en el centro de salud (CS) o por los mismos tutores.

d) Responsable de programa / protocolo: los tutores que sean responsables de algún programa o protocolo clínico en el CS.

e) Participara en grupos de trabajos clínicos: Tutores que participen en grupos de trabajos clínicos, bien en su CS o sociedades científicas.

1.2.1.2. PERFIL DEL AREA DE INVESTIGACIÓN

a) Actividades de formación continuada en el área de investigación.

Incluye lo mismo que en el punto 1.2.1.1. apartado a)

b) Trabajos científicos publicados y comunicaciones en congresos y reuniones científicas.

Trabajos científicos publicados

Se valoran aquellos trabajos publicados en revistas de ámbito nacional o internacional, que utilicen la metodología de revisión como paso previo a la publicación de originales. En caso de constar entre los tres primeros autores se contabilizará el doble.

Comunicaciones en congresos y reuniones científicas

Se valoran las ponencias, comunicaciones orales y postes presentadas en congresos y reuniones científicas de ámbito autonómico, nacional o internacional.

c) Líneas de investigación actuales consolidadas

d) Becas o premios

Se valora según sea beca o premio de agencias externas o de fundaciones, sociedades científicas, etc... y según la participación en las mismas.

Becas de agencias evaluadoras externas (Fondo de Investigación Sanitaria (FIS.), EVES, Agencia evaluación de tecnología, etc...), premios de organismos oficiales o sociedades.

e) Colaboración en trabajos de investigación.

Se valora la colaboración en la recogida de datos, coordinación de estudios multicéntricos, etc... (siempre que no consten como autores o investigadores) de aquellos trabajos de investigación de grupos independientes. No se valora la participación en trabajos financiados por la industria farmacéutica.

1.2.1.3. PERFIL DEL AREA DOCENTE

a) Realización de sesiones de formación en el Centro (clínicas, bibliográficas).

b) Valoración positiva del responsable docente.

c) Evaluaciones de los residentes (Obligatorio para la reacreditación).

d) Actividades de formación continuada en el área docente.

Incluye lo mismo que en el punto 1.2.1.1. apartado a).

e) Cumplimiento del calendario de entrevistas tutor-residente.

f) Actividades como docente en cursos, seminarios, talleres y otros.

Se valora la participación como docente en cursos, seminarios, talleres y otros organizados por la Unidad Docente, EVES, formación continua y continuada, Universidad, sociedades científicas, Colegio Oficial de Médicos.

g) Responsable de objetivo docentes de residente del tercer año.

Se valora la responsabilidad en seguimiento de objetivos docentes del residente

h) Responsable docente.

Se valora el haber sido responsable docente del centro.

i) Colaborador en docencia de Atención Continuada.

Se valora para la acreditación, en aquellos profesionales que hayan estado acreditados como tutores de Atención Continuada.

j) Colaborador en la formación de pre-grado.

Se valora la figura del Profesor Colaborador de pre-grado

1.2.1.4. PERFIL DEL AREA DE FORMACIÓN ESPECÍFICA

Se entiende por formación específica, la formación que un tutor de residentes debe tener para poder tutorizar en aquellas áreas contempladas en el programa de la Especialidad que no han sido incluidas en los apartados anteriores, como comunicación medico-paciente, atención a la familia, calidad asistencial, gestión, bioética e informática.

a) Actividades de formación continuada en el área específica

Incluye lo mismo que en el punto 1.2.1.1. apartado a)

b) Formación durante el MEF en el área de formación específica

Durante el MEF el tutor puede realizar actividades de formación continuada en el área específica.

c) Realización de sesiones de formación en el Centro en temas del área específica.

Se incluye las sesiones sobre: entrevista clínica, atención familiar, calidad, organización, sistemas de registro, etc. impartidos a los residentes de cualquier año de residencia.

d) Plan de mejora en entrevista clínica y atención familiar.

Reuniones periódicas con el residente de segundo y tercer año de residencia donde se aportan alternativas a los problemas de relación médico-paciente o de orientación familiar que el residente de MFyC va planteando a lo largo de su período formativo.

e) Monitorización de vídeo grabaciones del residente

Monitorización y trabajo con la cinta proporcionando retroinformación sobre contenidos de comunicación a los residentes de MFyC que presentan en sesión del CS una vídeo grabación de su propia consulta.

Así pues, se está identificando el sistema de acreditación con la competencia y la formación médica. Pero, no se puede decir que cualquier sistema de acreditación va a distinguir el tutor bueno del malo, igual que el ser buen médico es mucho más que tener muchos conocimientos de medicina. En este sentido, hay una tendencia internacional a desarrollar instrumentos

evaluativos que permitan medir, conocer y predecir la capacidad del profesional para la práctica¹⁶

Se sabe que la competencia y la formación suelen incluir sobre todo aspectos de conocimiento (“saber”) o competencia (“saber como”), es decir, conocimientos y habilidades y menos en la práctica (“hacer”), donde además intervienen las actitudes¹⁷.

1.3 ACTITUD

1.3.1 CONCEPTO DE ACTITUD

La actitud, como concepto complejo que es, presenta múltiples definiciones. Veamos algunas de ellas:

- a) Una organización durable de procesos motivacionales, emocionales, preceptuales y cognitivos respecto algún aspecto del mundo del individuo¹⁸.
- b) Es una disposición de los sentimientos relativamente constante hacia alguien o hacia alguna cosa¹⁹.
- c) Una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto²⁰.
- d) Las actitudes son un 'constructo psicológico' en el que se combinan creencias y emociones y que predisponen a un individuo a responder ante otras personas, objetos e instituciones de una manera positiva o negativa²⁰.

e) La tendencia a evaluar un objeto o constructo en términos positivos o negativos²¹.

Todas estas definiciones de actitud se caracterizan por definir la actitud como un constructo del comportamiento que tienen en común, en que son disposiciones internas de un individuo a actuar en una persona, objeto o una situación.

Al principio, los psicólogos sociales estaban de acuerdo en que conocer las actitudes de las personas es predecir sus acciones. En 1964 León Festinger concluyó que la evidencia no mostraba que el cambio de las actitudes cambiara la conducta. Es decir, una actitud no lleva necesariamente a una conducta. La conducta puede ser entendida como una función de la actitud personal y otros aspectos del particular contexto psicológico y social, que en el caso de la docencia y en el caso de la investigación²² están muy relacionados con las condiciones del lugar de trabajo.

1.3.2 LA ACTITUD DOCENTE DEL TUTOR DE MFyC

El programa de la especialidad de MFyC⁸ define al tutor como *“aquel profesional de la medicina, en ejercicio activo, al que se le reconoce un nivel formativo y un entorno laboral adecuado que permite acreditarlo como capacitado para favorecer el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes propios de una formación médica especializada y que asume colaborar de forma activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los médicos especialistas en formación, dentro de un contexto institucionalizado”*.

El programa de la especialidad refiere que según sea la actitud hacia la enseñanza del tutor, el residente tendrá una mejor o peor preparación. Esta actitud la relaciona con aspectos como, preparación específica, su capacidad para transmitir conocimientos, su manejo de las relaciones interpersonales.

El esquema de lo que se quiere acreditar es lo siguiente¹⁶:

Formación ↔ Competencia o capacidad ↔ Actuación o práctica

(Conocimientos)

(Habilidades)

(Actitudes)

El comportamiento de una persona ante una determinada realidad es consecuencia de la actitud que se posee de ella.

Una actitud no lleva a una conducta, pero la conducta puede considerarse como factor que se relaciona con la actitud. De hecho en el esquema anterior se hace sinónimo actuación o práctica (conducta) con actitudes y no es así del todo ya que hay otros factores que se relacionan con la actitud como las experiencias, la socialización, la comunicación, la personalidad.

El cuestionario elaborado que nos va a aproximar a la actitud docente del tutor, va a estar formado por preguntas de conductas y de creencias, que se elaboran a partir de un grupo de discusión formado por residentes de tercer año de la especialidad de MFyC.

Tanto en la literatura consultada^{16, 17}, como en la experiencia observada en la Unidad Docente (UD), los criterios de acreditación tienen la limitación de no

medir las actitudes docentes del tutor. Ciertamente se miden algunos aspectos que pueden estar relacionados con las actitudes, por ej, preparación específica, supervisión en el cumplimiento de los objetivos del residente, pero no se ha pensado en aproximarse a medir la actitud docente como tal y tampoco se han encontrado referencias sobre estudios que determinen la actitud docente de los tutores de MFyC, cuando evalúan competencias en Médicos de la especialidad MFyC¹⁷.

Por ello nos proponemos la elaboración de un instrumento de medida que pueda aproximarnos a la actitud docente del tutor de la especialidad de MFyC y los factores relacionados, que permitirá mejorar el proceso de acreditación, y poder diseñar estrategias de mejora.

1.4 MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES DOCENTES DEL TUTOR

En Psicología Social se miden las actitudes del siguiente modo:

a) El escalonamiento psicofísico. Se basa en graduar los estímulos aplicados a las personas evaluadas, frases sobre creencias, afectos o conductas, en una dimensión psicológica y después se observan las respuestas o reacciones de las respuestas a esos estímulos para clasificarlas en un continuo de actitud.

b) La evaluación psicométrica. Se basa en aplicar test, respondiéndose a una serie de cuestiones, cada una de las cuales pretende medir el atributo que quiere medir, para construir una puntuación que clasifica la actitud de la persona sobre un continuo. Las escalas de tipo Likert representan el constructo que mide la actitud.

c) Modelos de cuestionario de respuesta única. Consiste en seleccionar una única opción, la que mejor se ajusta a la opinión de la persona que responde. Este modelo tiene algunas limitaciones, una de ellas es que no usa toda la información disponible para cada cuestión en todas las alternativas disponibles, lo único que permite saber es que el enunciado elegido es el que más le gusta, pero se desconoce su opinión sobre las demás frases. Para superar esta limitación, se usa el modelo de cuestionario de respuesta múltiple, donde cada persona valora el grado de acuerdo o desacuerdo con todas y cada una de la opciones que presenta el cuestionario, en una escala de puntos.

Para aplicar el cuestionario que mide actitudes se requiere la gradación previa de los ítems en las categorías que se necesiten para responder a esa pregunta.

Estas puntuaciones permiten obtener una valoración global de la actitud en cada pregunta con el valor de cada escala.

La mayoría de los instrumentos aplicados hasta ahora para medir actitudes²³, son instrumento psicométricos.

Los fallos metodológicos que pueden tener son:

- a) Falta de precisión en definir la actitud que se mide.
- b) La ausencia de validez de contenido (en toda la escala).
- c) La fiabilidad entre lo que se quiere medir y lo que realmente se está midiendo.

d) Pueden haber respuestas engañosas.

Todo lo mencionado puede hacer que dichos cuestionarios tengan poca validez.

1.5 METODOLOGIA CUALITATIVA

La metodología cualitativa es útil para el estudio de hechos, conceptos y temas poco conocidos que precisan una mayor aclaración, que nos hará posible llegar a la determinación de la actitud docente del tutor²⁴

Los métodos cualitativos de investigación comenzaron a usarse en las ciencias médicas hace unos 30 años y cada vez más, se amplía su uso en nuevos temas y enfoques²⁵.

A partir de 1980 en España se comienza a adoptar la metodología cualitativa para impulsar diversas investigaciones en las áreas de atención primaria, salud mental y gestión sanitaria.

Las técnicas grupales se utilizan en investigación cualitativa y consisten en la reunión de un pequeño número de personas para obtener información en un ambiente agradable con formato de conversación que estimula el debate y la confrontación. El tipo de material que produce es, obviamente, cualitativo y acostumbra a ser objeto de análisis de contenido y de análisis del discurso.

La metodología cualitativa, en este estudio, la constituye el grupo de discusión y se basa en la indagación de los discursos de los individuos y en la

entrevista con profundidad. En la siguiente tabla²⁵ se muestran algunos conceptos sobre investigación cuantitativa y cualitativa (tabla 1.5.1)

Tabla 1.5.1 Algunos conceptos sobre investigación cuantitativa y cualitativa	
Cuantitativa	Cualitativa
Método científico	Método científico
Descripción	Comprensión
Objetividad	Subjetividad
Investiga hechos	Investiga discursos
Realidad unívoca	Múltiples interpretaciones de la realidad
Énfasis en la validez	Énfasis en la relevancia
Investigador ajeno al estudio	Investigador implicado

El grupo de discusión lo va a formar los RMFyC de tercer año que les faltan días para terminar la especialidad y ya llevan un año de su rotación por el centro de salud. Puede captarse los significados profundos que estructuran la realidad analizada, y en este caso serán los propios residentes quienes nos revelarán el significado que tiene para ellos la actitud docente, si lo que esperaban se ajusta a lo que han recibido.

El análisis del discurso ocupa el extremo de participación indirecta al ser un método directamente orientado al análisis de la ínter subjetividad y de las formas de construcción y acción social²⁶.

Un aspecto importante es que el grado de profundización del estudio depende fundamentalmente del investigador que realice el análisis del discurso.

En este sentido es pertinente la pregunta: ¿Qué debe saber? ¿Qué debe conocer quien quiera realizar un estudio mediante una metodología cualitativa?

Debido a que como ya hemos visto, la investigación cualitativa y la cuantitativa parten de diferentes conceptos y estudian fenómenos distintos o tratan de dar respuestas diversas de un mismo hecho, es por lo que en el estudio se ha decidido utilizar la metodología de forma combinada.

Se propone realizar un estudio observacional prospectivo de construcción de un instrumento de evaluación de la actitud docente del tutor, por métodos cualitativos y posterior validación, para determinar si el tutor de la especialidad de MFyC de Valencia desarrolla una actitud favorable en la formación del RMFyC de Valencia.

Una vez nos aproximemos a evaluar la actitud docente del TMFyC, determinaremos los factores relacionados con la actitud docente del TMFyC, para poder diseñar estrategias de mejora de la actitud docente, y poder tener una docencia de calidad.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 HIPOTESIS CONCEPTUAL

La evaluación de la actitud docente del TMFyC y Comunitaria mediante un instrumento de nueva creación permitirá aproximarnos a medir la capacidad docente del Tutor.

2.2 OBJETIVOS GENERALES

2.2.1 Elaborar un instrumento de medida que nos permita medir la actitud docente de los tutores de AP en la formación del RMFyC de Valencia, en el tercer año de la residencia durante el periodo de mayo 2000 a mayo 2004.

2.2.2 Medir la actitud docente del TMFyC de Valencia con el instrumento que se ha elaborado.

2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.3.1 Determinar áreas conceptuales o dimensiones de la actitud docente del TMFyC de Valencia, basadas en resultados de un grupo de discusión realizado con un grupo de RMFyC.

2.3.2. Elaborar y validar un instrumento de medida para la evaluación de la actitud docente del TMFyC en la formación del RMFyC.

2.3.3 Analizar las actitudes docentes de los TMFyC con relación a la formación del RMFyC.

2.3.4 Analizar los factores asociados a la actitud docente de los TMFyC.

3. MÉTODOS

3. MÉTODOS

3.1 DISEÑO

1ª fase: Estudio observacional prospectivo para elaborar un instrumento de evaluación de la actitud docente del tutor, por métodos cualitativos (técnicas grupales, con grupo de discusión, utilizándose como instrumento de intervención con los RMFyC) y posterior validación.

2ª fase: Estudio descriptivo transversal para medir la actitud docente de los TMFyC y posibles factores asociados .

3.2 SUJETOS DE ESTUDIO

Ámbito de estudio: Tutores de AP de la especialidad de MFyC.

Población diana: Todos los tutores de A P de la especialidad de MFyC de la Comunidad Valenciana.

Población de estudio: Todos los tutores de A P de la especialidad de MFyC de la Provincia de Valencia en el año 2003 (con un total de 100 tutores).

3.3 VARIABLES

3.3.1. Residente de MFyC	
Variable	Tipo
Edad	Cuantitativa
Sexo	Cualitativa. Dicotómica
CS	Cualitativa .Nominal

3.3.2. Tutor	
Variable	Tipo
Edad	Cuantitativa
Sexo	Cualitativa. Dicotómica
CS	Cualitativa.Nominal
Especialidad	Cualitativa.Nominal
Obtención de la misma	Cualitativa.Nominal
Situación laboral	Cualitativa.Nominal
Experiencia Laboral	Cuantitativa discreta
Nº de cursos de mas 100 h	Cuantitativa discreta
Nº de cursos de mas 40 h y menos de 100	Cuantitativa discreta
Nº de años de tutor	Cuantitativa discreta
Nº de años de responsable docente	Cuantitativa discreta
Nº de horas en docencia teórica	Cuantitativa discreta
Nº de publicaciones en AP	Cuantitativa discreta
Satisfacción laboral mediante la encuesta de calidad de vida profesional de García S ²⁷	Cuantitativa discreta
Núcleo Familiar: relación familiar de 1º grado: Sin núcleo = 1 persona sola Monoparental= 1 persona con hijos Núcleo familiar= Pareja sin hijos Núcleo familiar= Pareja con hijos Dos o más núcleos	Cualitativa nominal
Distancia del lugar del trabajo	Cuantitativa continua

3.3.3. De estudio	
Actitud docente del tutor:	Cuantitativa continua

3.4 RECOGIDA DE DATOS

3.4.1 FORMACIÓN DEL GRUPO DE DISCUSIÓN

a) *Procedimientos organizativos:* De la Unidad Docente de MFyC de Valencia dependen 24 centros de salud docentes. En ellos se formaron durante el tercer año 80 RMFyC en el año 2001.

b) *El muestreo* para la elección de los residentes fue opinático en el que se considera de tipo estratégico y que los criterios de elección son formulados de forma explícita a partir de determinados intereses, facilidades, situaciones, etc²⁶. Por lo que se eligieron residentes con buena actitud a la especialidad de MFyC, participativos, comunicativos y accesibles, elegidos por los técnicos de salud pública de la UD de MFyC de Valencia.

Los Técnicos de salud pública seleccionaron a 13 residentes procedentes de distintos Centros de Salud Docentes. Se les invitó a participar, informándoles que se trataba de un estudio de investigación y lo que se esperaba de ellos.

Los Residentes deben decir espontánea y libremente de forma verbal, creencias, expectativas, deseos y fines, respecto a los factores que influyen en la capacidad docente del Tutor, orientados por un director experimentado (monitor).

c) *Lugar donde se realiza la reunión de grupo:* El local está separado del contexto real de los participantes, en un lugar neutro (en la escuela de Relaciones Laborales sito en el Campus Universitario: C// Avd Tarongers S.N). El sitio es cómodo, agradable y sin ruidos, con disposición en círculo alrededor de una mesa.

d) *Tiempo de duración:* una hora

e) *Contacto:* Se les avisa a través de una carta (explicándoles que habían sido elegidos para formar un grupo de discusión).

f) *f) N° de asistentes a la reunión:* El grupo focal definitivo está formado por 10 residentes, 7 mujeres y 3 varones, de 9 centros de salud:

g) *Desarrollo de la reunión de grupo:* El monitor de la reunión explica de forma breve los objetivos de la misma y el objetivo particular a través del tema, explica la forma de realizar la reunión, en la que se les informa que la sesión será grabada por dos grabadoras que se colocarán en distintos puntos. Se pidió permiso para que se grabara la reunión y no hubo ningún inconveniente por parte del grupo.

Una vez aclarado todo, el monitor lanza la propuesta a discutir: ¿Qué factores creéis que influyen en la capacidad docente del Tutor?.

Para suscitar el deseo de discutir, el monitor se llevo un guión (Tabla 3.4.1) a la reunión como temas que el monitor debería introducir si no salían en la conversación (15 ítems consensuados por cuatro técnicos de la unidad docente de MFyC de Valencia y uno de la unidad docente de MFyC de Alicante)

Tabla 3.4.1 Guión consensuado para el grupo focal
1) Valorar maneras en que el tutor supervisa el trabajo del residente.
2) Capacidad de motivar al residente.
3) Capacidad de enseñar a aprender.
4) Disponibilidad: el residente siente que puede consultar cualquier duda con el tutor.
5) Apoyo / ayuda personal en temas no profesionales.
6) Relaciones interpersonales, trabajo en equipo, participación.
7) Iniciativas: capacidad del tutor de poner en marcha proyectos en general.
8) Responsabilidad: exigir y ayudar (tutorizar) a cumplir objetivos.
9) Dedicación: utilización del tiempo libre laboral (no asistencial) en actividades docentes.

10) Interlocutor válido sobre temas que atañen a la formación del residente (contenido de rotaciones, orientación sobre cursos etc.
11) Organización: Capacidad de gestionar el tiempo dedicado a cada actividad dentro del horario laboral.
12) Modelo de relación médico-paciente (técnico, sacerdote, camaradería, contractual)
13) Implicación del tutor en actividades no estrictamente asistenciales.
14) Tener en cuenta conocimientos y actitudes del residente (capacidad de impartir docencia según necesidades y expectativas del residente)
15) Motivación del tutor en su trabajo.

3.5 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA DISCUSIÓN DEL GRUPO

A partir de la grabación de la reunión, se procede a su transcripción escrita, que será la base para el análisis. Este consistió en la descomposición "en partes" del discurso de los residentes, en su fragmentación, teniendo en cuenta los múltiples aspectos del mismo. Se plantean tres niveles en el análisis: nivel elemental, nivel intermedio o autónomo y nivel máximo o global.

El nivel elemental (dar forma a los datos), intenta detectar las verdades disimuladas en el discurso de los residentes y expresadas en el mismo (lo que se dice y lo que no se dice, cómo se dice, por qué se dice, para qué se dice).

El nivel intermedio o autónomo (resumir), trata de la construcción de discursos combinando los elementos de verosimilitud (detectados en el nivel elemental). Se agrupan los diferentes discursos buscando una homogeneidad de contenidos.

El nivel máximo o nivel global (explicar), pretende la explicación e interpretación global de los datos. Se realiza de forma independiente por los investigadores.

3.6 CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO

3.6.1 ETAPAS

a) Elaboración del cuestionario

A partir de los resultados del grupo de discusión, se elabora un instrumento de medida para la evaluación de la actitud docente del TMFyC que explora todos los aspectos considerados de interés, formado por 43 preguntas de las cuales 11 preguntas son cerradas con gradación en las respuestas, y 32 preguntas medidas en escala Likert.

b) Pretest a una muestra de TMFyC

Una vez elaborado el instrumento, se pasó como pretest a una muestra de 20 tutores que eran responsables docentes de distintos centros de salud docentes, para ser auto cumplimentada de forma anónima, con objeto de valorar la comprensión de las preguntas y sugerencias (Anexo 4).

Se les envía una carta por correo y el cuestionario (Anexo 4), explicando en lo que consistía la participación. Se les informa que el cuestionario es anónimo.

En un plazo de 30 días el cuestionario se remite por correo a la UD por los tutores que participaron en la muestra. Se efectúa recaptación por correo con nuevo envío del cuestionario entre aquellos que no remiten el primer envío en el plazo de un mes. El proceso duró 3 meses

c) Test-retest

Con las correcciones derivadas del pretest, para la validación se pasa el cuestionario corregido a 100 TMFyC de Valencia y tras su recaptación contestan 73 tutores. A los 73 tutores que contestan el primer cuestionario, se les pasa el mismo cuestionario a los 30 días para estudiar su estabilidad en el tiempo, contestando 49 tutores.

Con el primer envío del cuestionario corregido (Anexo 8), se les adjuntó una carta explicando en que consistía la participación. Se les informa que el cuestionario es anónimo y en un plazo de 20 a 50 días el cuestionario se remite por correo a la UD. Se efectuó recaptación por correo con nuevo envío del cuestionario entre aquellos que no remitieron el primer envío en el plazo de un mes. A todos los que remitieron el cuestionario se les hizo un segundo envío del mismo cuestionario, invitándoles a contestarlo de nuevo, después de 25 a 30 días de haber recibido el primero. También se realizó recaptación del segundo envío. A los cuestionarios se les asignó un código para poder identificar al profesional, siendo conocido únicamente por la administrativa de la UD. Todo el proceso duró 3 meses.

3.6.2 VALIDEZ DEL CUESTIONARIO

a) Validez de contenido

Incluye un número de 43 ítems que cubre la mayoría de aspectos de la actitud docente del Tutor. Estos han sido elaborados por profesionales con experiencia en docencia, a partir de un grupo de discusión de residentes de MFyC a punto de finalizar la residencia.

b) Validez de construcción

Análisis factorial para identificar los factores mas importantes de la actitud docente del tutor. Cada factor está definido por los ítems que se correlacionen

más entre sí que con el resto de ítems. En este proceso hubo algún ítem que no se correlaciona con ningún factor y se valora su exclusión. Se valora y compara los factores con las áreas teóricas definidas. Los factores resultantes son las construcciones o dimensiones del instrumento.

3.6.3 LA FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO

La fiabilidad del instrumento se evidencia mediante su consistencia interna y su estabilidad en el tiempo.

a) La consistencia interna: mediante el coeficiente de correlación de Spearman de cada ítem con la puntuación global (correlación ítem-global), eliminando del cuestionario los ítems con coeficientes menores de 0,30. También se calculó el coeficiente alfa de Cronbach..

b) La estabilidad en el tiempo se comprobó comparando los resultados de los 2 envíos (test-retest) mediante: el coeficiente de correlación intraclase de la escala global, el coeficiente de correlación de Spearman para cada ítem y también para el total de la escala, el porcentaje de concordancia total para cada ítem, y la comparación de puntuaciones medias (test Signo-Rango de Wilcoxon) de cada ítem y de la escala global.

A través de los análisis de estabilidad y consistencia interna, se valorará la eliminación de los ítems cuya varianza influya negativamente en los coeficientes.

Todos los cálculos se realizaron con los cuestionarios recibidos del primer envío, excepto para valorar la estabilidad en el tiempo, en que se utilizaron del primer y segundo envío.

3.6.4 PLAN DE ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DEFINITIVO

El instrumento validado se pasa a todos los Tutores, a través del cual medimos la actitud docente del Tutor. Las variables de la población se recogen junto con el cuestionario definitivo.

Los datos del cuestionario una vez se recogen, se introducen en una base de datos y solo se introducen los cuestionarios que tengan todos los ítems contestados. Los análisis se efectúan con el programa estadístico SPSS versión 12, realizándose contrastes bilaterales, considerados significativos cuando la P es $<0,05$

a) Análisis descriptivo de la muestra del siguiente modo:

1) Los resultados de las variables cualitativas se expresan en proporciones o frecuencias relativas ya que la muestra es menor de 100.

2) Las variables cuantitativas se representan en forma de medias, desviación estándar (DE) medianas, moda, rango, máximo y mínimo.

3) La variable actitud docente: elaborada por la suma de puntuaciones, del cuestionario elaborado, construye una puntuación que clasifica la actitud de cada tutor en un continuo. Se representa en forma de medias, desviación estándar (DE), moda, rango, máximo y mínimo. Gráficamente se usa el histograma y pruebas de normalidad.

b) Análisis bivariado:

Se relaciona la variable actitud docente (cuantitativa) con:

1) Variables cualitativas dicotómicas:

- Si la distribución de la variable cuantitativa en cada una de las variables cualitativas no se aleja de la normalidad, se utiliza para comparar las dos medias la prueba t de Student.
- Si la distribución de la variable cuantitativa en cada una de las variables cualitativas se aleja de la normalidad, se utiliza para comparar las dos medias las pruebas no paramétricas.

2) Variables cuantitativas:

- Si la distribución de la variable cuantitativa con la otra variable cuantitativa se rige por la prueba normal, se utiliza la correlación de Pearson y la regresión lineal.
- Si la distribución de la variable cuantitativa, con la otra variable cuantitativa se rige por la prueba no normal, se utiliza la correlación de Spearman y la regresión lineal.
- Las variables que se relacionan con la actitud docente se representan gráficamente con el diagrama de dispersión.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 FORMACIÓN DEL GRUPO DE DISCUSIÓN

4.1.1 Nº DE ASISTENTES A LA REUNIÓN DE GRUPO

El límite inferior de participantes es de cinco, mientras que el número superior es de 10, a partir de ese número las interacciones posibles serían excesivas y obligarían a algunos a callar²⁵.

Los técnicos de salud pública de la Unidad Docente de MFyC de Valencia seleccionaron a 13 residentes de los cuales participaron 10 de distintos centros de Salud Docentes (Anexo 1).

Se les informó que se trataba de un estudio de investigación y de lo que se esperaba de ellos mediante una carta (Anexo 2).

4.2 ELABORACIÓN DEL GUIÓN PARA EL GRUPO FOCAL

Cuatro Técnicos de salud de la UD de MFyC de Valencia y uno de la UD de MFyC de Alicante (el monitor de la reunión), elaboran un guión sobre las ideas que cada uno cree que un residente valora de su tutor o que espera respecto a lo que significa capacidad docente, debiendo contestar a la siguiente pregunta: “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD DOCENTE DEL TUTOR”:

Se puso en común los cinco guiones y se llegó a un consenso, que es el guión final que le sirvió de apoyo al monitor cuando el grupo se quedó en silencio (Tabla 3.4.1.)

1. GUIÓN QUE ELABORÓ EL TECNICO DE SALUD (MONITOR)

Los valores que considera de mas valor:

Tabla 4.2.1 Guión del técnico de salud de Alicante (monitor)
1.1 Tutor que cuando ve un caso interesante, llama al residente y le hace partícipe de su hallazgo.
1.2 Tutor que tiene paciencia y es capaz de dedicar tiempo, aunque se retrasa un poco la consulta con tal de poder enseñar al residente.
1.3 Tutor que es capaz de poner ejemplos de otros pacientes y referirse siempre a situaciones de índole práctico.
1.4 Tutor que deposita y transmite confianza en el residente, pero al mismo tiempo lo protege ante la incertidumbre o las dudas.
1.5 Tutor que enseña de forma personalizada teniendo en cuenta las características del residente y los momentos.
1.6 Tutor que provoca la duda y pone “deberes” a la hora de revisar determinados tema en relación con la consulta y los pacientes.
1.7 Tutor cuenta con el residente a la hora de hacer hipótesis diagnósticas y plantear tratamientos.
1.8 Tutor que deja tiempo suficiente para las actividades que realiza el residente además de la propia asistencial.
1.9 Tutor que implica al residente en los estudios y proyectos que desarrolla en el centro de salud.
1.10 Tutor que delante del enfermo es capaz de enseñar con respeto al residente de cara a los pacientes.

2. GUIÓN DEL PRIMER TÉCNICO DE SALUD

Los valores que considera de mas valor:

Tabla 4.2.2 Guión del primer técnico de salud
2.1 Responsabilidad
2.2 Confianza
2.3 Cualificación científico-técnica
2.4 Capacidad de transmitir conocimientos
2.5 Accesibilidad, disponibilidad
2.6 Motivación
2.7 Dedicación
2.8 Funciones de investigación
2.9 Interlocutor válido = Saber a quién se tiene que dirigir para resolver problemas
2.10 Relaciones interpersonales, trabajo en equipo, participación, iniciativas.
2.11 Experiencias propias
2.12 Organización

3. GUIÓN DEL SEGUNDO TÉCNICO DE SALUD

Los valores que considera de mas valor:

Tabla 4.2.3 Guión del segundo técnico de salud
3.1 Empatía (respecto al residente)
3.2 Modelo de relación médico-paciente (técnico, sacerdote, camaradería, contractual...)
3.3 Actitud o patrón de relación tutor-residente (paternalista, autoritario, "laissez faire", punitivo, negociador,...) Tiene que ver con la empatía.
3.4 Formación clínica (cualificación científico-técnica)

3.5 Formación en metodología docente
3.6 Formación-acción en investigación, calidad, entrevista clínica, trabajo en EAP, atención familiar...
3.7 Capacidad para motivar y enseñar a aprender
3.8 Capacidad de impartir docencia según necesidades y expectativas del residente. Tiene que ver con la empatía
3.9 Responsabilidad: exigir y ayudar (tutorizar) a cumplir objetivos
3.10 Capacidad de fomentar auto responsabilidad del residente. Tiene que ver con patrón de relación tutor-residente.
3.11 Motivación en el trabajo
3.12 Relación con EAP
3.13 Ejercer de tutor los 3 años.
3.14 Utilización correcta de la historia clínica

4. GUIÓN DEL TERCER TÉCNICO DE SALUD

Los valores que considera de mas valor:

Tabla 4.2.4 Guión del tercer técnico de salud
4.1 Formación clínica del tutor.
4.2 Capacidad de transmitir sus conocimientos.
4.3 Capacidad de gestionar el tiempo dedicado a cada actividad dentro del horario laboral.
4.4 Tolerancia con el residente.
4.5 Autoridad sin autoritarismo.

5. GUIÓN DEL CUARTO TÉCNICO DE SALUD

Los valores que considera de mas valor:

Tabla 4.2.5. Guión del cuarto técnico de salud
5.1 Apoyo / ayuda laboral
5.2 Supervisión
5.3 Personalidad
5.4 Conocimientos didácticos
5.5 Disponibilidad
5.6 Herramientas didácticas
5.7 Métodos didácticos
5.8 Apoyo / ayuda personal
5.9 Comunicación
5.10 Capacidad de trabajo en equipo

4.3 DESARROLLO DE LA REUNIÓN DE GRUPO

Una vez que el monitor explicó los objetivos de la reunión y la forma de llevarla a cabo, realizó la propuesta a discutir con la siguiente pregunta: ¿Qué factores influyen en la capacidad docente del Tutor?.

Se llevó el guión a la reunión, los 15 ítems consensuados por el grupo de técnicos de salud, que utiliza dos veces cuando el grupo se queda callado. Se grabó una hora de sesión.

El grupo era bastante participativo, comunicativo y respetuoso con los compañeros, de modo que cada uno hablaba cuando se callaba el otro.

4.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA DISCUSIÓN DEL GRUPO

4.4.1 LECTURA DE LA TRASCRIPCION

A partir de la grabación de la reunión, se procede a su transcripción escrita, de la cara A y de la cara B de la cinta (Anexo 3).

Una vez hecha la transcripción del discurso:

1. En un primer momento cada técnico de salud, hace el análisis del discurso.

2. En un segundo momento los cuatro técnicos de salud analizan juntos el análisis del discurso que cada uno hace por separado, para disminuir la subjetividad.

El análisis consiste en la descomposición en partes del discurso, en su fragmentación, en los múltiples aspectos del mismo referente a la actitud docente de los tutores de MFyC

4.4.2 DESCOMPOSICIÓN EN PARTES DEL DISCURSO

Se respetó el orden según se iba concretando el análisis (Tabla 4.4.2)

Tabla 4.4.2 Descomposición en partes del discurso
1º Consulta sistemática de dudas clínicas, entrevista clínica
2º Autonomía clínica; delegar responsabilidad
3º Clarificación inicial de expectativas, tanto tutor-residente como residente-tutor
4º Ganas de ser tutor (motivación)
5ª Relaciones interpersonales
6º Seguimiento del programa formativo
7º Accesibilidad, dudas espontáneas
8º Conocimiento y orientación necesidades formativas
9º Reconocimiento de deficiencias del tutor
10º Capacidad mejora deficiencias
11º Motivación en aspectos no clínicos
12º Capacidad de recibir y dar feed-bak
13º Capacidad de resolver problemas formativos
14º Experiencia-conocimiento sobre objetivos del residente
15º Motivación laboral (personal)
16º Capacidad de liderazgo tutor
17º Habilidades de transmitir

Se definieron 4 dimensiones con relación a la actitud docente:

A) Supervisión, B) Implicación, C) Accesibilidad, y D) Relaciones

En cada una de las dimensiones se distribuye las partes del discurso con la misma numeración de la siguiente forma:

A) SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA FORMATIVO

1º Consulta sistemática de dudas clínicas, entrevista clínica
2º Autonomía clínica; delegar responsabilidad
6º Seguimiento del programa formativo
8º Conocimiento y orientación necesidades formativas
14º Experiencia-conocimiento sobre objetivos del residente

B) IMPLICACIÓN

3º Clarificación inicial de expectativas, tanto tutor-residente como residente-tutor
4º Ganas de ser tutor (motivación)
9º Reconocimiento de deficiencias del tutor
10º Capacidad mejora deficiencias
11º Motivación en aspectos no clínicos
12º Capacidad de recibir y dar feed-bak
13º Capacidad de resolver problemas formativos

C) ACCESIBILIDAD

7º Accesibilidad, dudas espontáneas
12º Capacidad de recibir y dar feed-bak

D) RELACIONES

5ª Relaciones interpersonales
15º Motivación laboral (personal)
16º Capacidad de liderazgo tutor

Se elaboran preguntas cerradas en las que se especifica de antemano las posibles respuestas con gradación en las alternativas de la respuesta ya que se quería determinar la intensidad de sentimiento, el grado de implicación y la frecuencia de participación en las que se pudo cuantificar las respuestas sobre una escala²⁸.

Definimos el número de alternativas de la respuesta según la dimensión precisa del concepto estudiado procurando que el número de puntos sea impar, para que hubiera una categoría intermedia o neutral en 5 alternativas. Había dimensiones que para definir las se necesitaron 6 o 4 alternativas, de modo que así obligaba a forzar. Las alternativas de las respuestas guardan un orden lógico (creciente) que se mantiene a lo largo de todo el cuestionario. En las 11 primeras preguntas que definen las alternativas, se dejó expresar libremente otras respuestas, en las que se ponía "otras especificar".

Para las preguntas relacionadas con los mismos ítems de las respuestas diseñamos el cuestionario en forma de tabla, con la finalidad de reducir la longitud del cuestionario y facilitar las respuestas de los tutores

Se elaboraron el número de preguntas según las dimensiones. Las preguntas que podían pertenecer a varias dimensiones se encuentran marcadas en rojo.

4.5 PRIMERAS PREGUNTAS ELABORADAS

4.5.1 SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA FORMATIVO

1º Consulta sistemática de dudas clínicas, entrevista clínica

1.1 Te reúnes con el residente, para abordar el enfoque clínico de pacientes

- a) No me reúno con el residente
- b) Tengo con el residente comentarios esporádicos
- c) Tengo con el residente reuniones ante problemas puntuales
- d) Tengo con el residente reuniones periódicas ante problemas puntuales
- e) Tengo con el residente reuniones periódicas (no diarias) para abordar sistemáticamente dudas clínicas
- f) Tengo con el residente reuniones diarias para abordar sistemáticamente enfoque de pacientes

1.2 Te reúnes con el residente, para abordar aspectos relacionados con el paciente y su familia

- a) No me reúno con el residente
- b) Tengo con el residente comentarios esporádicos
- c) Tengo con el residente reuniones ante problemas puntuales
- d) Tengo con el residente reuniones periódicas ante problemas puntuales
- e) Tengo con el residente reuniones periódicas (no diarias) para abordar sistemáticamente dudas clínicas
- f) Tengo con el residente reuniones diarias para abordar sistemáticamente el enfoque de pacientes

1.3 Comentas las historias clínicas con el residente

- a) No comento las historias
- b) Comento algunas historias de las que ha visto el residente
- c) Comento algunas historias de la que ha visto el residente y que he visto yo
- d) Comento todas las historias que ha visto el residente
- e) Comento todas las historias que ha visto el residente y algunas que he visto yo
- f) Comento todas las historias que ha visto el residente y todas las que he visto yo

1.4 Te reúnes con el residente, para abordar las actividades preventivas y promoción de salud del centro

- a) No me reúno
- b) Solo me reúno para comentarios esporádicos
- c) Tengo reuniones ante problemas puntuales
- d) Tengo reuniones periódicas por problemas puntuales
- e) Tengo reuniones no periódicas
- f) Tengo reuniones periódicas sistemáticas

1.5 Te reúnes con el residente, para abordar las actividades de investigación del centro

- f) No me reúno
- g) Solo me reúno para comentarios esporádicos
- h) Tengo reuniones ante problemas puntuales
- i) Tengo reuniones periódicas por problemas puntuales
- j) Tengo reuniones no periódicas
- f) Tengo reuniones periódicas sistemáticas

1.6 Te reúnes con el residente, para abordar las sesiones clínicas y bibliográficas del centro

- a) No me reúno
- b) Solo me reúno para comentarios esporádicos
- c) Tengo reuniones ante problemas puntuales
- d) Tengo reuniones periódicas por problemas puntuales
- e) Tengo reuniones no periódicas
- f) Tengo reuniones periódicas sistemáticas

1.7 Te reúnes con el residente, para abordar las actividades de calidad que se desarrollan en tu centro

- a) No me reúno
- b) Solo me reúno para comentarios esporádicos
- c) Tengo reuniones ante problemas puntuales
- d) Tengo reuniones periódicas por problemas puntuales
- e) Tengo reuniones no periódicas
- f) Tengo reuniones periódicas sistemáticas

2º Autonomía clínica; delegar responsabilidad

2.1 El Grado de autonomía clínica, en la consulta que dejo a mi residente durante el año de residencia;

- a) Al residente no lo dejo solo en la consulta, en todo el periodo de su residencia
- b) Al residente no lo dejo solo en la consulta, excepto en algunos casos no complicados y supervisados por mí
- c) Al residente no lo dejo solo en la consulta, excepto en algunos casos no complicados
- d) Al residente lo dejare solo en la consulta, que tome sus propias decisiones, y superviso solo las que él me pregunte
- e) Al residente lo dejo solo en la consulta, que tome sus propias decisiones

2.2 Facilito progresivamente independencia dentro de las competencias del residente (Escala Likert)

1 muy en desacuerdo

5 muy de acuerdo

8º Conocimiento y orientación necesidades formativas

8.1 Conozco y oriento las necesidades formativas del residente

- a) Las detecto sobre la marcha, cuando él me las dice,
- b) Las detecto sobre la marcha, cuando él me las dice, incido mas en lo que más necesitan, pero que se pueda resolver en el centro de salud
- c) Las detecto en alguna reunión que le suelo preguntar, incido mas en lo que más necesitan, y solo oriento en los puntos que se pueden resolver en centro de salud
- d) Las detecto en reuniones periódicas y solo oriento en los puntos que se pueden resolver en centro de salud
- e) Las detecto, en reuniones periódicas, les apunto donde pueden formarse no solo en lo referente a centro de salud sino en: cursos, Internet, libros, revista, etc.
- f) Las detecto, en reuniones periódicas, les apunto donde pueden formarse no solo en lo referente a centro de salud: cursos, Internet, libros, revista, etc. con plazos y seguimiento

14º Experiencia-conocimiento sobre objetivos del residente

14.1 Ante la resolución de dudas o problemas clínicos que tiene mi residente

- a) Las resuelvo haciendo uso de mi experiencia y conocimiento acumulado
- b) Le digo que no, sino me siento capacitado
- c) Si no me siento capacitado, consulto a un compañero
- d) Si no me siento capacitado, le remito a libros, revistas
- e) Si no me siento capacitado, hacemos una búsqueda bibliográfica, usando bases de datos IME, MEDLIN etc.
- f) Si no me siento capacitado, hacemos una búsqueda bibliográfica, usando bases de datos IME, MEDLIN etc, haciendo una valoración crítica de la información sistemática de resultados.

14.2 Aspectos de relación con pacientes y su familia

- a) No. No me siento capacitada, no hago enfoque familiar, cuando hice la residencia no me formaron
- b) Aunque no me siento capacitada le digo donde puede informarse, libros cursos, sesiones clínicas etc.
- c) Se las resuelvo en caso de que la duda sea: informar a la familia y de darle consejos, sino le digo donde puede informarse, libros cursos, sesiones clínicas etc.
- d) Se las resuelvo en caso de que la duda sea: informar a la familia, darle consejos y emplear instrumentos para identificar acontecimientos familiares sino le digo donde puede informarse, libros cursos, sesiones clínicas etc.
- e) Se las resuelvo en caso de que la duda sea: informar a la familia, darle consejos, emplear instrumentos para identificar acontecimientos familiares, evalúe la función y disfunción familiar sino le digo donde puede informarse, libros cursos, sesiones clínicas etc.
- f) Se las resuelvo en caso de que la duda sea: informar a la familia, darle consejos, emplear instrumentos para identificar acontecimientos familiares, evalúe la función y disfunción familiar, sino le digo donde puede informarse, libros cursos, sesiones clínicas etc.

14.3 Historias clínicas

- a) No la uso
- b) Solo relleno parte de la hoja de evolución
- c) Solo relleno parte de la hoja de evolución y hoja de problemas
- d) Relleno correctamente la hoja de evolución Soap
- e) Relleno correctamente la hoja de evolución Soap y hoja de monitorización

14.4 Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud

- a) No desarrollo Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en mi consulta
- b) Desarrollo Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en mi consulta esporádicamente
- c) Desarrollo Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en mi consulta habitualmente
- d) Tengo en marcha un programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
- e) Tengo en marcha un programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud y lo evalúo
- f) Tengo en marcha un programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, lo evalúo y promuevo la investigación

14.5 Investigación en el centro de salud

- a) No investigo
- b) Participo en algún trabajo de investigación, de vez en cuando que se realizan en mi centro
- c) Participo en los trabajos de investigación habitualmente que se realizan en mi centro
- d) Participo en los trabajos de investigación habitualmente que se realizan en mi centro y promuevo líneas de investigación
- e) Participo en todos los trabajos de investigación que se hacen en mi centro, promuevo las líneas de investigación y/o dirijo los estudios de investigación
- f) Participo en todos los trabajos de investigación que se hacen en mi centro, promuevo las líneas de investigación y/o dirijo los estudios de investigación y finalmente los publico

14.6 Sesiones clínicas

- a) No preparo sesiones clínicas
- b) Preparo la sesión clínica de mi experiencia y libros de texto
- c) Preparo las sesiones clínicas con revistas de Atención Primaria
- d) Preparo las sesiones clínicas con búsqueda sistemática de artículos en el IME
- e) Preparo las sesiones clínicas con búsqueda sistemática de artículos en el IME y Medline
- f) Preparo las sesiones clínicas con búsqueda sistemática de artículos en el IME, Medline y hago una valoración crítica de los artículos

14.7 Conocimientos en habilidades metodológicas para llevar a la practica actividades de calidad en el centro de salud

- a) No tengo conocimientos y habilidades metodológicas básicas para llevar a la práctica actividades de calidad y no realizo actividades de calidad
- b) No tengo conocimientos y habilidades metodológicas básicas para llevar a la práctica actividades de calidad y realizo actividades de calidad

- c) Tengo conocimientos y habilidades metodológicas básicas para llevar a la práctica actividades de mejora de calidad en mi centro pero no las aplico
- d) Tengo conocimientos y habilidades metodológicas básicas para llevar a la práctica actividades de mejora de calidad en mi centro y las aplico
- e) Tengo conocimientos y habilidades metodológicas avanzadas, para llevar a la práctica actividades de mejora de calidad en mi centro y no las aplico
- f) Tengo conocimientos y habilidades metodológicas avanzadas para llevar a la práctica actividades de mejora de calidad en mi centro y no las aplico

4.5.2 IMPLICACION

3º Clarificación inicial de expectativas, tanto tutor-residente como residente-tutor

3.1 Clarifico desde el primer momento, las expectativas de aprendizaje con el residente

3.2 Apoye con fuerza el aprendizaje del residente

4º Ganas de ser tutor (motivación)

4.1 Demuestro entusiasmo por enseñar a los residentes

9º Reconocimiento de deficiencias del tutor

9.1 Estoy capacitado para proporcionar respuestas para que aprendan los residentes de acuerdo a sus necesidades

10º Capacidad mejora deficiencias

10.1 Estoy capacitado para proporcionar mejoras en las deficiencias en la formación del residente

11º Motivación en aspectos no clínicos

11.1 Me implico fuertemente en la formación no clínica del residente: trabajos de investigación, cursos de formación etc.

12º Capacidad de recibir y dar feed-back

12.1 Me siento capacitado para recibir criticas constructivas en cualquier aspecto de la tutorización que doy al residente

12.2 Me siento capacitado para hacer criticas constructivas al residente en cualquier aspecto de su formación

13º Capacidad de resolver problemas formativos

13.1 Estoy capacitado para resolver los problemas que surjan en la formación del residente

13.2 Soy de gran ayuda cuando el aprendizaje le resulta difícil

4.5.3 ACCESIBILIDAD

7º Accesibilidad, dudas espontáneas

7.1 Estoy disponible para discutir dudas referentes a la formación del residente

12º Capacidad de recibir y dar feed-back

12.1 Me siento capacitado para recibir criticas constructivas en cualquier aspecto de la tutorización que doy al residente

12.2 Me siento capacitado para hacer criticas constructivas al residente en cualquier aspecto de su formación

4.5.4 RELACIONES

5ª Relaciones interpersonales

5.1 Suelo ser creativo buscando alternativas que propicien el acercamiento

5.2 Soy capaz de controlarme ante determinados incidentes en mi centro

5.3 Me encuentro que soy aceptado por los miembros del equipo

15º Motivación laboral (personal)

15.1 Estoy capacitado para adaptarme y utilizar herramientas nuevas para mantenerme actualizado (Informática, Internet, idiomas etc.

15.2 La atención primaria debe ser la base para dar una mejor atención al usuario

15.3 La atención primaria es fundamental para preparar a los residentes de medicina de familia en especialistas de MFyC

16º Capacidad de liderazgo tutor

16.1 En mi centro de salud ocupo una posición de liderazgo

16.2 Si el responsable docente del centro dimitiera no podríamos funcionar como centro docente

16.3 Si dimitiera como tutor los residentes notarían un gran vacío en el centro

4.5.5 ELABORACIÓN DEL BORRADOR DEL PRIMER CUESTIONARIO PARA EL PRETEST

Se formó el borrador del primer cuestionario, (que servirá para el pretest) formado por 43 preguntas, de las cuales, 12 preguntas son cerradas con gradación en las respuestas alternativas y 31 preguntas medidas en escala Likert. La distribución del número de ítems por dimensión se detalla en la (tabla 4.5.1).

Tabla 4.5.1	
Dimensiones	Nº de ítems
A) Supervisión y seguimiento del programa	20
B) Implicación	11
C) Accesibilidad	1
D) Relaciones	11
Total	43

Se elaboraron 5 borradores más hasta llegar a la primera versión, la que se utilizó en el pretest (Anexo 4), que estaba formado por 43 preguntas de las que 11 preguntas eran cerradas con 53 alternativas de respuestas y 32 preguntas medidas en escala Likert.

Se envió el cuestionario por correo a un grupo de 28 tutores, responsables docentes de distintos centros de salud, (Anexo 5) para ser autocumplimentado de forma anónima.

Junto con el cuestionario se les envió una carta (Anexo 7), informándoles del trabajo de investigación que se estaba llevando a cabo en la UD y de su utilidad en la participación que tenía como objeto valorar la comprensión de los ítems y sugerencias.

En los primeros 15 días se recibieron 10 encuestas. Tras una recaptación enviaron 10 encuestas más, en las que el análisis, dió lugar al cuestionario para validar en una población más extensa, a todos los tutores de MFyC (Anexo 8).

4.6 RESULTADO DEL PRETEST DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

De los 20 tutores que participaron en el pretest proponen 25 sugerencias a las preguntas (P):

a) En la P 4 de cuestionario que se utilizó el pretest sugieren los siguientes comentarios

1) Cuando surge alguna duda, o al revisar la Historia detecto alguna deficiencia

2) En días de excesiva demanda sólo casos concretos interesantes

b) En la P 5 de cuestionario que se utilizo el pretest sugieren el siguiente comentario

1) La mayoría de las veces se integra en las reuniones diarias de comentarios de pacientes

c) En la P 6 de cuestionario que se utilizó el pretest sugieren los siguientes comentarios

1) El seguimiento de estas actividades las realiza fundamentalmente la UD

2) Control por otro tutor en trabajos de investigación, con el que me reúno para controlar cómo van los trabajos

3) En nuestro centro 2 tutores (para 5 residentes) llevan solo las tareas de investigación aunque todos los tutores colaboramos con los residentes en mayor o menor grado según disponibilidad

4) Tengo reuniones ante problemas puntuales a petición del tutor

5) Estimulo el planteamiento de la investigación por parte del residente si él está interesado ante casos que dan pie a investigarse o trazar líneas de investigación

d) En la P 7 de cuestionario que se utilizó el pretest sugieren el siguiente comentario

1) No hay tiempo o duración específica para la reunión, se comentan al final de la consulta dudas, actitudes y tipos de pacientes

2) En los días de excesiva demanda solo ante problemas puntuales, cuando la demanda lo permite, reuniones diarias

3) Me reúno con el residente cuando surgen aspectos clínicos de interés

4) Abordamos aspectos de relación cuando surgen dudas o problemas al respecto

5) Antes de las sesiones las comentamos y cuando la tiene preparada la supervisamos

6) Tengo reuniones periódicas sistemáticas antes de la presentación de la sesión

e) En la P 8 de cuestionario que se utilizó el pretest sugieren el siguiente comentario:

1) Las actividades de calidad las lleva otro tutor. Se hacen reuniones periódicas y yo intento ir a todas

f) En la P 9 de cuestionario que se utilizó el pretest sugieren los siguientes comentarios

1) Pasamos parte de la consulta juntos y el resto indistintamente, comentando las dudas o cosas interesantes que han surgido

2) Lo dejo pasar la consulta entera, pero estamos en todo momento presentes, supervisando lo que pregunta y supervisando comentarios cuando el paciente ha salido de la consulta

3) Pasa parcialmente la consulta unos días y entera si lo desea otros días supervisando lo que pregunta y lo que creo conveniente

4) Pasa media consulta diaria alterna. Superviso las dudas y las cosas que considero importantes

5) Las dejo a criterio del residente

6) Revisando la historia

g) En la P 10 de cuestionario que se utilizó el pretest sugieren los siguientes comentarios

1) Las valoro en conversación con el residente

2) Las detecto preguntándoselas directamente averiguando sus intereses

3) Las detecto de forma continua al estar en gran contacto con él

h) En la P 11 de cuestionario que se utilizó el pretest sugirieron los siguientes comentarios

1) Buscamos la solución cada uno por su parte y después lo ponemos en común

De las 25 sugerencias, se añadieron a las siguientes preguntas los siguientes ítems, para obtener así el cuestionario a validar (Anexo 8):

P6.2 Se reúnen con él con el tutor responsable de investigación

P8.2 Se reúnen con el tutor responsable de calidad

P10.5 Las detecto preguntándole

P10.6 Las detecto revisando las Historias clínicas

P11.5 Buscamos la solución cada uno por su parte y después lo ponemos en común

La P9 Se formuló entera:

9.1 Compartimos la misma consulta y pasamos visita juntos

9.2 Compartimos la misma consulta y pasamos visita diferentes

9.3 Compartimos la misma consulta y pasamos visita medio día cada uno

9.4 Pasamos visita simultáneamente en consultas diferentes

4.7 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

Del cuestionario obtenido tras incorporar los cambios como resultado del pretest (Anexo 8), es decir, del cuestionario a validar, se hace el primer envío a 100 tutores. Se recibieron 73 tras recaptación, el 73% de respuestas.

Después de haber recibido las respuestas del cuestionario del primer envío, se hizo un segundo envío (30 días después) del mismo cuestionario (Anexo 8) a los 73 tutores que respondieron el primer envío y de los 73 tutores se recibieron 49 tras recaptación, el 67% de respuestas.

4.7.1 VALIDEZ DE CONTENIDO

El cuestionario resultante del pretest (el cuestionario que se valida) incluye los ítems que cubren los aspectos de las actitudes docentes de los TMFyC. Intenta diferenciar y discriminar entre tutores que muestran una actitud más favorable hacia la docencia del RMFyC.

La Escala Likert comprende varias proporciones declarativas que expresan un punto de vista sobre un tema. Se pide a las personas que indiquen el grado en que concuerdan o no concuerdan con la opinión expresada.

Dicho cuestionario presenta 43 preguntas (11 preguntas cerradas con gradación en sus alternativas respuestas y 32 preguntas redactadas de forma favorable de escala Likert medidas en 5 categorías, desde nada a totalmente y muy en desacuerdo a muy de acuerdo) para medir actitudes hacia los tutores de MFyC.

La escala tiene un máximo de 5, razón por la cual podría darse la calificación de 5 a los tutores que muestran acuerdo totalmente, 4 a los que muestran estar de acuerdo, 3 a los tutores que muestran estar indiferentes, 2 a los tutores que muestran estar en desacuerdo, 1 a los tutores que muestran estar muy en desacuerdo

La puntuación alta siempre refleja actitudes docentes positivas del tutor hacia la tutorización del residente de MFyC

Se calcula la puntuación total de una persona al sumar las puntuaciones de los ítems individuales. La suma aritmética de las puntuaciones totales, genera el término escala de puntuación sumada que se usa para calificar a las escalas Likert

Las 43 preguntas se puntuaron de la siguiente forma:

1) Una pregunta tiene tres respuestas con gradación. se contó como máximo el valor 5. Para saber el mínimo valor se dividió el 5 por el total 3, por lo que el valor 1 vale 1,67, el 2 vale 3,34 y el valor 3 vale 5.

2) Cuatro preguntas que tienen cuatro respuestas con gradación. Se contó como máximo el valor valía 5. Para saber el mínimo valor se dividió el 5 por el total 4, luego el valor 1 vale 1,25, el 2 el 2,5, el 3 el 3,75, y el 4 el 5.

3) Cinco preguntas que tienen seis respuestas con gradación. Se contó como valores máximos 5 puntos y para saber el mínimo valor, se dividió 5 por 6 y el valor mínimo 1 adquiriría el valor de 0,83, el 2 el 1,66, el 3 el 2,49, el 4 el 3,32, el 5 el 4,15, y el 6 el 5.

4) En las treinta y tres preguntas restantes, su valor 1 equivalía a 1 y el 5 equivalía 5.

Se consideró la puntuación global como la suma aritmética de la puntuación de cada ítem, siendo cuanto más alta más positiva la actitud del tutor hacia la docencia.

El rango total de valores del cuestionario (que se validará) se encuentra entre 43,78 (muy poco favorable) la actitud docente del tutor a 215 (muy favorable) la actitud docente del tutor.

4.7.2 VALIDEZ DE CONSTRUCCIÓN

El *análisis factorial* se detalla en la pag. 74 con el cuestionario definitivo, identifica diez factores importantes de la actitud docente del tutor de MFyC (Tabla 4.8.1). El porcentaje de varianza explicada por el modelo es 72,362

4.7.3 FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

4.7.3.1. CONSISTENCIA INTERNA

a) El coeficiente de correlación de Spearman de cada ítem con la puntuación global se presenta en la Tabla 4.7.2. Tras la correlación ítem-global se eliminaron ocho ítems, que tenían coeficientes menores de 0,3, quedando el cuestionario definitivo, que presenta 35 ítems. La puntuación alta refleja actitudes docentes positivas del tutor hacia la tutorización del residente de MFyC.

TABLA 4.7.2. Consistencia interna: Correlación ítem-global								
ITEM	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
GLOBAL	r=,503 p=0,005	r=,34 p=0,005	r=,47 p=0,000	r=,33 p=0,01	r=,46 p=0,000	r=,43 p=0,01	r=,43 p=0,01	r=,34 p=0,01
ITEM	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
GLOBAL	r=,23 p=0,1	r=-,069 p=0,614	r=-,039 p=,78	r=,179 p=196	r=,595 p=0,000	r=,583 p=0,000	r=,639 p=0,000	r=,384 p=0,000
ITEM	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24
GLOBAL	r=,630 p=0,000	r=,394 p=0,03	r=,682 p=0,000	r=,448 p=0,001	r=0,3 p=0,02	r=0,406 p=0,02	r=,583 p=0,000	r=,525 p=0,000
ITEM	P25	P26	P27	P28 ₁	P28 ₂	P28 ₃	P28 ₄	P28 ₅
GLOBAL	r=,638 p=0,000	r=,259 p=,056	r=,333 p=,013	r=,421 p=0,001	r=,186 p=0,17	r=,548 p=0,000	r=,371 p=0,005	r=,392 p=0,003
ITEM	P28 ₆	P28 ₇	P28 ₈	P29	P30	P31	P32	P33
GLOBAL	r=,642 p=0,000	r=,480 p=0,00	r=,596 p=0,000	r=,48 p=0,000	r=,258 p=0,05	r=-,20 p=0,8	r=,39 p=0,00	r=0,49 p=0,00
ITEM	P34		P35		P36			
GLOBAL	r=,570 p=0,000		r=,624 p<0,000		r=0,237 p<0,082			

b) El valor alfa de Cronbach global del cuestionario que se valida, fue de 0,965 (Tabla 4.7.3).

Este estadístico está calculado sobre los 35 ítems definitivos y con 59 tutores, que es el número de tutores que respondieron con la totalidad de datos.

TABLA 4.7.3 Consistencia interna: coeficiente alfa de Cronbach	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,965	2

4.7.3.2 LA ESTABILIDAD EN EL TIEMPO

a) El coeficiente de correlación intraclase fue de 0,965 (Tabla 4.7.4)

TABLA 4.7.4 Estabilidad en el tiempo: Coeficiente de correlación Intraclase global							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,932(b)	,849	,970	28,358	23,0	23	,000
Medidas promedio	,965(c)	,918	,985	28,358	23,0	23	,000

a Coeficientes de correlación intraclase de tipo C utilizando una definición de coherencia, la varianza inter-medidas se excluye de la varianza del denominador.

b El estimador es el mismo, ya esté presente o no el efecto de interacción.

c Esta estimación se calcula asumiendo que no está presente el efecto de interacción, ya que de otra manera no es estimable.

a) La correlación entre los ítems del primer envío del cuestionario a validar y el segundo envío que se hizo del mismo cuestionario se muestran en la (tabla 4.7.5).

Tabla 4.7.5 Estabilidad en el tiempo: coeficiente de correlación de Spearman y significación estadística de cada ítem.											
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11
P1	r=0,79 p<0,005										
P2		r=0,4 p<0,05									
P3			r=0,68 p<0,05								
P4				r=0,47 p<0,05							
P5					r=0,38 p>0,05						
P6						r=0,66 p<0,05					
P7							r=0,72 p<0,05				
P8								r=0,5 p<0,05			
P9									r=0,68 p<0,05		
P10										r=0,30 p>0,05	
P11											r=0,30 p>0,05

Tabla 4.7.5 (cont.) Estabilidad en el tiempo: coeficiente de correlación de Spearman y significación estadística de cada ítem.									
	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
P12	r=0,27 p>0,005								
P13		r=0,57 p<0,05							
P14			r=0,71 p<0,05						
P15				r=0,7 p<0,05					
P16					r=0,45 p>0,05				
P17						r=0,52 p<0,05			
P18							r=0,45 p<0,05		
P19								r=0,66 p<0,05	
P20									r=0,5 p<0,05

Tabla 4.7.5(cont.) Estabilidad en el tiempo: coeficiente de correlación de Spearman y significación estadística de cada ítem											
	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28 ₁	P28 ₂	P28 ₃	P28 ₄
P21	r=0,45 p<0,005										
P22		r=0,4 p<0,05									
P23			r=0,53 p<0,05								
P24				r=0,44 p<0,05							
P25					r=0,64 p>0,05						
P26						r=0,4 p<0,05					
P27							r=0,859 p<0,05				
P28 ₁								r=0,57 p<0,05			
P28 ₂									r=0,35 p<0,05		
P28 ₃										r=0,64 p>0,05	
P28 ₄											r=0,68 p>0,05

Tabla 4.7.5 (cont.) Estabilidad en el tiempo: coeficiente de correlación de Spearman y significación estadística de cada ítem									
	P28 ₅	P28 ₆	P28 ₇	P28 ₈	P29	P30	P31	P32	P33
P28 ₅	r=0,46 p<0,05								
P28 ₆		r=0,61 p<0,05							
P28 ₇			r=0,51 p<0,05						
P28 ₈				r=0,76 p<0,05					
P29					r=0,72 p<0,05				
P30						r=0,64 p<0,05			
P31							r=0,63 p<0,000		
P32								r=0,7 p<0,05	
P33									r=0,66 p<0,05

Tabla 4.7.5 (cont.) Estabilidad en el tiempo: coeficiente de correlación de Spearman y significación estadística de cada ítem									
	P28 ₅	P28 ₆	P28 ₇	P28 ₈	P29	P30	P31	P32	P33
P28 ₅	r=0,46 p<0,05								
P28 ₆		r=0,61 p<0,05							
P28 ₇			r=0,51 p<0,05						
P28 ₈				r=0,76 p<0,05					
P29					r=0,72 p<0,05				
P30						r=0,64 p<0,05			
P31							r=0,63 p<0,000		
P32								r=0,7 p<0,05	
P33									r=0,66 p<0,05

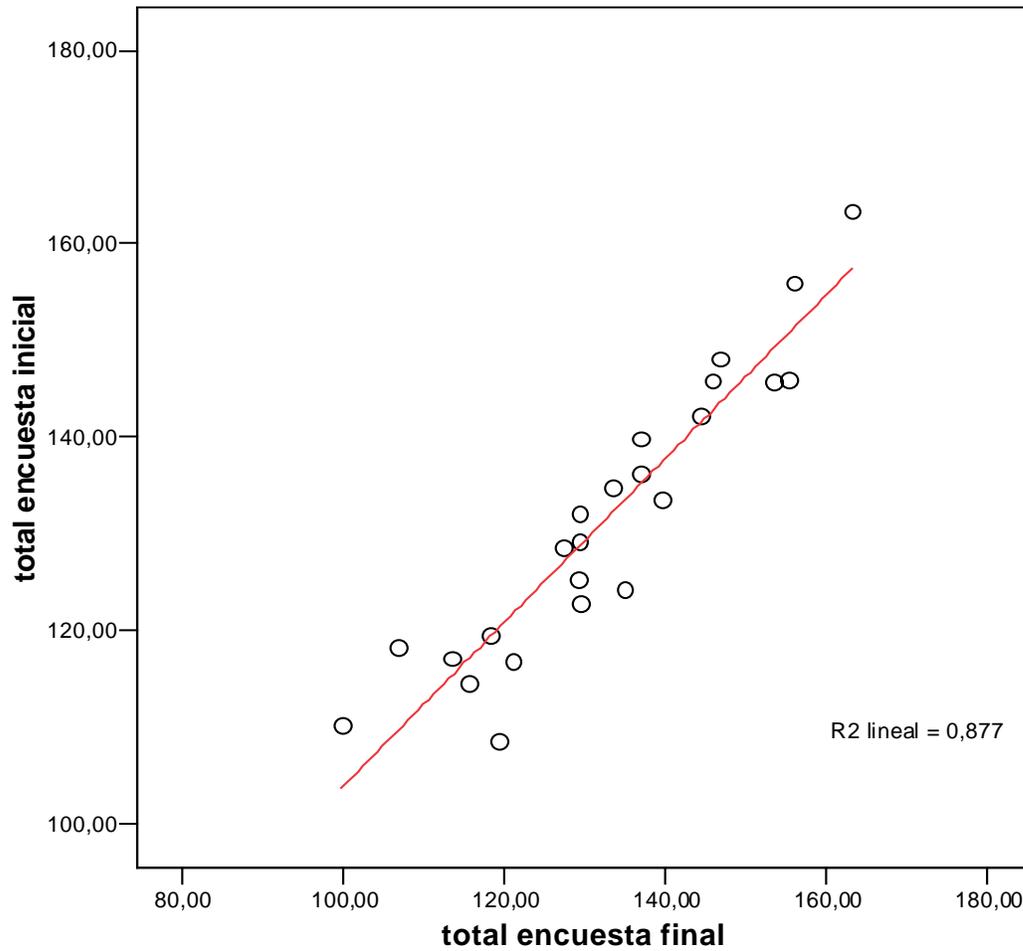
c) El porcentaje de concordancia en las respuestas de cada tutor entre el primer y segundo envío obtuvo una concordancia total mayor de 75% en 5 ítems, del 65-75% en 9 ítems, del 50-64% en 12 ítems, y fue menor de 50% en 9 ítems.

d) En la comparación de puntuaciones medias (test Signo-Rango de Wilcoxon) de cada ítem no se encontraron diferencias significativas en ninguno.

e) La comparación de medias (test Signo-Rango de Wilcoxon) en la puntuación total de la escala del primer envío 127,92 (DE 13) y la del segundo envío de 129 (DE 14,77) sin diferencias significativas, (IC = -3,81 a 1,08).

f) El coeficiente de correlación de Spearman de la puntuación total de la escala en los dos envíos fue de 0,993 (figura 4.7.1).

FIGURA 4.7.1 Estabilidad en el tiempo: Correlación de puntuaciones globales de la escala de actitud docente de tutores de MFyC entre los 2 envíos.



4.8 ANÁLISIS DEL ESTUDIO TRANSVERSAL CON EL CUESTIONARIO DEFINITIVO TRAS VALIDACIÓN

En el cuestionario definitivo (Anexo 11), se calculó el coeficiente de correlación intraclase por ítem, en el que los coeficientes de la mayoría de los ítems oscilan entre 0,50 y 0,90 (Anexo12).

El *análisis factorial* identifica diez factores importantes de la actitud docente del tutor de MFyC (Tabla 4.8.1), se presentan en la tabla solamente las correlaciones ítem-factor superiores a 0,3. El porcentaje de varianza explicada por el modelo es 72,362. Los factores identificados se interpretaron como:

I Supervisión y seguimiento del programa.

II Motivación laboral.

III Conocimientos.

IV Accesibilidad.

V Implicación.

VI Actividades no clínicas.

VII Reconocimiento de deficiencias y capacidad de mejorarlas.

VIII Calidad.

IX Satisfacción.

X Relaciones Interpersonales.

Tabla 4.8.1 Análisis factorial exploratorio. Matriz rotada por el método Varimax: correlación ítem-factor >0,30 del cuestionario definitivo											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
P1	,716										
P2	,808										
P3	,718										
P4	,676										
P5	,760										
P6							,515				
P7			,427								
P8								,832			
P9					,712						
P10					,689						
P11									,510		
P12				,708							
P13			,690								
P14				,759							
P15		,495									
P16			,683								
P17					,432						
P18			,613								
P19			,708								
P20				,639							
P21				,527							
P22										,679	
P23				,467							
P24							,774				
P25					,539						
P26						,785					
P27						,853					
P28			,459								
P29						,354					
P30								,508			
P31		,535									
P32									,726		
P33					,474						
P34		,886									
P35		,796									
% Varianza explicada	24,646	10,55	7,43	5	4,89	4,78	4,26	4	3,62	3,20	Total= 72,362

A los TMFyC se les envió un cuestionario que recogía:

1º Las variables que hacen una descripción de los TMFyC y que pudieran relacionarse con la actitud docente (Anexo 9)

2º Satisfacción laboral (Anexo 10)

3º El cuestionario final (Anexo 11) validado, que cubre los aspectos de la actitud docente del tutor.

Se envió a 83 TMFyC que en el año 2004 tenían residentes de tercer año. Se recibieron 59 cuestionarios (71%) que contestaron todos los ítems del cuestionario validado.

Se muestra en la Tabla 4.8.2, un resumen de los tres cuestionarios que se han ido elaborando hasta el cuestionario definitivo.

Tabla 4.8.2 Resumen de los cuestionarios					
Cuestionario	Finalidad	Nº de preguntas			Rango de puntos
		Cerradas	Likert	Total	
Pre-test	-Valorar la comprensión de los ítems y sugerencias	11 (53 ítems)	32	43	
Test-retest	- Para la validación	11 (49 ítems)	32	43	
Definitivo	- Medir actitudes	8 (35 ítems)	27	35	34,4 a 175

4.8.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

4.8.1.1 LA DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Las características de la población tanto total, como los que contestaron el cuestionario figuran en la tabla 4.8.1.1

La distribución por sexos en la población que responde el cuestionario es: 34 son varones (0,57) y 25 mujeres (0,42).

La media de edad fue de 44,1 años y la desviación estándar de 4,09.

Tienen la especialidad de medicina de familia 57, 1 contesta otras y 1 no responde.

La obtención de la especialidad por la vía MIR la tenían 49 (0,84), vía no MIR 9 (0,15) y 1 no contesta.

Pertencen a 24 centros de salud docentes de la provincia de Valencia

Situación laboral: 39 fijos (0,672) y 29 interinos (0,328), 1 no responde.

Experiencia laboral entre 1 año a 29 años, la media es de 15,62 años y la desviación estándar 6,66.

Tabla 4.8.1.1 Características de la población		
	Población Total(n=83)	Contestaciones recibidas(n=59)
Edad media (DE)	44,92((4,82)	44,1(4,09)
sexo		
Varones	48 (0,578)	34 (0,576)
Mujeres	45 (0,422)	25 (0,425)
MFC		
MIR	61(0,744)	49(0,845)
No MIR	21(0,256)	9 (0,155)
Situación Laboral		
Fijo	61(0,744)	39 (0,672)
Interino	21(0,256)	19 (0,328)
Media de años de tutor	6,28(3,89)	6,5(3,91)
Media de años con residente	5,21(3,62)	5,3(3,62)

En la formación postgrado el nº de cursos de más de 100 horas en los últimos 3 años fue: 20 (0,35) tutores no han realizado ninguno, 17 (0,298), un curso, 15 (0,263) dos cursos, 4(0,07) tres cursos y 1 (0,01) cuatro cursos.

Cursos de mas de 39 horas (no incluían los de más de 100 horas) en los últimos 3 años, 2 tutores (0,036) no realizaron cursos, 3 tutores (0,054) 1 curso, 13 tutores 2 (0,23), 8 tutores 3 (0,14), 10 tutores 4 (0,179), 5 tutores 5 (0,089), 8 tutores 6 (0,14), 1 tutor 7 (0,018), 2 tutores 8 (0,036), 3 tutores 10 (0,054), 1 tutor 15 (0,018) y 3 tutores no contestaron.

La media de años de ser tutor es de 6,5 años (mínimo 0 años, máximo 17, media 6,5 años y moda 5 años.

Nº de años con residente: la media, la moda y la mediana 4 años, el mínimo 0 años y el máximo 14.

Nº de años como responsable docente: 20 (.407) tutores que no han sido responsables docentes, 9 (.153) tutores 1 año, 3(.051) tutores 2 años, 5(.085) tutores 3 años, 3(.051) tutores 4 años, 1(.017) tutor 5 años, 1(.017) tutor 6 años, 3(.051) tutores 7 años, 2 (.034) tutores 8 años y 8(.136) tutores no contestan.

Experiencia en docencia teórica: 14 (0.237) tutores que no han impartido docencia en los últimos tres años, el resto la media de horas que han impartido es de 40,38 horas, la media y la mediana respectiva mente 40, 38 horas y 19 horas.

Investigación en Atención Primaria (en los últimos 3 años): publicaciones científicas, la media 0,57 publicaciones, mínimo 0 a 4 máximo.

Becas de investigación: 31(0.525) tutor 0 becas, 7(0,11) tutores 1 beca, 8 (0,136) 2 becas, 1 (0,017) tutor 4 becas.

Satisfacción laboral: (medida mediante encuesta de calidad de vida profesional²⁹). La media es de 43,69, desviación estándar 6,28, mínimo 27, máximo 56.

Núcleo familiar: relación familiar de primer grado 47(0,79), sin núcleo 1(0,017), y 11(0,18) no contestan.

Núcleo familiar formado por: pareja sin hijos 1 (0,017) pareja con hijos 49(0,83), monoparental con hijos 1, no contestan 3 (0,051)

Distancia del lugar de trabajo: la media es de 15,67 kilómetros, desviación estandar= 22,29 mínimo 0 y máximo 100

4.8.1.2. ACTITUD DOCENTE DEL TUTOR

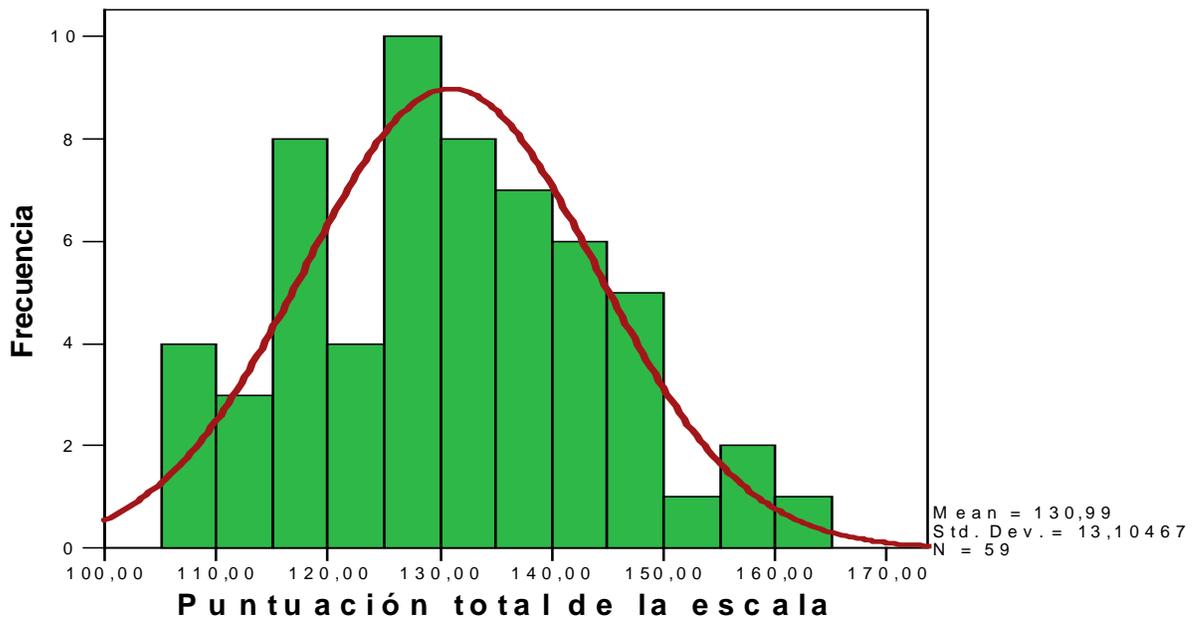
Una vez terminado el cuestionario final lo tomamos como instrumento de medida para medir las actitudes del tutor. La puntuación de dicho cuestionario oscila entre 34,4 y 175, siendo la media de puntuaciones de nuestra muestra de 130,99, el intervalo de confianza (127,57 a 134,4), la mediana 130,96 y la moda de 136,30. El que menos puntos tiene es 108,6 y el que más 163,4 (tabla 4.8.2).

Tabla 4.8.2 Descriptivo de la actitud docente del tutor			
		Estadístico	Error típ.
Media		130,9900	1,70608
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	127,5749	
	Límite superior	134,4051	
Moda		136,30	
Mediana		130,9600	
Varianza		171,732	
Desv. típ.		13,10467	
Mínimo		108,60	
Máximo		163,40	
Rango		54,80	
Amplitud intercuartil		20,40	
Asimetría		,174	,311
Curtosis		-,453	,613

Las pruebas de normalidad: K-S= 0,47 y p=0,97 (Tabla 4.8.3) y su representación grafica (Figura 4.8.1)

Tabla 4.8.3 Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	
Z de Kolmogorov-Smirnov	,475
Sig. asintót. (bilateral)	,978

Figura 4.8.1 Distribución de las puntuaciones del cuestionario. Actitudes docentes



4.8.2 ANÁLISIS BIVARIADO

a) Prueba T-Student

1. La media de puntuaciones del cuestionario en varones es 133,66 y en mujeres 127,35 ($p= 0,067$) (Tabla 4.8.4) para un poder estadístico calculado del 80%

Tabla 4.8.4 Diferencia de puntos en la escala por sexos					
	sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total de puntos	hombre	34	133,6635	12,10109	2,07532
	mujer	25	127,3540	13,77580	2,75516

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
		F	Sig.					
Total de puntos	Se han asumido varianzas iguales	,243	,624	1,866	57	,067	6,30953	3,38097

2. La media de puntuaciones del cuestionario con la situación laboral: fijo 132,14 e interino 128,13 y la $p= 0,28$ (tabla 4.8.5) para un poder estadístico de 60%

Tabla 4.8.5 Diferencia de puntos en la escala por situación laboral					
	SiT. Laboral	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total de puntos	Fijo	39	132,1451	14,16393	2,26804
	Interino	19	128,1342	10,65943	2,44544

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
		F	Sig.					
Total de puntos	Se han asumido varianzas iguales	2,923	,093	1,091	56	,280	4,01092	3,67616

b) CORRELACION

La actitud docente solo se correlaciona (Tabla 4.8.6) con las variables publicaciones y satisfacción laboral. El coeficiente de Spearman y su significación estadística son:

Publicaciones: $r = 0,339$, $p = 0,014$.

Satisfacción laboral: $r = 0,52$, $p = 0,000$.

Con el resto de variables no se correlaciona de forma significativa.

	edad	años	Cursos>100H	Cursos>39H	años de tutor	años residente	años responsable docente	nº de horas que ha impartido	Publicaciones	becas	Km.	Satisfacción laboral
R	,164	,079	-,031	,255	-,046	,092	,217	,215	,339(*)	,068	,116	0,520
Sig	,218	,563	,817	,058	,733	,504	,126	,142	,014	,652	,400	0,000
n	58	56	57	56	57	55	51	48	52	47	55	56

C) REGRESIÓN LINEAL

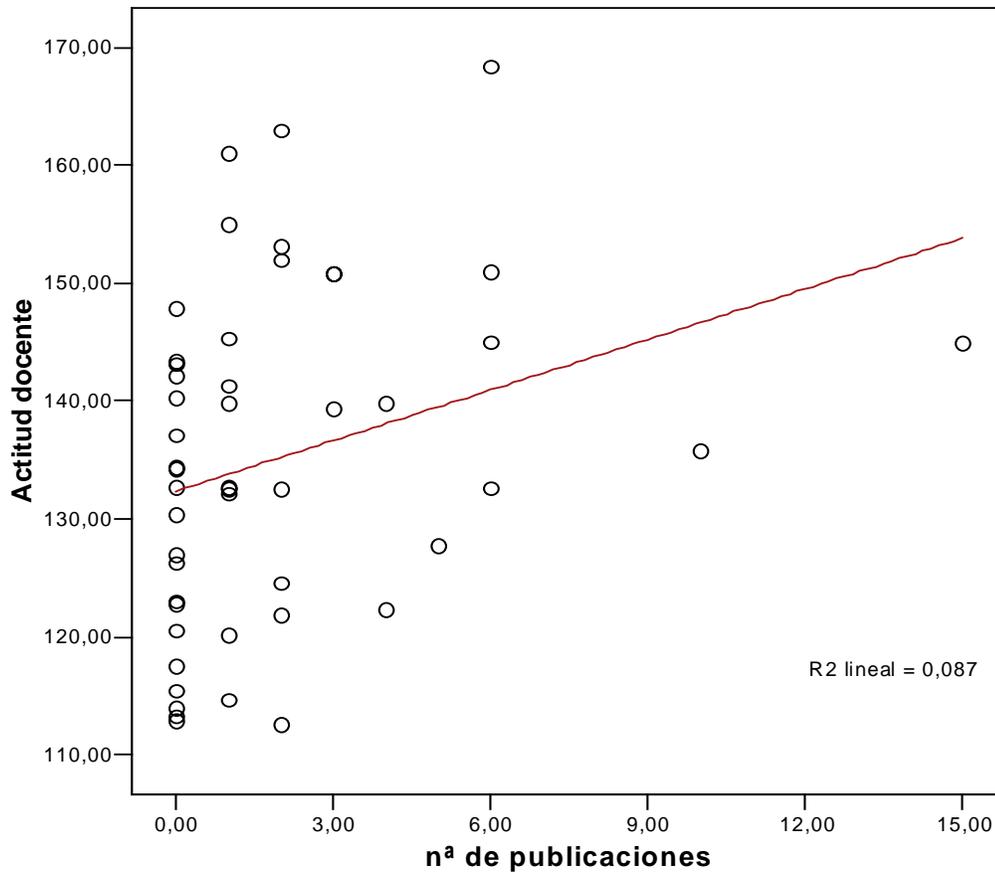
- 1) Tomando como variable dependiente la actitud docente y como variable independiente publicaciones, el coeficiente $B = 1,21$, la significación estadística $p = 0,049$ y el Intervalo de confianza al 95% (0,007 a 2,417), (Tabla 4.8.7). Vemos el gráfico de dispersión en la (figura 4.8.2)

Tabla 4.8.7 Regresión lineal actitud docente con publicaciones							
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	127,536	2,178		58,569	,000	123,163	131,910
publicaciones	1,212	,600	,275	2,020	,049	,007	2,417

Variable dependiente: actitudes

Variable independiente: publicaciones

Figura 4.8.2 Diagrama de dispersión de la actitud docente con publicaciones



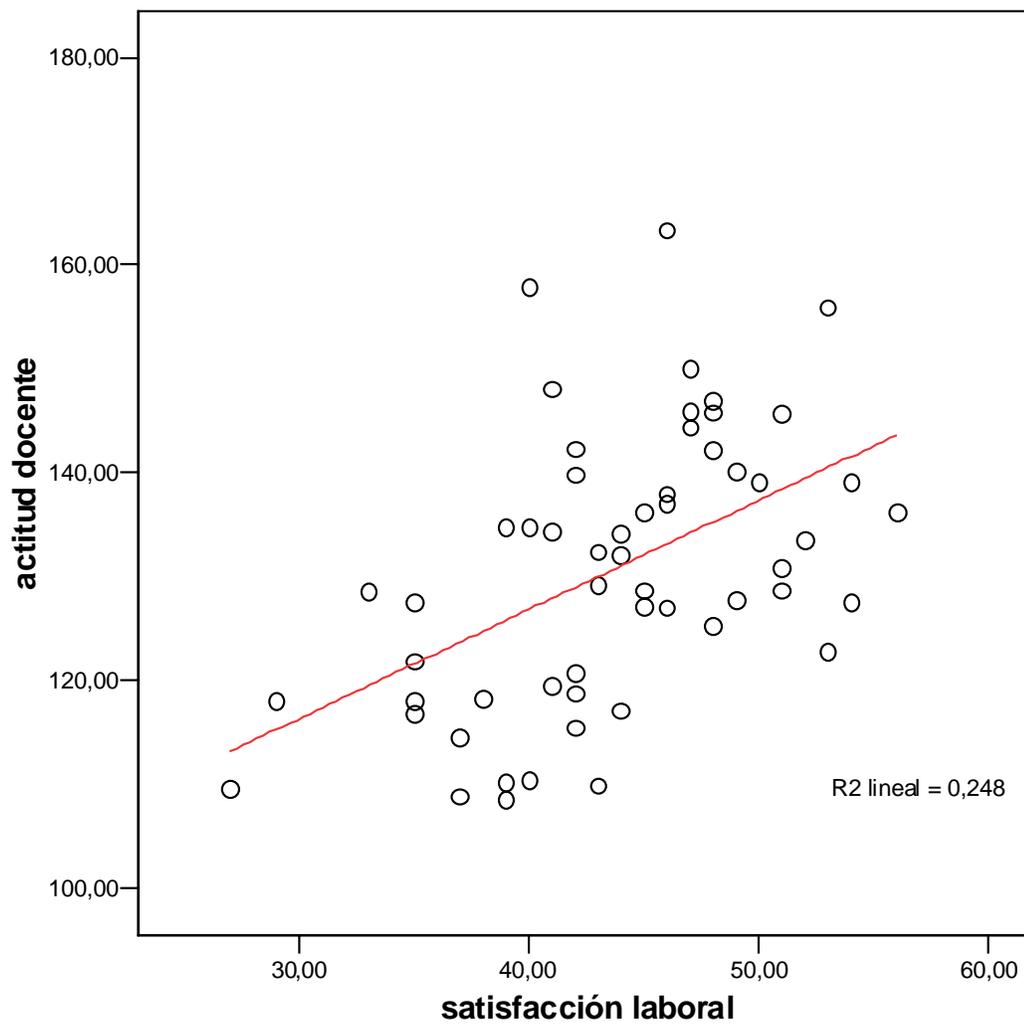
2) Tomando como variable dependiente la actitud docente y como variable independiente satisfacción laboral, el coeficiente $B= 1,050$, la significación estadística $p= 0,000$ y el Intervalo de confianza al 95% (0,55 a 1,55) (Tabla 4.8.8). El gráfico de dispersión se muestra en la figura (4.8.3)

Tabla 4.8.8 Regresión lineal actitud docente con satisfacción laboral							
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	84,838	11,001		7,712	,000	62,783	106,893
satisfacción laboral	1,050	,249	,498	4,215	,000	,551	1,550

Variable dependiente: : actitudes

Variable independiente: Satisfacción laboral

Figura 4.8.3 Diagrama de dispersión de la actitud docente con satisfacción laboral



5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

5.1 INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Los métodos de investigación cualitativa estudian, como las personas ven, entienden, construyen su mundo, y se enfocan a investigar el mundo subjetivo del individuo²⁵.

En el estudio se han usado técnicas cualitativas para comprender los fenómenos en su ambiente natural que nos permite un conocimiento más profundo de la realidad que se investiga, y técnicas cuantitativas para completar el estudio.

El estudio cualitativo nos permitió determinar las actitudes del tutor por medio del grupo de discusión, formado por los residentes de tercer año de MFyC, los cuales tenían buena actitud hacia la especialidad de MFyC, y eran participativos. Este estudio no enumera ni cuantifica sino nos enseña la comprensión de una investigación cualitativa.

Una de las ventajas es la gran cantidad de información que se recogió, las opiniones, percepciones y valoraciones expresadas por el grupo de discusión. El grupo fue tolerante, no hubo ningún inconveniente por su parte de ser grabados, la cinta fue transcrita (Anexo 3) respetando la literalidad de la sesión y el orden de los turnos de palabra entre el monitor y el grupo.

La transcripción es la forma que adquiere el lenguaje verbal al constituirse en expresión escrita. El texto fue utilizado por los cuatro técnicos de la UD para describir, descomponer, resumir y relacionarlo con el contexto donde se produce,

dados sus conocimientos y experiencia; después de la lectura atenta de la transcripción de los técnicos de la UD por separado, se reunieron para elaborar el análisis del discurso, descomponiéndolo en 17 partes en las que se definieron 4 dimensiones con relación a la actitud docente del tutor, tratando de interpretar lo que el grupo de discusión dice, expresa, siente y comunica sobre la actitud docente del tutor. Dichas dimensiones son: A) Supervisión, B) Implicación, C) Accesibilidad, D) Relaciones.

Se elaboraron cinco borradores hasta concluir con el cuestionario que se utilizó para el pretest. El cuestionario tenía 43 preguntas de las cuales las 11 primeras eran preguntas cerradas con gradación en las alternativas respuestas y 32 preguntas medidas en escala Likert, los tutores que participaron en el pretest sugirieron tres preguntas, con lo que quedó establecido el cuestionario para su validación.

5.1.1 SESGOS EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Los posibles sesgos que creemos que puede haber en la investigación cualitativa de este estudio son:

a) La sesión de grupo: Solo se hizo una sesión con un grupo de discusión de 10 residentes de tercer año que procedían de distintos centros de salud. Podría ser una muestra no representativa por haber utilizado solo una sesión, pero este grupo de residentes pertenecían a distintos centros de salud y eran buenos conocedores de la propuesta que se lanzó a discutir. Solo en dos ocasiones

durante una hora, tuvo el monitor que intervenir con el guión consensuado con lo cual obtuvimos gran cantidad de información sobre el tema.

b) Elección de la muestra: Se eligieron a 10 residentes porque a partir de ese número las interacciones posibles serían excesivas y obligarían a algunos a callar²⁵, la muestra fue homogénea.

c) Participación del monitor: Para que el monitor no se transformara en participante perdiendo el rol se elaboro un guión entre los técnicos

d) Sesgos producidos por los participantes. Los participantes responden según lo socialmente valorado como bueno. Este es un problema frecuente en estos estudios. Este sesgo afecta a la validez y fiabilidad.

5.1.2 VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Para evaluar la investigación cualitativa se han utilizado los mismos criterios que en la investigación cuantitativa. Algunos autores²⁴ proponen redefinir estos conceptos y adaptarlos en credibilidad, aplicabilidad, consistencia, neutralidad.

Credibilidad: cuando se les pasó el pretest, a los 20 tutores, reconocieron como propio el trabajo.

Aplicabilidad: en la investigación cualitativa señala que no se puede generalizar dado que cada situación de investigación es única y determinada por los mismos investigadores, unos sujetos, y un contexto particular. Se podría generalizar en nuestro estudio dado que son situaciones similares, en poblaciones

homogéneas que tienen las mismas características y el mismo programa de la especialidad MFyC.

Consistencia. La interpretación la realizaron los cuatro técnicos primero por separado y luego lo pusieron en común, para que fuera lo más neutral posible obtuyéndose resultados muy similares

5.2 VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

Creímos conveniente para completar el estudio aplicar técnicas cuantitativas para el proceso de validación del cuestionario.

La fiabilidad del cuestionario en su conjunto es buena al presentar una consistencia interna bastante elevada siendo el valor alpha Cronbach de 0,965 frente a un cuestionario de 12 ítems de 0,89²⁴. Aunque no se puede comparar con el nuestro, podemos hacernos una idea ya que es lo mas parecido que hemos encontrado a nuestro objeto de estudio, presenta también buena estabilidad en el tiempo. La fiabilidad del cuestionario en su conjunto es buena.

En cuanto algunos ítems, se observó una baja concordancia entre el primer cuestionario y el segundo. Sin embargo, no deben rechazarse del todo los procedimientos que permiten medir tales características aunque sea con escasa fiabilidad.

Lo que procede es mejorar su grado de fiabilidad, y tener en cuenta el mismo a la hora de derivar juicios. La fiabilidad de un instrumento de evaluación

de la actitud docente mejorará al aumentar su especificidad, con el establecimiento de pocas categorías de evaluación ya que la escala likert tiene cinco categorías, con la descripción precisa de los estándares correspondientes a cada categoría. La fiabilidad de un procedimiento aumenta, además, cuando comporta mayor número de observaciones, cuando se observa una gama más amplia de comportamientos y cuando los diversos componentes (ítems) de la evaluación se centran en valores promedio. Es necesario, también, tener en cuenta las condiciones en que se aplica el procedimiento, y cabe realizar sesiones previas de entrenamiento. También influyen las características del sistema mediante el cual se obtienen las evaluaciones: el momento en que se realizan las mismas, cómo se solicitan, los incentivos que se proporcionan al evaluador o su carácter anónimo. Para evitar las respuestas sin sentido o incluso las posibles respuestas engañosas, es necesario que los tutores, sientan la evaluación como algo propio. También es importante que participen en la elaboración y el desarrollo del proceso de evaluación, así como en la evaluación del propio proceso como tal. Los tutores se sintieron agobiados con el número excesivo de evaluaciones ya que para este estudio algunos tuvieron que evaluar 4 cuestionarios (pretest, test, retest y estudio descriptivo). El cuestionario fue anónimo, lo que hizo que los tutores sean más sinceros ya que se han recibido encuesta con actitud negativa y positivas.

Se considera adecuada la validez de contenido, por formarse a partir de los resultados del grupo de discusión.

La correlación ítem-global eliminó 8 ítems quedando el cuestionario definitivo con 35 ítems, 8 ítems de respuestas múltiple y 27 escala Likert

La interpretación de los factores del análisis factorial, es bastante acorde con las dimensiones o constructos definidos previamente por el grupo de discusión. El factor que hemos denominado “Supervisión y seguimiento del programa” es el más importante de la escala, ya que explica un 24,646% de la varianza de los ítems, “Motivación” explica un 10,55%, “Conocimientos” explica un 7,43%, “Accesibilidad” explica un 5%, “Implicación” explica un 4,89%, “actividades no clínicas” explica un 4,78%, “Reconocimiento de deficiencias y capacidad de mejorarlas” explica un 4,26%, “Calidad” explica un 4%, “Satisfacción” explica un 3,62%, y “Relaciones interpersonales” explica un 3,20%, el total de los ítems explican el 72,362 de la varianza total

El cuestionario final enviado a 83 tutores, que tenían residente tuvo una tasa de respuesta de 0,71. Dichas tasas de respuestas son similares a otros estudios^{23, 24}. El cuestionario pretende medir la actitud docente de los TMFyC de la provincia de Valencia. El conocimiento de la actitud docente de los tutores puede contribuir a que el tutor del RMFyC establezca una relación formativa eficaz y a mejorar tanto el proceso de acreditación como el de reacreditación de los mismos, necesarios para una formación de calidad.

5.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS TUTORES

En cuanto a las características de los tutores que han contestado, según sexo, la tasa de respuesta es similar, casi el total de respuestas tenían la especialidad de MFyC. Teniendo más de la tercera parte la especialidad por la vía MIR, no hay diferencias en cuanto a las puntuaciones de la encuesta por vía de especialidad, se podría deber a que los tutores acreditados tienen que cumplir unos mínimos y la especialidad de MFyC por la vía MIR no es determinante para ser tutor, un poco mas de la mitad son fijos, mas de la mitad de tutores en los últimos tres años han recibido formación de mas de 100 horas. En cursos de mas de 39 horas (no se incluyen mas de 100 horas) la mayoría de los tutores han recibido formación. La formación del tutor es imprescindible para la acreditación de tutores, esta se adquiere en la misma UD o por otras vías (formación continua, continuada, EVES, que este certificado por organismos oficiales)

La experiencia en años de ser tutor, la media es de 6,5 años que es similar al estudio de Martinez JA²⁹ que es de 6,4 años y al estudio Del Rio JA³⁰ que es de 7 años. Como se acredita cada 3 años la mayoría de los tutores han tenido que pasar una acreditación y dos reacreditaciones. La media en años de tener residente es 4 años. No coincide con los años de ser tutor porque hay mas tutores que nº de residentes y en cada centro acreditado se suele quedar al menos un tutor libre por si hay alguna incidencia con algún tutor que tenga residente y este lo pueda asumir para interferir lo menos posible en la docencia del residente.

También observamos que un poco mas de la mitad han sido responsables docentes.

Más de la mitad han impartido clases teóricas y han publicado al menos una vez en los 3 años y la mitad han adquirido una beca de investigación. Estos profesionales están trabajando en centros docentes.

La puntuación en la escala de la satisfacción laboral, se encuentra su rango entre (7 a 70) y la media de la población está por encima de la media del rango de puntuación de la escala.

5.4 EL CUESTIONARIO

El cuestionario medirá la buena actitud docente del tutor contra más alta sea la puntuación del cuestionario. El rango se encuentra entre 108 desacuerdo a 163,4 muy de acuerdo, La media de las puntuaciones del cuestionario que mide las actitudes docentes del tutor es de 130,99, no lo podemos comparar con otro estudio²³ en el que su rango se encuentra entre 12 desacuerdo a 60 acuerdo siendo la media de 45

Es un instrumento poco costoso y eficiente para la evaluación de la actitud docente del TMFyC, determina un conjunto de ítems que no ha presentado graves problemas de comprensión y ha estado debidamente cumplimentado por los tutores que lo han cumplimentado

Se han relacionado las variables que definen las características del tutor con la actitud docente para poder intervenir sobre ellas y poder diseñar estrategias de mejora de esa actitud.

La diferencia de puntos en la escala por sexos no se ha encontrado diferencias significativas para un poder estadístico del 80%

La diferencia de puntos en la escala por situación laboral (fijo e interino) no se han encontrado diferencias significativas para un poder estadístico del 60%, el poder estadístico es bajo, tendríamos que aumentar la muestra para poder detectar las diferencias si las hubiera.

Las variables que hemos encontrado que se relaciona con la buena actitud docente son las publicaciones y la satisfacción laboral.

5.5 PROPUESTAS DE FUTURO

1. El grupo de discusión se podría ampliar a tutores para enriquecer el cuestionario.

2. Convendría validar el cuestionario en otras poblaciones más amplias, para valorar mejor su utilidad. También con tutores hospitalarios ya que son poblaciones diferentes y los RMFyC permanecen dos años con dichos tutores

3. Determinada metodología de la construcción del instrumento para medir actitudes docentes podría servir para construir instrumentos que mida actitudes tanto en tutores de diferentes especialidades médicas, como docentes en pregrado

4. Estudiar el comportamiento del cuestionario en una muestra más amplia de tutores para aumentar el poder estadístico en la relación con posibles factores asociados.

5. La utilización del cuestionario, y la investigación sobre factores que están relacionados, puede ayudar en la realización de actividades que permitan mejorar la actitud docente de los TMFyC.

6. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

1. Se ha elaborado y validado un instrumento de medida para la evaluación de la actitud docente del tutor de la especialidad de MFyC. El cuestionario inicial presentaba 43 ítems. Tras el pretest se cambió la redacción en 8 de ellos antes de pasar a la fase de validación. Tras la validación, se eliminaron 8 ítems, presentando el cuestionario definitivo elaborado con 35 ítems y una escala posible de 34,4 a 175 puntos.
2. Los resultados de la validación muestran una escala de Actitud Docente en TMFyC fiable y con evidencias en varias categorías de validez.
3. El cuestionario tiene una buena fiabilidad, al presentar una buena consistencia interna (>0.8), así como una buena estabilidad en el tiempo.
4. Se considera adecuada la validez de contenido, por haberse basado en un grupo de discusión de RMFyC a punto de finalizar la residencia, estar elaborado por profesionales con experiencia en docencia, y haber realizado un pretest, el cual modificó la redacción de 8 ítems. Las técnicas de análisis del discurso aportaron un procedimiento ordenado por el que se pudo estudiar e interpretar el discurso del grupo, creando un sistema de clasificación en diferentes categorías de la actitud docente del TMFyC de Valencia relacionados a resultados de entrevistas realizadas a un grupo de residentes
5. Los resultados del análisis factorial apoyan la validez de construcción de la escala. La interpretación de los factores es bastante acorde con las áreas o

constructos definidos previamente. El análisis factorial muestra 10 dimensiones o factores: Supervisión y seguimiento del programa, Motivación, Conocimientos, Accesibilidad, Implicación, Actividades no clínicas, Reconocimiento de deficiencias y capacidad de mejorarlas, Calidad, Satisfacción, Relaciones interpersonales, El porcentaje de varianza explicada por el modelo es 72,362.

6. El factor que se ha denominado “supervisión y seguimiento del programa” es el más importante de la escala, ya que explica un 24,646% de la variabilidad de los ítems, seguido de la “Motivación” que explica un 10,55% de la variabilidad.
7. La media de las puntuaciones de la actitud docente de los tutores de MFyC del estudio fue de 131 (DE 14,35), con un rango de 108 a 164.
8. La actitud docente se ha asociado al número de publicaciones y a la satisfacción laboral.
9. Es un instrumento de fácil comprensión, poco costoso y eficiente para la evaluación de la actitud docente del TMFyC.
10. La escala construida se debería validar en poblaciones más amplias, así como servir de ayuda en la construcción de escalas para medir la actitud docente en otro tipo de tutores.
11. El conocimiento de la actitud docente puede ayudar a comprender y desarrollar líneas de investigación con el objetivo de mejorar dicha actitud.

7. BIBLIOGRAFIA

7. BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud. Ginebra, 1978: 1-55.

2. Real Decreto 3303/78, de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE, 2 de febrero de 1979, nº 29:2735-6.

3. Programa Oficial de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid 1985.

4. Programa Oficial de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid 1990.

5. Programa Oficial de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid 1994.

6. Programa Oficial de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid 1997.

7. Programa Oficial de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación, Ciencia y Cultura. Madrid 2005.

8. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria: Organización y pautas de actuación en la consulta. 2ª edición. Barcelona: Doyma; 1989.

9. Directiva de Consejo de Comunidades Europeas 86/457/CEE, de 15 de septiembre de 1986, relativa a la Formación Específica en Medicina General. Diario Oficial de las Comunidades Europeas de 19 de septiembre de 1986.

10. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE del 29 abril de 1986.

11. Real Decreto 137/84 de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del Título de Médico Especialista. BOE del 31 de enero de 1984, nº 26:2524-28.

12. Real Decreto 904/2001 de 27 de julio, por el que se unifican las convocatorias para el acceso a la formación médica especializada. BOE del 28 de julio 1984, nº 180: 27748.

13. Orden Ministerial de 19 de diciembre de 1983 para “Regular el desarrollo de la Formación en Atención Primaria de Salud de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria”. BOE, 22 de diciembre de 1983.

14. Orden del 6 de octubre de 1989, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se regula la estructura y funcionamiento de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. DOGV del 23 de noviembre 1989, nº 1189: 8415.

15. Orden del 27 de septiembre de 2000, de la Conselleria de Sanidad Por la que se regula la estructura y funcionamiento de las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. DOGV del 9 de noviembre 2000, nº 3874.

16. Ruiz E, Florensa E, Cots JM, et all. Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia de Catalunya. Aten Primaria 2001; 28:105-109.

17. Forés García ¿Son válidos los criterios actuales de acreditación docente de los centros y tutores de la especialidad de medicina de familia y comunitaria? F.M.C.1997; 3: 61-68.

18. Padua J, Ahman I. Escalas para la medición de actitudes. En Padua J, ed. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. México: FCE-Mexico; 1979.

19. Garcia M, Alfonso M.T, Cancillo J, Castejón JV. Planificación Educativa en Ciencias de la Salud. Barcelona: Masson;1995.

20. Festinger L. Conflict, decision and dissonance. Stanfor: U. Press; 1964.

21. Severy LJ. Procedures and issues in the measurement, and evaluation, educational testing service. Princeton: National Institute of Education, US department of Health, Education and Welfare, 1974.

22. Albert X. Pelayo M. Construcción y validación de un cuestionario de actitud hacia la investigación. Aten Primaria 1998; 21: 389-394.

23. Gayoso PD, Viana CZ, García JG, Tojal FC. Los tutores de medicina de familia: Actitudes y actividades de tutorización. Aten Primaria 1995; 15: 481-486.

24. Fernandez de Sanmamed Santos M.J. Introducción a la investigación cualitativa. FMC 1995; 2: 23-42.

25. Buzzaqui Echevarrieta A. y Uris Selles J. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación. FMC 1997; 4: 421-433.

26. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. Aten Primaria 1999; 24: 295-300

27. García S, y Dolan, S La dirección por valores. Madrid: McGraw-hill; 1997.

28. Rodríguez González A. Interpretación de las actitudes, to Rodríguez A, Seone J. Creencias actitudes y valores. Madrid: Alambra; 1989.

29. Martínez JA. Aproximación al perfil del tutor de medicina familiar y comunitaria de Castilla La Mancha. Tribuna Docente 2004; 5:40-44.

30. Del Río JA. La opinión de los tutores debe contar. Tribuna Docente 2005; 3:23-27.

31. Gómez Gascón T. Antecedentes históricos y evolución de la Especialidad. En: Ayala S, Gómez T, Prados MA, Revilla de la L, Ichaso MS. Medicina de Familiar y Comunitaria y Medicina General. Madrid. OMC 1990: 3-10.

32. Henerson M E, Morris L L, Fitz-Giggon C T How to Measure Attitudes. London: Fourth Printing; 1990; 9-171

33. Real Decreto 137/84 de 11 de enero, sobre “Estructuras Básicas de Salud”. BOE, 1 de febrero de 1984, nº 27:2627-29

34. Streiner D L, Norman G R Health Measurement Scales, a practical guide to their development and use. Oxford: U. Press;1991: 1-160.

35. Krefting L. Rigor in qualitative research: the assessment of trustworthiness. Am J Occup ther 1991; 45: 214-221.

36. Gómez Gascón T. Acreditación y reacreditación de tutores de MFyC en España. Aten Primaria 2002; 29: 164 – 166.

37. Evaluación externa de la formación de médicos residentes: El arte de mejorar a través del conocimiento. Grupo de trabajo semFYC Barcelona 1996.

38. Iñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: Bases teóricas y conceptuales. Aten Primaria 1999; 23: 496-502.

39. Lewis BS, Edd MS, Wilson DP. Qualitative and cuantitative methods for the assessment of clinical preceptors. *Fam Med* 1990; 22: 356- 360.

40. Dun G. Design and analysis of reliability studies. The statistical evaluation of measurement errors. Oxford University Press. New York; 1989.

41. Bain JE, Mackay NSD. Patients' Assessment of trainee general practitioners. *Medical Education* 1995; 29:91-96.

42. Gervas J. Ortún V. Caracterización del trabajo asistencias del médico general /de familia. *Aten Primaria* 1995; 16: 501-506.

43. Taylor C. A.; Dunn T. G. Thomas; Lipsky M. S. Extent to which guided-discovery teaching strategies were used by 20 preceptors in Family Medicine. *Acad Med* 1993; 68: 385-387.

44. Blay C. Evaluación de la competencia profesional: ¿ están cambiando los tiempos? *Aten Primaria* 1995; 16:3-4.

45. Stange KC, Stephen JZ. Integrating qualitative and quantitative research methods. *Fam Med* 1989; 21:448-51.

46. Saura J. El tutor de atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 11: 15-16.

47. Ende J, Pomerantz A, Erickson F. Preceptors strategies for correcting residents in an ambulatory care medicine setting: a qualitative analysis. *Acad Med* 1995; 70: 224-229.

48. Saura J. Quiros C. Molina F. Docencia postgrado: ¿Cómo llevar a cabo la tutorización de residentes en medicina familiar y comunitaria? Aten Primaria 1994; 13: 103-104.

49. Pelayo M. Gutiérrez L. Albert X. Influencia del perfil profesional de tutores de medicina familiar y comunitaria en la formación de residente. Aten Primaria 1998; 21: 145-154.

50. Saura J. Martínez I. Leal M. Sesma R. Bernal M. Cualidades más valoradas en un tutor por los residentes de una Unidad Docente de medicina Familiar y Comunitaria. MEDIFAM 1999; 9: 359-366.

51. Saura J. Sesmas R. Fernández J. Borchert C. Sáez A. Docencia postgrado en medicina de familia: ¿Qué sabemos de los residentes? Aten Primaria 2001; 28: 405-414.

52. Sánchez FJ. Molina F. Martínez MT. Sánchez F. Cifuentes MA. Martínez MA. Canovas JJ. Programa MIR de medicina familiar: una interacción transprofesional en una realidad compleja. Aten Primaria 2004; 33: 312-319.

53. Albert i Ros X. Gil Latorre F. Gosalbes Soler V. Gutiérrez Sigler D. CICAP Investigación Clínica en Atención Primaria. Madrid: Luzán; 2002

54. Loayssa J.R. Dilemas y alternativas en la evaluación de la formación del médico de familia. Aten Primaria 2003; 32: 376-381.

55. Escribá V, Más R, Cardenas M. Pérez S. Validación de la escala de estresores laborales en personal de enfermería: "The nursing stress scale"

Gac Sanit 1999;13:191-200.

56. Carreras Joseph. Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (II). Sistemas y procedimientos utilizados en las facultades de medicina. Educación médica 2001; 17: 169-186.

57. Freeth D, Fry H. Nursing students and tutors perceptions of learning and teaching in a clinical skills centre. Nurse Educ Today 2005; 4: 272-82.

8. ANEXOS

8. ANEXOS

ANEXO 1

LISTA DE PARTICIPANTES DEL GRUPO DE DISCUSIÓN Y CENTROS DE SALUD

Alicia García Testal (CS Puerto Sagunto)

Raquel Benavent Campos (CS Nazaret)

Cristina Vivas Maiques (CS Fuente S. Luis)

M^a Carmen Valdivieso Mañas (CS Salvador Pau)

M^a Del Henar Flors Sánchez (CS Liria)

Juan José García Clari (CS Tavernes)

Regina Sancho Garcera (CS Salvador Allende)

Jesús B. Martínez Raga (CS Paterna)

M^a Asunción Pérez Martines (CS Puerto Sagunto)

Ángel Llacer Furio (C.S Benifaio)

ANEXO 2

MODELO DE CARTA ENVIADA AL GRUPO DE DISCUSIÓN:

Estimad@:

Para poder mejorar vuestra formación docente los técnicos de la Unidad Docente, estamos realizando un trabajo sobre " Capacidad docente del tutor".

Has sido elegido para formar parte de un grupo de discusión que será dirigido por un experto en el tema, ajeno a nuestra unidad docente.

Será el lunes 22 de Marzo a las 13 horas.

En el Campus Universitario:

C// Avd Tarongers S.N.(frente Universidad Politécnica), En la Escuela de Relaciones Laborales: Edificio Occidental 1ª planta, Sala de reuniones 1.P11 (junto pasillo C) (Se adjunta plano)

Las líneas de autobuses que llegan son: 40,41,71,29,30y91 (se adjunta)

Tranvía a la Malvarrosa: Línea 4

Esperamos tu asistencia Atentamente

Francisca Gil

ANEXO 3

TRANSCRIPCIÓN ESCRITA, DE LA CARA A Y DE LA CARA B DE LA CINTA

M= Joaquín Uris Moderador
AG= Alicia García Testal (CS Puerto Sagunto)
RB= Raquel Benavent Campos (CS Nazaret)
CV= Cristina Vivas Maiques (CS Fuente S. Luis)
MCV= M^a Carmen Valdivieso Mañas (CS Salvador Pau)
MHF= M^a Del Henar Flors Sanchez (CS Llíria)
JJG= Juan José Garcia Clari (CS Tavernes)
RS= Regina Sancho Garcera (CS Salvador Allende)
JM= Jesús B. Martínez Raga (CS Paterna)
MAP= M^a Asumción Pérez Martínez (Puerto Sagunto)
ALL= Ángel Llacer Furió (C.S Benifaio)
PG= Francisca Gil Latorre (UD MFyC)

ACTITUD Y CAPACIDAD DOCENTE DEL TUTOR

M= Es importante y con esto termino mi intervención de que no solamente tu puedes empezar relajando tu experiencia de este año, lo que importa es lo que tu crees, lo que tu has sentido, que cada cual exprese de lo que parezca y lógicamente de la forma mas espontáneamente posible, totalmente anónimo, va a dar un resultado global. Intentamos es que esto sirva para poder valorar, poder conocer y comprender mejor lo que es la actitud docente y la capacidad docente de los tutores de cara a la formación de los médicos de familia que vayan... Cuando queráis

RB= Cuando nos llamasteis pensaba: Que puede ser mejor para nosotros no, desde luego, la presión asistencial, por lo menos en mi caso, esta claro que si tienes tanta consulta, poco rato tienes para realmente hablar y poder comentar un caso o comentar cualquier duda que has tenido, acabas y te haces un café, vamos y luego dices ya lo hablaremos se te van acumulando cosas ahí, te lo miras o lo hablas y luego ya no te acuerdas. A parte el espacio físico muchas veces no puedes pasar mini cupo, en mi caso no hay consultas es decir o se va el tutor hacer deberes o me voy yo pero no podemos estar los dos a la vez, también nos quita tiempo de consulta aparte, ¿no? solo por la tarde un día a la semana y poco mas entonces

ALL= Tenemos una hora diaria mas o menos en el tema burocrático, de hacer repetir una receta médica, lo que haces es labor administrativa, yo creo que seria importante pues la faceta esa, trasladarla al personal administrativo, que luego no

tenemos tiempo de dedicarlo pero veo que todos los días todos los días, que también se podría dedicar a una buena actividad asistencial y mejorar la actividad asistencial

AG= Yo de las cosas que habéis dicho los dos que me parece que esta muy bien como residentes no como MF, pero no es la realidad, cuando nosotros terminemos nos encontraremos con lo asistencial y con burocracia

RB= No me parece mal, ¡ah! Si se supone que el tutor tiene durante la consulta a lo largo de su horario, se supone que hay un rato que puede estar contigo, comentar casos, se supone en teoría, claro, lo que pasa es, luego cuando no tienes un montón de avisos, cuando no tal, se supone que de lo que hay programado y lo que hay con objetivos, pues bueno, pues dices bueno, salvas la consulta y arreas de lo que hay que hacer diariamente y luego de lo que puedas pues ya se solucionara ¿no?

ALL= Yo es que, es una cosa que no, no sé porque, no sé si a los tutores se les dice, de que forma tienen que funcionar pero esa persona que estas tu comentando evidentemente si el 2º mes por darte un poquito de cancha es de minicupo yo he tenido todos los días tiempo para poder comentar con mi tutor, porque evidentemente le quito 1/3 de lo que es su pesada asistencia

CV= Es que sabes lo que pasa, que yo pienso que depende (ALL= hombre claro por supuesto) de si tu tienes, como en Castellar todos los días un mini cupo, yo por ejemplo tengo 2 días a la semana que yo paso sola, 3 días él (Tutor) con lo cual yo los otros tres días no se que ha pasado con mis pacientes si han vuelto, no han vuelto, es el problema que yo para mi que las consultas que son salteadas no hay continuidad yo preferiría como vosotros tener un mini cupo 15, 20 los que sean pero yo que todos los días voy a seguirlos ¿no? Que de repente un día me mandéis una neumonía y luego vuelve con una placa de tórax y por lo que sea a otro, (AG= Los pacientes te lo dicen) pero hay otros pacientes que vienen y no te dicen nada, salvo si hay alguna cosa interesante o lo que sea, tú si quieres lo separas, lo comentas, pero muchos pacientes ¿no?, Y siguen volviendo ¿no? Porque tienes dos días solo

RS= Pierdes un poco la continuidad pero yo creo que es positivo dividirse la consulta porque así tienes 1 hora, 2 horas para estudiar o para prepararte algún caso que tienes pendiente o no sé, yo creo que si que es bueno partirse la consulta aunque muchas veces

CV= Pero yo no me parto la consulta me parto los días, yo paso martes y viernes

RS= Nosotros nos alternamos

CV= Y el lunes, miércoles y jueves

RV= Se necesita espacio físico para hacer eso, entonces o haces así o lo haces así o no hay espacio físico, entonces claro si se pudiera hacer minicupo pues oye estupendo, porque acabas antes, puedes comentar las cosas pero si no hay espacio físico no hay espacio físico

CV= Pues yo para mí el MEF ha sido maravilloso, porque la consulta la he pasado todos los días y yo me he controlado a los pacientes hacia una cosa o hacia otra ¿entonces? a mí la idea esa (MEF) me parece muy buena

ALL= Yo me he hecho la pregunta, de que yo no sé hasta que punto, quiero decir, los tutores tienen la obligación de pasar o no a mini cupo dependiendo del espacio físico o no si a cada tutor les dejan pasar de una forma diferente la cuestión

CV = Yo me imagino que es función del espacio

ALL= Porque claro eso, eso es muy importante no solamente es que uno se responsabilice de tener una persona a su cargo, sino de que forma va a tener esa persona a su cargo, porque lo que está claro es que todos conocemos casos del tutor es evidentemente con toda la buena voluntad del mundo, hay tutores en las que o tutores y gente que ha sido tutorizada en la que hay interacción al 50%, ¿no? pero hay unos que hay un 70% o un 30% y al revés, quiero decir, hay el tutor que aprovecha al tutorizado, está el tutorizado que se aprovecha del tutor, es decir son situaciones muy concretas, pero a lo mejor, poniendo un modelo digamos o buscando un modelo en el cual esa interacción fuera más positiva, quiero decir no dejar tanta libertad (a lo mejor en un momento determinado) al tutor para lo que haga de su capa un sayo

CV= Ya no. Lo que pasa es que a veces esas cosas no las entiendes

MHF= ¿Pero esto del mini cupo en que consiste? qué tú tienes tus pacientes, los llevas tú

ALL= Tengo mis pacientes

MHF= Ahí se pierde la capacidad docente porque el tutor no conoce a sus pacientes

ALL= Desde el primer mes que entre, si tenemos 150 vamos a ver si tenemos 150 por ejemplo en tu cupo yo 50 y ella tiene 100

CV= ¿En función de que?

AG=¿ Pero ella los conoce?

ALL= No, no, no, aleatoriamente por nº de historia, termina en 3, el 0,1,2 por Ejemplo son míos y el resto son suyos, evidentemente casos interesantes que puedan surgir los conozco yo y los conoce ella, Porque? Porque en un momento

determinado si hay que ir hacer incluso un aviso o hacer un seguimiento de ese paciente, puedo ir yo o puede ir ella. Vamos yo hablando con otros compañeros míos no funcionaban así, y yo de verdad creo que es una experiencia superpositiva, porque desde el primer día el paciente es tuyo entre comillas ¿no? quiero decir el paciente es suyo.

CV= También el paciente te tiene de referencia

ALL= Sí, sí

AG= Si eso es muy bueno, pero ¿ella conoce a tus pacientes o no los conoce?

ALL= hombre son suyos

AG= Hombre no lo sé, porque si tu se los pasas al siguiente residente, ella ya no los conoce

ALL= No, no, son suyos los pacientes son suyos y partimos de esa base, entre otras cosas, ella se encarga de tutorizarme, es decir y de saber lo que yo hago con sus pacientes, no me deja a la buena de Dios, pidiendo a lo mejor cosas, poniendo tratamientos, que no son los que tocan en un momento determinado, ella se preocupa de cada paciente suyo por mucho que lo tenga yo, pero el partir de esa forma de consulta evidentemente la presión asistencial ya no es toda para ti o toda para el tutor, quiero decir, ¿me estas comprendiendo? todos los días y te deja tiempo antes, después, mientras, es decir, porque tienes muchísimo mas tiempo, para ver el mismo nº de pacientes porque a ella no le han aumentado el nº de pacientes que tiene que ver, quiero decir, entre los dos vemos un nº de pacientes determinado

MCV= Entonces una pregunta ¿Cómo te los van citando? Porque si tu tienes determinadas personas que son tuyas solamente

ALL= Eso ya es una cuestión de que el mostrador sea consciente de que todos los que pidan cita para la doctora tal pero su nº de historia termine en tales nº no los va a ver la doctora tal los va a ver el doctor cual, en este caso el residente

CV= Y de que forma ella supervisa o tutoriza?

ALL= Pues yo termino por ejemplo la consulta a las 12,30 y ella termina a las 12.15 porque le ha dado tiempo a terminar a las 12,15 yo cojo mi montón de historias nos ponemos ahí y vamos pasando uno a uno, habrá cosas que ya no tengan ningún sentido ver es decir 23 gripes, me da lo mismo pero ver evidentemente en un momento determinado un nódulo pulmonar pues lo has visto tu, lo has visto tu y has dicho esto es lo que hay que hacer y a lo mejor ni siquiera has consultado con ella en ese momento pero luego si se lo he hecho saber, ella en todo momento sabe de mis pacientes todo lo que hay o deja de haber, yo la verdad es que como experiencia lo he visto superpositivo y estoy contentísimo a

pesar de que la he tenido de baja muchos meses y he ido un poco a salto de mata con los demás tutores del centro, pero la sistemática ha seguido siendo la misma el paciente ya no pregunta por D^a Carmen sino por D^o Angel tal a la hora de pedir cita, cuando llevan 3 o 4 meses la gente, también depende de centros supongo y de sitios y de muchas circunstancias pero la verdad es que te aceptan muy bien

CV= Mucho mejor que si la consulta es salteada

ALL= Si vamos, yo lo veo así

CV= Porque te tienen ahí y estarían contentísimos

MAP= Cada vez que salías de guardia directamente con ello ¿no?

ALL= Los días que salía de guardia, el día que yo, de todas las maneras, yo los días que yo tenía guardia en el CS yo no libro la guardia, yo estoy ahí y he pasado el minicupo exactamente igual, lo que pasa, que igual de pasarlo a mitad de mañana como lo tenía, lo he pasado a las 9 de la mañana con lo cual cuando lo terminaba me podía ir o no a casa

CV=Y ¿a qué ritmo trabajáis? duplicáis el trabajo o lo hacéis la mitad

ALL= No, no yo tengo el mismo, 3 pacientes por cuarto de hora aproximadamente

AG= Duplicáis el trabajo, si cada uno de los dos actúa como si no estuviera

ALL= No, porque el nº total de pacientes es el mismo, puede subir un poquito pero no mucho mas, si hay que ver 40 pacientes en una mañana, no son 20 cada uno (porque es un tercio del cupo) ella ve dos tercios y yo un tercio aproximadamente, habrán días que ella tenga un poco mas de sobrecarga, habrá días que lo tenga yo, porque coincide que ese día los nº míos, pues hay mas gente por lo que sea o tu te has citado a mas gente para hacer programada, todo eso te da tiempo para hacer todo este tipo de cosas

MCV= ¿Vosotros tenéis un máximo de 40 citas? ¿Y dais 40 citas para los dos?

ALL= Sí

RB= Por eso tendréis tiempo para ver cosas

AG= Y os sobra la mitad de la mañana en lugar de tener consulta. Yo trabajo la mitad de la mañana en consulta y la otra mitad en otra cosa. Vosotros trabajáis en la consulta al mismo tiempo

ALL= Aproximadamente al mismo tiempo

MCV= Eso está muy bien, hay centros, que eso no lo permite la capacidad del centro física

ALL= Hombre desde luego, yo tengo la suerte de tener una consulta que comparto con el otro residente entonces la mitad de la mañana pasa uno consulta y la otra mitad pasa el otro

CV= Claro, yo creo que es espacio sino para el tutor también le vendría bien

AG= De todas formas eso favorece la capacidad del tutor, pero eso no depende del tutor, no podemos evaluar al tutor en función de que halla una consulta para pasar

MH= Yo pienso que cuando me planteo la capacidad del tutor y esas cosas, aparte de lo que tu hablabas de la capacidad técnica o teórica del tutor, es muchísimo yo creo que el 60% es las ganas de ser tutor, su forma de trabajar es decir de relacionarse con los demás, si un tutor sabe mucho, pero tu, su impresión de lo que es docencia a lo mejor no lo es y entonces no te puede transmitir nada a lo mejor te enseña pero no te transmite, no hace un seguimiento, como ve, como actúan los problemas de la familia la voluntad o las ganas que un tutor tiene y que cosas hace para ser tutor como lo de la empatía, como llega a ti a los pacientes

M= Para centrar un poquito lo que estamos diciendo, según lo que estáis comentando, una idea como la que dice Ángel de responsabilidad y trasladar responsabilidad al residente como potenciador de la.. No iría un poco en contra de lo que acabas de decir tú la necesidad de estar juntos para.. lo de la empatía, de la relación con los pacientes, no sé que os parece

RB= Yo creo que no, la capacidad por ejemplo de un tutor que pone una barrera entre tu y él, y entre el y tus pacientes o sus pacientes pues dificulta mucho que cuando tu tengas un problema con un determinado paciente como se lo vas a plantear y como te va a responder, entonces yo pienso que no está reñido, el que tu tengas una responsabilidad en el trabajo diario en la clínica no está reñido, además que tu tutor conozca pues tus puntos débiles, debilidades y esas cosas es muy importante, porque son dentro de la formación, también pues, no todos cuando llegamos al 3º año tenemos las mismas inquietudes, hay gente pues que de trauma está ya hasta el gorro porque le dieron en el rotatorio una trauma estupenda y cuando llega al CS pues lo primero que ve es trauma, quiere aprender más de otras cosas, hay gente que pues ya lo hace, y eso que el tutor sea capaz de verlo ¿no? y orientarte justo en las cosas que tu más necesitas, es muy importante y si no hay una mala relación tutor....

MH= Es un año de residencia estás tiempo y estás muchas horas con esa persona, no sé, que además de la parte científica técnica, pues a nivel personal tu sabes sus virtudes y el también conoce las tuyas y es muy importante, como el te motiva para la consulta y para otras cosas extra laborales vamos

AG= Para evitar, la gente que no tiene ganas de ser tutor, los primeros que había que excluir, son los que tienen al residente para que les pase la consulta, que hay muchos, esos pierden la capacidad docente desde el primer día

ALL= Esos no, no la tienen

AG= Es que la pierden

ALL= Yo he sido muy fino antes a la hora de plantearlo, pero bueno, esta muy claro que hay tutores que lo que quieren es a un residente que les haga el trabajo

AG= Eso ya se sabe desde el centro

ALL= Eso es allí y eso en el hospital y eso en muchos sitios, eso es así y bueno

AG= Se sabe en el centro, pero no en la UD no se sabe eso, lo sabe el residente, lo saben los compañeros de el también, el responsable de docencia de tu centro sabe que ese lo que quiere es un esclavo

AG= La UD tiene unos tutores acreditados y el que lo sabe el residente que al principio dice: ¡oh! que bien, pero cuando lleva un mes que ve que el tutor no lo pasa por ningún sitio, y que aprovecha las mañanas que esta para irse por ahí, te toca las narices y dices valla lo que me espera y eso solo lo sabe la gente que trabaja en el centro, porque se da cuenta que hay residentes que el tutor esta pendiente de el y hay residentes que están mas tirados que tirados

CV= No es que vales mucho, es que vales mucho

MH= No es que, para evitar eso yo creo que la UD es quien debería además de los criterios de acreditación, pues, escuchar al resto de compañeros que ya están acreditados y que los residentes, pues ellos mismos, hemos comentado que si, que son válidos, además de que, pues, haya un conejillo de indias que le toque ser el primero que pase con esa persona

JJG= Si pero aún así la conoces a esa persona, en el centro la gente se conoce menos los que son nuevos

MH= eso, por eso

AG= Ahora la UD tiene que escuchar, lo que no puede hacer es acreditar mucha gente para que quepamos muchos residentes, eso va en contra del residente ya, cabra, pero no aprenderá

CV= De todas maneras a veces es difícil valorarlo antes de que se le haya dado la oportunidad eh!

AG= No, si los ves en el centro como trabajan, en mi centro, o sea son transparentes

CV= Pues yo no lo tendría claro de verdad

AG= Somos 16 médicos, pero nos conocemos todos

JM= En las guardias estamos con tutores no acreditados y sabes como trabajan y la manera de no preocuparse, lo conocen todos cuando llegas allí y cuando vas a hacer guardias ahí

CV= A lo mejor si tuvieran un residente propio a lo mejor cambian, ¿no sé? (se ríen todos del comentario)

RB= Los que podemos evaluar que somos nosotros, vamos que a la hora de evaluar, pues no quieres ser tan critico

AG= Pero tu que no te quieres mojar pues no te mojes, pero desde nuestro centro por ejemplo, se emiten opiniones, se emiten opiniones sinceras de la gente que solicita acreditaciones y esas opiniones no siempre se escuchan, no digo que se haya acreditado a nadie, pero que esta sucediendo que se esta acreditando a mucha gente porque hay una avalancha de residentes de MF y eso no nos lleva a ninguna parte, lleva a que acrediten a gente, a gente de mi centro por Ejemplo que no esta preparada para tener un residente porque no tiene nada que enseñar, solo quiere un esclavo para irse a tomar café

MAP= Y además los comentarios en nuestro centro (AG= Si ellos mismo lo dicen) por ejemplo que oímos: "yo quiero uno de esos" (se ríen todos) esa gente es evidente entonces es que

AG= Si y dicen es que sin residente no se puede pasar consulta

MAP= Esa gente es evidente

AG= Que no hay que acreditarla

RB= Y la gente de alrededor y los que trabajan con ellos no es que tengan una opinión diferente, hay pobrecitos mira lo que le hace al residente, ¿no? piensan, lo que tu dices, pues eso, menuda vida los residentes (yo lo he oído) fíjate, pues yo también que quiero prepararme la oposición

MH= Claro exacto, yo me acuerdo del comentario de una compañera es que fíjate mi tutora como se toman las cosas que contrataron a una sustituta en el mes de vacaciones y le dijo a la sustituta: tu no te preocupes que esta mi residente entonces, entonces claro eso

RB= Y a veces es lo que decía M^a Carmen, y a veces es todo falso, quiero decir, que tendemos a ser

CV= Al principio hay cosas muy buenas, quiero decirte, te vas un poquito por la tangente, tienes las cosas muy positivas

MAP= Intentas superarlas, pero hay gente que siempre esta superando cosas y te cuentan tus compañeros y dices ostras

AG= Por eso yo digo que la responsabilidad ahí esta, esta en los compañeros de esa persona, los otros tutores y la UD, no dejarse llevar por motivos de números y por criterios de peso

CV= Por la evaluación del residente

AG= La evaluación del residente también

RS= Yo lo que pensaba el otro día, quizá cuando pasan los primeros 3 meses, que alguno de la UD, el técnico de la UD, por ejemplo (que se pasa una semana por los centros) pues que se pasara un día y que hablara: ¿que os parece? ¿Hay cosas que solucionar? Y que en la reunión de la comisión docente pues se trataran estos temas, porque hay gente que no se atreve o que piensan esto cambiara y a lo mejor hablando las cosas y con experiencias de otros años, porque si nunca se comenta, hay gente que nunca lo dice, te lo cuenta a ti pero que no lo va a decir a nadie mas, entonces, si hubiera quizás una reunión o un contacto a mitad de año o primer trimestre ya te has dado cuenta como funcionan las cosas, quizás o cambiabas de tutor inmediatamente o se le daba un toque de atención y la gente mejoraba, porque hay gente que no lo hace por mal sino simplemente

(Lo dicen tres a la vez RS, CV, y MHF) porque hay tutores que desconocen, desconocen como residente

RS= Exacto

MHF= Entonces tampoco es eso, porque hay dos o tres tutores en un centro y están viendo a uno hacerlo bien y el otro lo esta haciendo mal, y no es que desconozcan, están viendo a la otra persona hacerlo bien de tutor, tampoco le cuesta tanto copiarse, lo que pasa es que es trabajar mas, copiarse del otro

RS= Pero a lo mejor sino te pegan un toque y te dicen oye que aquí deberías

SJG= Deberías preocuparte un poco

RS= Yo creo que aquí, aunque se manden los objetivos del residente y todas esas cosas, cada uno luego ahí lo hace por según cree que lo debe hacer entonces o como se lo han hecho a él, o como el piensa que es lo mejor, entonces, de cómo se supone que tenia que ser a como cada uno lo hace, porque

yo con mis compañeros/as de lo que estamos hablando, unos hacen mini cupo, otros compañeros pasan la mitad del día, se reparten aquellos, y nosotros pues si trabajas bien, dices bueno, lo haces todo junto, y oye dices, pues vale, pero que cada uno entre los diez que somos de Requena, yo creo que mas o menos, cada uno lleva una marcha distinta, no sé si por el centro o que cada tutor piensa que debe hacerse así, entonces, no digo que este mal, porque luego hay gente que dice: mira. Yo creo que no, pienses que porque no puedes pasar todos los días pues es mas negativo no? porque también esta mal tutorizado, no se que, y cada uno lo ve a toro pasado

ALL= Por eso planteaba yo antes lo de crear un tipo de directiva o directrices, como se debe de pasar evidentemente de que haya espacio físico o no a lo mejor es bueno o malo, con la libertad absoluta de que cada uno lo haga como quiera, al que le ha ido bien por supuesto que es maravilloso y estupendo al que le ha ido mal evidentemente pues no

RS= Yo es que tenia una duda, así como a nosotros a los residentes si que se nos van dando cursos de un montón de cosas, ¿a los tutores se les da algún tipo de formación como sobre ser tutor

PG= La oferta de se les hace también a los tutores lo que pasa que no, que se quieren formar

AG= Pero para nosotros ¿es obligatorio?

PG= Para vosotros si, porque es vuestra formación

RB= Igual que existe un manual del residente ¿Hay un manual del tutor?

PG= No

RB= Pero debería

M= Haberlo Hay

CV= Si hay un libro del tutor

M= Si

PG= Si el manual del tutor pero esta sin acabar, hay cuatro hojas

MCV= Yo es que igual que cursos por Ejemplo nosotros tenemos objetivos del residente al principio del curso, y que nosotros si que, pues nada, con la gente del centro los hemos ido revisando conforme hemos avanzado el curso, pero, ¿ellos tienen objetivos del tutor? porque no es lo mismo hacer de tutor sobre la marcha y uno pues vale con toda su buena voluntad, como pensar a principio de todo un año que es mucho tiempo, pues yo tengo que hacer que esta persona aprenda

sobre tal cosa, unas cosas pues muy claras, muy específicas y a la vez mas amplias para tampoco pues manejar demasiado al tutor, pero si que seria bueno el darse cuenta uno, que tiene que hacer todo este año, además de mini cupo o pasar consulta de tal forma o de tal otra

PG= Lo que pasa que, nosotros ofertamos los cursos de formador de formadores, que ahí es donde se enseña a enseñar ¿no? el año pasado solo lo hicieron 3 tutores y no les puedes obligar, y se mandaron cartas desde UD a todos los tutores para que lo hicieran

AG= ¿Y porque no es obligatorio?, tendría que ser obligatorio igual que para nosotros, todavía más importante en ellos

CV= Que la acreditación sea haber realizado

AG= Haber realizado el curso

PG= Nosotros mandamos carta a todos los tutores

AG= Si pero a todos nos cuesta sacar tiempo, para hacer un curso pero si es obligatorio al final lo sacas

M= Un inciso, hay como dos cosas distintas, que son los objetivos de formación por parte del tutor, que eso si que esta en el manual del tutor, las actividades las cosas que se llega a aprender a lo largo del R3 de MF y que el tutor debe trasladar al residente no?, pero el aspecto que estamos mirando ahora precisamente es el como se hace eso, lo de aspecto capacidad docente y como es capaz de transmitir, de hecho habéis apuntado algunas de las cosas, ya que son dos cosas distintas, alguien puede estar, unos objetivos perfectamente claros pero no ser capaz de transmitirlos, y lo que estamos intentando ver, es que cosas son las que hacen que esa capacidad docente exista o no exista, cual es la deseable y entonces por ejemplo, Ángel planteaba algunas de las formulas como seria: fase de responsabilidad, el mini cupo

ALL= Cual es el capitulo del tema, la palabra clave de todo es la motivación, quiero decir, puede haber un tío que sepa mucho, que no este motivado no sirve para nada, una persona que sea mas licita que tenga mucha motivación evidentemente va a ponerse al nivel, seguro de una u otra forma por lo que decías, que si el hecho de no compartir la consulta física puede crear... A mi, mi tutora me llama por teléfono a casa y me pregunta: cuando he terminado, por el paciente que sea, yo no tengo ningún problema en llamarle a ella ni tampoco ninguna pega. Cada curso que nos plantean y tal, vamos no vamos, quiero decir, la interrelación personal, ya te digo

AG= Es bidireccional, también depende mucho del residente, si el residente no se moja el tutor

ALL= Por supuesto que evidentemente, aquí también debemos de asumir nuestra parte de responsabilidad, pero que bueno que no tiene que ver que estés o no estés, para que si la persona tiene ganas de trabajar

CV= Si

ALL= Trabajara contigo, vamos seguro que si

CV= Si claro

RB= A nadie le obligan a ser tutor, no? quiero decir lo pide el si quiere

AG= Alguna presioncilla si que hay

CV= Tampoco te ponen una pistola en la, yo creo que hay gente que si, que realmente no debería, lo que comentábamos antes motivación

AG = Hay gente que no quiere, y venga va que nos falta uno, venga va y eso también. La motivación te lleva a sacar tiempo para comentar esos pacientes que hablamos seguro que lo sacas, a lo mejor tienes que irte media hora mas tarde, pero lo sacas, pero tienen que estar motivado los dos, claro, los dos se tienen que quedar hasta las 3.30 y sin quejarse, sino no sirve

MCV= Nosotros por ejemplo en nuestro centro de salud no tenemos mini cupo pues nada, por cuestiones de espacio simplemente, nuestra táctica es pasar media parte de consulta uno y media parte otra y al final de la consulta lo que hacemos es comentar absolutamente todas las historias, y entonces tu tutor o tutora te comentan las tuyas y tu las suyas y entonces así tu no tienes un cupo pero si que sabes todo lo le esta pasando a cada persona y luego lo que yo veo favorable en el mini cupo es lo que a todos nos pasa al final del año de la residencia y es que los pacientes ya te tratan como a su médico hasta entonces pues siempre, no esta la doctora tal no esta cual y entonces eso pues la verdad buenamente te duele

MAP= No se lo acaban de crear, es que un día uno otro día otro, por eso, cada año otro, que han aceptado a tu R mayor, luego llegas tu, entonces es la historia de siempre; el mini cupo pues si evita todas esas cosas, pero igualmente si el tutor esta motivado y tu también lo estas

MHF= Pero yo creo que mi tutor trabaja por lo menos por lo que yo he visto

ALL= Un tutor con mini cupo, mi tutora y luego otro que pasa tres días y trabajan, vamos a ver, los enfermos aquí hay mucha demanda en el cupo este, entonces hay demanda para llenar su cita y llenar no? toda mi cita pero una parte importante de mi cita, pero ella trabaja igual que si no tuviera residente, mas además todo lo que le supone las preguntas que le hago, pues hablar todos los días, hacer los avisos, lo que le retraso bien, y el otro tutor pues va tiene varios

días libres parece que va mucho mas relajado y en fin, es mas bueno y mas descansado no tener ningún tutor, con lo cual cuando una persona mas ha pedido docencia, ha pedido directamente que no quiere mini cupo y dirá lo que quiera pero

RB= Claro para el es mas cómodo

MHF= Tu lo ves esta una trabajando igual, mas además con un residente, aunque la gente pide igual si ve que en la cita hay huecos la van a llenar igual no va, porque yo vea el 40% del cupo, como son siempre los mismos, los míos vienen muchas veces y los de ella también van muchas veces, pero el cupo se llena, entonces supone mucho mas trabajo para el tutor pasar mini cupo

AG= Es que el tutor también yo creo que tiene que obtener un beneficio de tener residente, tiene que saber que va a trabajar mas, que tiene un beneficio, pues, que pueda entrar en investigación, en cursos, en cosas así, no en irse al bar claro y si no se les beneficia en nada eso también acaba, (Interrumpen "Claro") acaban con la motivación de las personas si te supone doble trabajo y no obtienes ningún beneficio, de que te esta sirviendo lo que estas haciendo, yo no me haría tutora desde luego

MHF= Ningún beneficio, lo único que no hay demora, porque como hay 2 personas, cuando yo no estoy lo que ella nota es que hay demora, sigue la cita llena y tiene demora 3 o lo que sea, (murmullo) pero yo pienso que si tuviera menos demanda o menor nº de enfermos para ella pues se podría hacer mejor porque si es un cupo grande va ha haber de sobra para dos y para tres, pero si es un cupo pequeño, porque hay residentes pues se tendría que hacer un poquito mejor

M= Habéis comentado el tema de delegar la responsabilidad, como una de las cosas importantes para poder aprender no? el tutor tenga confianza que sea capaz de delegar su responsabilidad por y como decía Ángel los pacientes son del tutor, evidentemente el responsable último de ellos, pero habéis dicho algún problema de la comunicación la importancia de que exista una relación totalmente, o sea lo que no se puede delegar sin comunicación y ¿Qué cosas pensáis además que pueden hacer que ese tutor, pueda delegar con la suficiente tranquilidad como para enseñar? Que creéis vosotros a parte de que os dejen los pacientes, tutor motivado pero que significa eso, tutor motivado en que sentido, con vuestra relación,

RB= Yo pienso que te motive en la parte asistencial esta bien pero también, en el aspecto en mi caso, investigador también esta bien que te motive para prepararte trabajos que igual te lo publican o no pero ya es una motivación también, que te arrastre un poquito, que tire de ti si ve que tu le sigues el tirara mas y eso es positivo para los dos, entonces el aspecto fundamental de la investigación también es otra motivación para el y para ti, si hay jornadas de residentes pues mira vamos a preparar tal cosas

JM= O si tienes un caso que sea en concreto que sea bonito, pues te puede orientar, para publicarlo en alguna revista nacional o bien para la presentación de un congreso, que este siempre encima de ti, mira esto

AG= Conoce los recursos de que disponemos que en la mayoría de las ocasiones son desconocidos y uno se pone a investigar y te faltan cosas, ¿a donde se puede recurrir? A ¿Qué teléfono se puede llamar? O ¿Qué libro te tienes que leer? Pero eso lo tienen que saber, sino luego pasa lo que pasa, que en primaria no se investiga o se investiga muy mal, un desastre, no hay mas que leerse las revistas

ALL= Fundamentalmente porque al final los que hacen ese tipo de trabajo también son cuatro, en relación de todos los tutores de todos los residentes al final son cuatro, cuatro centros es decir nos ponen en función de que halla mucha gente y de que halla posibilidad también de poder compartir o repartir ese tipo de trabajo, en centros pequeños es mas complicado y mas difícil

AG= Se podrá investigar otras cosas

ALL= Si, no, no, no, esta claro, esta claro es lo de siempre es la manzana podrida que pudre al resto del cesto, es mas fácil que uno llegue a un centro y con toda la buena fe del mundo y vea que los demás pasan y no hacen nada, y vean que los demás, tu eres el único que se preocupa de preparar casos clínicos para la mañana y los demás no, y solamente van a mirar y cuando les llega su turno, hay es que hoy no he podido y al final ese es el que deja de hacerlo no al revés

MHF= Pero quizá uno de los criterios de acreditación para un tutor ¿no? Seria pues saber cuantos artículos ha publicado

ALL= Si pero estamos en el tema de la oferta y la demanda que es lo que ya se ha apuntado ya varias veces por aquí es decir que a veces se ha generado tanta necesidad de un tutor, que digamos que hemos hecho la manga ancha

MHF= Ya

ALL= Eso es así ¿o? evidentemente dejamos la pelota en el altillo que toca, que es lo que corresponde

AG= Eso la UD, lo dice claramente

MCV= De todas maneras lo que os van a decir que no? yo no busque nada en el centro, pues hay un ordenador y claro también lo usa la administrativa, de todas maneras, puede pasar algo o fuera de tu horario laboral, con lo cual si el tutor tenia la mas mínima idea de poder ya ayudarte evidentemente es pasajera, pues claro tiene que sacar un tiempo extra porque claro, para el ordenador, con lo cual te va a decir que ya ha publicado mucha gente o yo ya mande mis casos ¿no? ¿Entonces?

M= De todas formas lo de utilizar el criterio para acreditar o no a un tutor respecto a la investigación realizada y artículos publicados eso es tangible y fácil de medir, precisamente difícil de valorar es la capacidad docente, y no podemos posiblemente como bien decías tu es una de las cosas es la colaboración con la investigación, ayudarte en un trabajo, y tal, pero es mas esas pequeñas cosas que montan la capacidad docente no es publicar lógicamente, no? Posiblemente la dificultad es comprender, como valorar si una persona es capaz docentemente, si tiene competencia docente o no la tiene, ¿no? Hemos apuntado muchas cosas aquí, Posiblemente el tema de un articulo publicado sea indirecto o bastante lejano, ¿no?

MCV= Yo creo que la evaluación de los residentes de cada año es lo mas importante

AG= Y la de los compañeros y lo que hemos dicho antes es la experiencia

JM= no se oye Uno a veces tienes la visión de fuera, pero no que sea, una consulta lo sabe el tutor y el residente no los de fuera pero unos tienen a veces un aspecto desde fuera que después ya desde dentro es diferente. Yo los criterios que tengo en el centro con respecto a mi tutor son diferentes de los que yo tengo formados es decir desde fuera se ven mejor, al igual que yo tengo la visión de cómo son los otros tutores, que después hablando con los residentes no es exactamente los mismo, digamos que lo que hay en un consulta corresponde al tutor y a su residente, entonces si que hay que en casos extremos todos lo vemos, esta claro, esta toda la mañana en el bar eso esta claro en esos extremos no hay lugar de dudas, pero cuando nos movemos en lo que es donde están todos lo mejor es la evaluación propia del residente que es el que esta allí cada mañana y si se hiciese cada 3 meses, 2, 4, yo creo que seria mas, exceptuando los casos extremos

AG= Eso seria la experiencia es la experiencia, que puede evaluar la capacidad docente, no les vas a pasar un test psicotécnico digo yo

JM= No creo

AG= No, se podría hacer también no? Pero ya seria un poco nazi

RB= A lo mejor, oye, tal día veinte uno de la UD y hablamos con tranquilidad, nos cuentas a ver vamos a ver, esto es lo que tendría que ser, como lo hacéis, vosotros como lo trabajáis, que tal, hablar con el tutor, a lo mejor nosotros estamos apardalados y nos cuesta movernos o nos cuesta la relación con los enfermos no sabemos llevar a determinados pacientes, es decir por parte de los dos, no? Tampoco que me vayan a examinar pero que se realice con tranquilidad un poco como funciona, que hay cosas que se pueden comparar puedes decir pues oye, pues mira ¿no sé? Que se hablen y ya con tres meses y tienes todavía

9 meses para mejorar lo que no va bien, pero lo que no se hable, te pasas un año, quiero decir que no puedes perder el tiempo ¿no?

JJG= Creo que se podría hablar pero no por separado la evaluación cada 3 meses no es que un residente vaya UD hablar sobre ello, porque todos vayan hablar sobre el residente sino que si hay 5 residentes y 5 tutores en el centro, de esos 10 se haga una reunión expresamente con ellos para hablar sobre eso

AG= Pero con tutores y residentes juntos, no saldría nada, todo maravilloso

JM= Se lavarían las manos todos

MAP= Acabarían igual, o acabarían mal o muy mal

JM= Desde mi punto de vista, también quedaría mal de que yo vaya si tengo que decir algo sobre mi tutor se lo diría a una tercera persona, para que la tercera persona se lo diga a el, eso no va a ningún sitio, quiero decir, porque toda la información se va perdiendo a medida que pasa de uno a uno porque yo pienso que si se lo comento a una tercera persona y esa tercera cuando se lo comenta a mi tutor ya ha perdido

CB= Esta claro que si hay algún problema hay que solucionar el problema pero no en la evaluación de todos

MHF= Pero si yo tengo un problema, con mi tutora y me llevo medianamente bien, pues se lo comentare a ella, pero estamos hablando de otros casos, de cuando realmente no van bien las cosas, pues por causa del tutor no por un defecto de comunicación

MAP= Estamos comentando entonces que si que se necesita a una tercera persona

RB= A lo mejor se debería por si mismo

MCV= Quizás lo que tu dices de reunirse, eso si se puede hacer, nosotros si que lo hacemos nosotros si que lo hacemos, nos reunimos por lo menos un día al mes, nos reunimos todos los tutores y residentes y hablamos pues que pasa, cómo lo hemos hecho este mes, podríamos mejorar porque hay veces pues que no te da tiempo a salirte de la consulta, nosotros no tenemos mini cupo ni por asomo y hay veces pues que la presión asistencial, si hay una consulta libre hay veces que nos quedamos con esa consulta, para ir aligerando porque, pero pues eso, se comenta y habéis hecho esto, habéis planeado esto y si que se hace de forma habitual, pero aparte nosotros nos llevamos muy bien, pero hay que darse con un canto en los dientes pues no es lo habitual y hay gente que no se atreve a decir las cosas porque su tutor a lo mejor no es de las personas que son capaces de recibir una critica, y menos viniendo de los residentes no?, hay casos que incluso de que como tu me evalúas a mi y yo también te evalúo a ti, esa frase la han dicho, no es

una frase que se invente, entonces claro, tienes que tener y a lo mejor pues, las reuniones del primer trimestre, la gran mayoría diremos oye: que yo estoy muy bien, que no tengo nada que contarte, que a lo mejor tenemos cosas que mejorar pero ya se lo he contado a mi tutor, pero a lo mejor la persona esa que esta en tensión y que necesita oye no puedo mas, pues le viene muy bien esa reunión

MHF= A la gran mayoría no, pero que a esa persona en concreto si, y por una persona yo creo que merece la pena

JM= No es que necesitemos digamos un evaluador externo, en nuestro centro si que nos reunimos, pero ponen la reunión, una vez falta uno, falta el otro, quiero decir que no es apenas, si se pone una reunión al trimestre por ejemplo, con persona de fuera, de nosotros no depende, pero a lo mejor es equiparable a un tutor de otro centro, y no de la UD de cualquier otro centro porque cada uno

MCV= Es más fácil que sea alguno de UD

JM= Si bueno

M= Tal como estáis comentando, Hemos dicho que hay dos estilos docentes distintos, hay diferentes estilos docentes como ante esa realidad ¡eh! uno de los casos que se desvíen mucho no? Evidentemente; es evaluar, está claro que, simplemente los mínimos a cumplir no deben ocurrir nunca, ni por una persona ni por media, o sea que en los casos que hay esa diversidad de estilos docentes, que unos os parezca que sean mas adecuados y otros que no, posiblemente, que cosas son las que realmente influyen, en que ese estilo docente os guste mas que otro sin llegar a los elementos de las esquinas no?

AG= Pero eso varia también en función del residente porque un año de trabajo en común, exige una comunicación, que la comunicación no? yo soy comunicativa, todo el mundo se comunica conmigo, pues no, yo hablo mucho, pero todo el mundo no se comunica conmigo, y yo puedo tener una tutora con la que conecte y puedo haber tenido un tutor maravilloso con otra persona que conmigo no conecte, y eso tampoco es capacidad docente, son relaciones interpersonales, y eso influye mucho, no te cae bien o no les caes bien y eso pasa, pasa todos los días

MHF= En mi caso el residente que tuvo anteriormente pues, tenia otra especialidad entonces se ve que iba sobrado, entonces a mi no me puedes explicar nada, entonces claro, el esta acostumbrado que no se atrevía a dejar su consulta porque además tenia follones con los pacientes entonces, a el también le ha costado un poco saber por donde va, dejar a otra persona que ahora he sido yo dejarme mas sola no? porque con una experiencia mala, pues claro le ha costado mucho, entonces supongo también que influye que el yo creo el en su caso si que intento explicarle cosas, pero como el otro decía que no hacia falta no?, que el ya sabia mucho, entonces claro también depende de nuestra actitud, desde luego, quiero decir que nosotros estamos abiertos a aprender porque nos hemos

reciclado recientemente en muchas mas cosas a lo mejor que el, pero bueno por supuesto la experiencia la tiene el, porque tu puedes tener mucho Harrison pero no tienes experiencia entonces, nuestra actitud también es importante y si tu estas abierto, yo creo que también va ha hacer que el explique mas, que se haga sentirse mas seguro porque claro no es lo mismo tener una persona que esta mirando continuamente lo que hace, lo que tiene en la historia, si es que, yo creo que se siente también muy evaluado continuamente, porque además tu acabas de llegar del hospital ¿no? Con tus guardias ahí recientemente y tal, y para ellos también tiene que ser una presión, de decir ostras no? tengo que estar muy al día porque va a ver aquí una persona que esta mucho mas al día que yo en muchas cosas no? recientes, entonces no se, creo que la actitud del residente es muy importante ahí

M= Vosotros creéis que hay algunos tutores ¿que no quieren tener residente?

RS= Si de hecho mi tutor (M= Por razones personales) que ha tenido y que ya no quiere tener (M= si, si)

ALL= Vuelvo a incidir en lo de antes, quiero decir, la población de tutores que están haciendo un favor a quien sea, eso repercute ósea no, no porque en un momento determinado vas a decir: oye pues tu no estas haciendo esto bien. Hombre ahora me vas a decir esto cuando estoy salvando la papeleta de tener residentes, entonces merezco yo, difícilmente salvable no? difícil no o quiere o no quiere seguir yo creo que lo tiene que tener claro y si le mete caña al residente se le tiene que meter caña al tutor el tutor no puede ser una figura que esta ahí, el tutor que es intocable, si no hace las cosas bien pues hay que decírselo o si al año que viene no sirve para tutor pues no sirve para tutor, y si llega un momento en el que no hay suficientes tutores para los residentes que hay

AG= Pues que no haya

RB= Ellos no cobran por docencia ¿no?

RS= Es que ahí, es un voluntariado digamos ¿no?

ALL= Ese es el filin de la cuestión el que esta motivado y el que tiene ganas de hacerlo no hace falta que nadie les diga las cosas eso esta muy claro. El problema esta pues en eso, en la gente que bueno, hoy por ti mañana por mí o porque en la mayoría por ejemplo del centro si que quiere tener, en un momento determinado, pues se van turnando y que siempre te va a tocar el que no esta motivado, o el que no ha querido ser, pero, por no hacerle un feo al resto del centro también va a ser

JM= Pero eso es difícil de meter leña a las cosas ¿no? desde una posición que uno trabaje desde esa posición, haciendo un favor, ya, todo lo que me vas a decir no me lo digas porque encima que te estoy haciendo un favor, es complicado de manejar, es complicado de manejar

RB = También yo por lo que he visto, aunque claro nada, la estabilidad en el puesto de trabajo del tutor, también les influye mucho, no se portan igual, yo lo que he visto los tutores de plaza fija en propiedad que los interinos tampoco quieren levantar mucho la voz, en el centro para que no le diga nada el coordinador o porque no quiere cambiar mi agenda para ponerte programada, porque si me dicen la hora de salida, falta media hora para ver tres enfermos, en vez de ver en este hueco a 20 eso también

MHF= Es que también

MCV= Es que si eres tutor de residentes el curriculum también influye para ellos no? entonces claro no va a mover el culo igual, uno que esta fijo que un interino

MHF= Yo lo que veo es al revés uno fijo dice: yo me enfrento con el coordinador o con quien sea pero a mi me dejan hablar el residente puede hacer esto y esto y no va hacer esto otro; por mucho que el centro diga: ¡Huí! esto pirula, pero que pasa, te ven y los administrativos mismos, pues por aquí pasa un médico

CV= El tutor tiene que decir pues no, es un médico que esta en docencia y estas cosas no las va hacer porque no tiene la suficiente responsabilidad para estas cosas y a lo mejor otro no se atreve a enfrentarse, y dice: va tu hazlo y ya (se ríen)

M= Es decir seguridad, y una seguridad suficiente para poder decidir dentro del centro

CV= Si tenían

RS= Es evidente porque, poder liberar la presión que tienen o ponerse la faena de otra manera acorde a que tienen un residente no que pueden distribuirse la faena de una forma mejor o que pongan en vez de 3 horas de consulta pongan 2,30 horas yo que se, no se, como se podría hacer

M= Tenéis alguna manera de que eso podría ser factiblemente pesado, con esas con mucha seguridad comunicación, hay alguna manera de poderlo poner en la palestra para asegurar unos mínimos de capacidad docente que es precisamente lo que estamos

MAP= Yo creo que ningún residente

M= No, no, que vayáis pasando que de hecho estáis pasando y lo único que estáis haciendo ahora es casi una evaluación cualitativa de las situaciones no? Debería ponerse encima de la mesa a parte de la evaluación del residente de 3º año, cuando termina, tener algún mecanismo como el que has propuesto tu, de reuniones antes de, durante, no esperar al final

AG= Había que preguntarle al residente y además hacer las preguntas orientadas, porque los residentes al principio están un poco desorientados todos, tampoco sabe muy bien que es lo que tienes que dar o no de su tutor, entonces si tu le haces, si la persona que le hace las preguntas tiene experiencia respecto a lo que el residente tiene que obtener respecto a la capacidad docente, entonces orientar las preguntas no para obtener una respuesta si no para ver si eso se está produciendo o no se está produciendo si se tiene suficiente independencia o se está abusando de él o es muy paternalista si se está favoreciendo, que teme actitudes terapéuticas o tiene que tomar las del tutor porque sino no son válidas, todo eso lo puedes sugerir, sugerir si está sucediendo o no y el residente puede opinar, esa es la forma de saberlo el residente que está con el y de orientarlo claro, si da miedo, si me pregunta esas cosas te digo yo que se, te digo unas cosas que no tienen sentido

MAP= No hemos hablado del tutor hospitalario

AG= Entonces mucho más criticable

Cara B de la cinta

M= No hemos tratado de lo que es la relación tutor hospitalario porque además los múltiples, ¿no? pero que es importante también, es muy importante, nos hemos centrado en primaria porque es con quien más tiempo vais a estar y porque es la consulta que dices vais a tener en concreto

MAP= Sería para otras reuniones, por estar trabajando en el hospital no sabemos si esa persona tiene capacidad docente, entonces?

M= Si, si, si el problema surge de ahí, de asumir que si alguien tiene la plaza es médico de familia, el, ya es docente, precisamente la reunión es por eso, cuanto más lejos, de que el simple hecho de estar en el hospital ya es docente para todos aquellos no?

JJG= De todas maneras a mi me parece por lo menos oportuno eh; que haya sido formado como médico de familia me parece por lo menos oportuno que a partir de ahí todo lo que tu quieras, me parece por lo menos oportuno, lo digo porque se pueden dar casos eh; de que vayan a acreditar centros y no haya médicos de familia

MCV= No mira

JJG= Yo pondría un paréntesis

AG= Yo puedo opinar de eso, creo que es muy importante haber sido residente para saber lo que está sintiendo el residente y lo que ha pasado. Sin embargo mi tutora no es médica de familia y ha sido una tutora excelente, ahora supongo que la sacamos con pinzas, porque en el fondo ella hay cosas que tampoco entiende,

porque no ha pasado por ahí, pero yo estoy de acuerdo contigo a pesar que mi tutora es generalista

JJG= Yo no lo doy como una cosa taxativa, pero por lo menos

CV= Si tiene motivación lo ha compensado

AG= Es que esta muy motivada, es el primer año que tiene residente

CV= Claro

AG= Ha estado muy motivada y se ha superado el déficit que puede ser haber hecho la residencia

MAP= A mi me parece muy arriesgado acreditar a gente si no esta muy

JJG= El tutor si creo algo que tenemos todos claro es que al final no es solamente lo que sepa o deje de saber de medicina no? es la forma en que te debe orientar en como vas a tratar tu a un paciente o no, la consulta y otras cosas a lo mejor no hace falta haber recibido la formación de MF eso te lo da el día a día y te lo da el 1º calvo que te dan, el 2º, el 3º hasta que el 4º dices bueno vamos a ver, si alguien te lo ha dicho antes, pues mira ya esta, porque con la 1º ya rectificaras pues claro, la tutorización no es solamente: me sé perfectamente pues los datos de tal los datos de cual no, son mas cosas y eso depende evidentemente de las personas pero que es importante es lo mas importante y a valorar eh; a valorar

AG= Y no se, es que después de estar un año, es que mi tutora esta muy motivada y creo que su motivación supera en mucho la residencia que muchos tutores, en mucho, entonces a lo mejor es mas importante la motivación de esa persona, que haya sido residente

All= Pero eso tú lo puedes medir ahora

CV= Y con tu tutora

AG= Cuando yo el año pasado, yo a lo mejor no sabía lo que era, pero te puedes imaginar que las que vienen detrás no tienen tutor todavía, muchos quieren estar con mi tutora

ALL= Ya, ya

AG= Y el año pasado no la quería nadie

MAP= Pero es que tu tutora además de que sea generalista, además que esta muy motivada otra cosa es que tiene mucha formación entonces

AG= Mucha formación también, porque se ha motivado

MAP= Claro pero que lo ha sufrido, no ha hecho la residencia, pero lo ha sufrido y con creces, entonces es un caso aparte no es la mayoría de generalistas

AG= Pero eso ¿como lo sabemos? Tenemos un concepto prefijado en el generalista

MAP= Por el equipo

MHF= Por lo que los conocemos

ALL= Si no es problema de conocer, pueden tomar datos objetivos ¿no? es decir congresos que hayan asistido, cursos que tengan o dejen de tener

AG= Pues ahí voy se puede sopesar eso

ALL= Ya quiero decir, ya pero no es que tengamos un concepto, lo que pasa que es como todo, pues sabemos de muchos generalistas que no acuden a congresos, que no tal, que no cual

AG= Pero porque hay muchos generalistas también

ALL= Vale

AG= Es como cuando se meten con los de primaria, es que en primaria hay mucha gente, y especialista hay menos, ahora si lo juzgamos proporcionalmente vamos a ver cuantos cumplen criterios de calidad ahora con los generalistas pasa lo mismo hay mucha gente

MAP= Perdona pero lo que si hemos visto es que aunque siempre, en nuestro centro lo hemos visto se prefiere a médicos de familia pero se acreditan a gente que no son médicos de familia pero que tienen una titulación

AG= Porque que cumplirán criterios

MCV= Claro

AG= A esos criterios es a lo que yo me refiero

MCV= Pero que entonces eso ya esta hecho, entonces además de eso

AG= Yo lo que te digo que considero, que a veces esos criterios es mas importante que haber sido residente y que hay que sopesarlo por igual y no decir tu has sido residente, tu no, entonces vamos a ver

MAP= Justo en nuestro centro, hay una persona que dice yo quiero uno de esos, fue residente

AG= Fue residente (se ríen) y eso es horroroso

MAP= Y eso lo conoce el equipo y lo conoce la gente

RB= Nosotros tenemos que evaluar a nuestro tutor al final de la residencia se supone, entonces ¿esas evaluaciones se tienen en cuenta?, o quiero decir yo, yo se que hay R2 nuestros que dices ostras ya se que tutor le va a tocar y me da rabia no? porque se que no es mejor que el que he tenido yo o ha tenido otra persona y claro eso ya no se puede evitar porque dices, no se, ya esta adjudicado, entonces no se, si eso, quiero decir este año que ya están dadas pues nada, pero al año que viene todo esto se va acumulando o se va viendo, se tiene que tener en cuenta porque es gente que vale mucho y dices oh¡ te sabe mal porque ya todo el mundo desde un año sabes que médicos trabajan bien, y que tutores trabajan bien, entonces caray ¿no? También contamos con que hay un máximo de residentes de familia y que eso ¿no? que hay que acreditar como sea

MAP= Y probablemente para la nueva acreditación que es lo que a mi me da miedo, porque una persona que ya conocemos pues bueno ya se conoce, y ya el residente pues comenta lo que ha visto y lo que no ha visto, pero para la nueva acreditación de otros tutores probablemente fuera importante también además el comentario o eso lo que cada compañero piensa también lo que el resto de residentes estamos viendo en atención continuada que todos hacemos guardias con todo el mundo y entonces eso para la nueva acreditación igual seria importante antes de que una persona tuviese la suerte de dar con ese tipo

RS= A veces, lo de ser médico de familia, hay gente que no sé porque esta muy dolida con su residencia y lo mal que no se que, entonces tu lo vas a pasar por lo menos como yo

CV= Si

AG= Pues a mi me lo hacían pasar mucho peor, pues a mi que me importa

MHF= Una forma de pensar es que los residentes de ahora si vierais: yo sustituí a mi tutor en todas sus vacaciones, hice no se cuanto como si tu tuvieras la culpa de lo mal que lo paso y entonces tu, pues yo ahora me resalto, eso es una mentalidad y hay un sector de MF que va con esa idea hacia los residentes no? gente así, pero supongo que lo hará en todas las facetas de su vida

AG= Una cosa muy importante seria preguntarles a los tutores para que quieren al residente, que es lo que esperan hacer con el residente y ver que con, pero contestarlo al aire luego tener una forma de juzgarlo es muy difícil pero preguntar al aire porque sino hay mas opciones, todo son mascaradas que nos sabemos todos

MHF= O planteárselos que van a hacer con el residente, pues la UD ya evalúa ya mas o menos

RB= Sabes que aunque sepan que van a hacer con el residente, si ellos piensan, que bueno, que bien que les interesa, pues yo quiero ser tutor, quiero decir, se piensan que va a ser un machaca que va a pasar la consulta y ya esta, es lo que tu decías

AG= Que digan lo que esperan y lo que piensan que somos, porque lo del sustituto, se creía que había venido no se para que, para tomarse café mientras yo lo hacía todo, "oye majo perdona pero las cosas no son así" eso es importante preguntárselo en blanco haber que dicen

JJG= Yo creo una entrevista cara a cara,

AG= ¿Se hace entrevista personal? Con las cosas que te van a entrevistar no? Lo que esta diciendo Juanjo es superimportante

CV= ¿Seria factible?

PG= Si

CV= ¿Costaría mucho tiempo? No Hay muchos

PG= Tenemos 100 Tutores, hacerlo a los nuevos a lo mejor al año son 10

CV= Seria importante, para nuestra formación

RB= Es que tal como, él que te ensaña a tratar a los pacientes, te enseña a hacer tratamientos médicos y te forma quiero decir que si pillas a uno que es un cascarrabias a parte vas a hablar como un cascarrabias a todo el mundo, es lo que has conocido, no has conocido otras cosas y entonces es muy importante una persona que te enseña a auscultar

AG= Que es lo que piensa de la primaria los tutores, porque hay mucha gente que esta trabajando en la primaria y les disgusta muchísimo, del sistema, la presión asistencial del tipo de medicina que se ejerce, si no te gusta ya no puedes ser tutor, imposible como vas a transmitir medicina familiar si no te gusta lo que estas haciendo y eso influye mucho en el cascarrabias, si tu estas trabajando en primaria tienes que tener una paciencia de santo, de saber, y de aguantar muchas cosas y de tener habilidades sociales, si no tienen esas habilidades no te las puede transmitir y te va a transmitir que no te guste

MCV= Los buenos tutores muchas veces hacen cursos para adquirir esas habilidades y te cuentan y tu dices ¡joly! Que bien lo hacen, como pueden hablar así, y luego poco a poco pues hice el curso de no se cuanto, el no se que menos, me formo en tal, me formo en cual, y entiendes porque hablan tan bien en la

consulta, porque ha entendido eso que tu de entrada se te escapaba, no es solo porque nazcan así también la gente se forma

Silencio que rompe el moderador

M= Resumiendo es que una hora mas o menos que hemos dicho que duraría la reunión, en principio hemos aportado otra cosa mas, lo que si que tenemos claro es que: al margen de que los estilos de docencia pueden ser distintos, si que existe la necesidad de una formación para la capacidad docente, algo como que acabas de nombrarlo ahora se hace o se nace, a parte de que se nace de una determinada manera de ser y eso no lo podemos cambiar, si que hay cosas que se cambian y que se aprenden en el tiempo, precisamente la reunión que tenemos hoy aquí es un intento de comprender un poquito esa necesidad de cambio en la capacidad docente para que nos deis vuestra opinión, se ha hablado mucho de la responsabilidad, de la comunicación es necesaria y de la motivación, de la necesidad de que exista un tutor seguro en su espacio para poder transmitir; y si queréis añadir alguna otra cosa mas que pensáis

MCV= Otra la planificación podría ser, la organización, que sea un tutor, pues eso, que sepa planificarse, pues ¿el mes como lo tienes?, ¿Que días libras? ¿Que días no libras? O ¿qué día quedamos para una reunión para lo de, sobre diabetes u otras cosas

M= Muchas veces esa capacidad de decisión se hace, se busca, se consigue, se aprende.

Pues si no queréis comentar ninguna otra cosa en principio, muchas gracias y esperemos que esto si que sea útil de verdad y podamos aplicarlo de alguna manera. Muy bien. Esperemos que sí

ANEXO 4

CUESTIONARIO QUE SE UTILIZO EN EL PRETEST

A) SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA FORMATIVO

1º CONSULTA SISTEMÁTICA DE DUDAS CLÍNICAS, ENTREVISTA CLÍNICA

1.1 Te reúnes con el residente, para abordar aspectos clínicos (diagnóstico y tratamiento) de pacientes

- a) No me reúno con el residente
- b) Tengo con el residente comentarios esporádicos
- c) Tengo con el residente reuniones ante problemas puntuales
- d) Tengo con el residente reuniones periódicas ante problemas puntuales
- e) Tengo con el residente reuniones periódicas (no diarias) para abordar sistemáticamente dudas
- f) Tengo con el residente reuniones diarias para abordar sistemáticamente enfoque de pacientes
- g) Otras, especificar:

1.2 Te reúnes con el residente, para abordar aspectos de relación médico-paciente

- a) No me reúno con el residente
- b) Tengo con el residente comentarios esporádicos
- c) Tengo con el residente reuniones ante problemas puntuales
- d) Tengo con el residente reuniones periódicas ante problemas puntuales
- e) Tengo con el residente reuniones periódicas (no diarias) para abordar sistemáticamente dudas
- f) Tengo con el residente reuniones diarias para abordar sistemáticamente el enfoque de pacientes
- g) Otras, especificar:

1.3 Te reúnes con el residente, para abordar aspectos relacionados con el abordaje familiar

- a) No me reúno con el residente
- b) Tengo con el residente comentarios esporádicos
- c) Tengo con el residente reuniones ante problemas puntuales
- d) Tengo con el residente reuniones periódicas ante problemas puntuales
- e) Tengo con el residente reuniones periódicas (no diarias) para abordar sistemáticamente dudas

f) Tengo con el residente reuniones diarias para abordar sistemáticamente el enfoque de pacientes

g) Otras, especificar:

1.4 Comentas las historias clínicas con el residente

a) No comento las historias

b) Comento algunas historias de las que ha visto el residente

c) Comento algunas historias de la que ha visto el residente y que he visto yo

d) Comento todas las historias que ha visto el residente

e) Comento todas las historias que ha visto el residente y algunas que he visto yo

f) Comento todas las historias que ha visto el residente y todas las que he visto yo

g) Otras, especificar:

1.5 Te reúnes con el residente, para abordar las actividades preventivas y promoción de salud que llevas a cabo con tus pacientes

a) No me reúno

b) Solo me reúno para comentarios esporádicos

c) Tengo reuniones ante problemas puntuales

d) Tengo reuniones periódicas por problemas puntuales

e) Tengo reuniones no periódicas

f) Tengo reuniones periódicas sistemáticas

g) Otras, especificar:

2º ACTIVIDADES NO CLÍNICAS

2.1 Para supervisar las actividades de investigación del residente

a) No me reúno

b) Me reúno para comentarios esporádicos

c) Tengo reuniones ante problemas puntuales a petición del residente

d) Tengo reuniones periódicas sistemáticas

e) Otras, especificar:

2.2 Para supervisar las sesiones clínicas y bibliográficas del residente

a) No me reúno

b) Me reúno para comentarios esporádicos

c) Tengo reuniones ante problemas puntuales a petición del residente

d) Tengo reuniones periódicas sistemáticas

e) Otras, especificar:

2.3 Para supervisar las actividades de calidad que desarrolla el residente

a) No me reúno

b) Me reúno para comentarios esporádicos

c) Tengo reuniones ante problemas puntuales a petición del residente

d) Tengo reuniones periódicas sistemáticas

e) Otras, especificar:

3º AUTONOMÍA CLÍNICA; DELEGAR RESPONSABILIDAD

3.1 El grado de autonomía clínica durante el último cuatrimestre del R3 sin tener en cuenta el MEF

- a) No lo dejo solo en la consulta
- b) Lo dejo solo en algunos casos no complicados y supervisados por mí
- c) Lo dejo solo en casos no complicados
- d) Lo dejo pasar la consulta entera y supervisando lo que pregunta
- e) Lo dejo pasar la consulta entera, supervisando lo que pregunta y lo que yo creo conveniente
- f) Otras, especificar:

3.2 Facilito progresivamente independencia dentro de las competencias del residente

1 Muy en desacuerdo 2 3 4 5 Muy de acuerdo

4º CONOCIMIENTO Y ORIENTACIÓN NECESIDADES FORMATIVAS

4.1 Con relación a las necesidades formativas del residente

- a) Las detecto cuando me las dice
- b) Las detecto observando cuando trabaja
- c) Las detecto cuando pregunta en alguna reunión
- d) Las detecto en reuniones periódicas
- e) Otras, especificar:

4.2 Ante una duda del residente

- a) Le doy la respuesta
- b) Le indico las herramientas para que las resuelva
- c) Planificamos juntos la mejor estrategia formativa
- d) Otros especificar

5º EXPERIENCIA-CONOCIMIENTO SOBRE OBJETIVOS DEL RESIDENTE

EN QUE GRADO CONOCES LO QUE EL RESIDENTE DEBE SABER ANTE:

28.1 La resolución de dudas o problemas clínicos

1 nada 2 3 4 5 totalmente

28.2 Aspectos de relación médico-paciente

1 nada 2 3 4 5 totalmente

28.3 Aspectos relacionados con el abordaje familiar

1 nada 2 3 4 5 totalmente

28.4 Aspectos relacionados de la historia clínica

1 nada 2 3 4 5 totalmente

28.5 Actividades preventivas y de Promoción de la Salud

1 nada 2 3 4 5 totalmente

28.6 En investigación

1 nada 2 3 4 5 totalmente

28.7 Para preparar sesiones clínicas

1 nada 2 3 4 5 totalmente

28.8 Para llevar a la practica actividades de calidad

1 nada 2 3 4 5 totalmente

B) IMPLICACION

6 CLARIFICACIÓN INICIAL DE EXPECTATIVAS, TANTO TUTOR-RESIDENTE COMO RESIDENTE-TUTOR

13º Clarifico desde el primer momento, las expectativas de aprendizaje con el residente

1 nada 2 3 4 5 totalmente

14º Apoyo activamente el aprendizaje del residente

1 nada 2 3 4 5 totalmente

7º GANAS DE SER TUTOR (MOTIVACIÓN)

15º Estoy muy satisfecho de enseñar a los residentes

1 nada 2 3 4 5 totalmente

8º RECONOCIMIENTO DE DEFICIENCIAS DEL TUTOR

16º Me planteo como mejorar mi forma de llevar a cabo la tutorización

1 nada 2 3 4 5 totalmente

9º CAPACIDAD MEJORA DEFICIENCIAS

17º Me siento capacitado para proporcionar mejoras en la formación del residente

1 nada 2 3 4 5 totalmente

18º La formación en metodología docente es importante para mí

1 nada 2 3 4 5 totalmente

10º MOTIVACIÓN EN ASPECTOS NO CLÍNICOS

19º Me implico activamente en la formación no clínica del residente: trabajos de investigación, cursos de formación etc

1 nada 2 3 4 5 totalmente

11º CAPACIDAD DE RECIBIR Y DAR FEED-BACK

20º Me siento capacitado para hacer criticas constructivas al residente en cualquier aspecto de su formación

1 nada 2 3 4 5 totalmente

21º Me siento capacitado para recibir criticas constructivas en cualquier aspecto de la tutorización que doy al residente

1 nada 2 3 4 5 totalmente

12º CAPACIDAD DE RESOLVER PROBLEMAS FORMATIVOS

22º Me siento capacitado para resolver los problemas de formación del residente

1 nada 2 3 4 5 totalmente

23º Soy de gran ayuda cuando el aprendizaje le resulta difícil

1 nada 2 3 4 5 totalmente

C) ACCESIBILIDAD

13º ACCESIBILIDAD, DUDAS ESPONTANEAS

24º Estoy disponible para discutir dudas referentes a la formación del residente

1 nada 2 3 4 5 totalmente

D) RELACIONES

15º RELACIONES INTERPERSONALES

25º En las relaciones con mis compañeros de equipo de atención primaria, suelo buscar alternativas que propicien el acercamiento

1 nada 2 3 4 5 totalmente

26º Ante determinados incidentes con mis compañeros de equipo soy capaz de controlarme

1 nada 2 3 4 5 totalmente

27º Siento que soy aceptado por los miembros del equipo

1 nada 2 3 4 5 totalmente

16º MOTIVACIÓN LABORAL (PERSONAL)

29º Para mantenerme actualizado soy capaz de adaptarme en la utilización de herramientas nuevas (Informática, Internet, idiomas etc.)

1 Muy en desacuerdo 2 3 4 5 Muy de acuerdo

30º La atención primaria es la base para formar a los residentes de familia

1 Muy en desacuerdo 2 3 4 5 Muy de acuerdo

31º Me sentiría profesionalmente mas realizado trabajando en el hospital

1 Muy en desacuerdo 2 3 4 5 Muy de acuerdo

32° Me siento realizado profesionalmente por mi trabajo en Atención primaria

1 Muy en desacuerdo 2 3 4 5 Muy de acuerdo

17° CAPACIDAD DE LIDERAZGO

33° Mis opiniones son tenidas en cuenta en el centro de salud

1 Muy en desacuerdo 2 3 4 5 Muy de acuerdo

34° No me importaría ser responsable docente

1 Muy en desacuerdo 2 3 4 5 Muy de acuerdo

35° Me siento capaz de ser responsable docente

1 Muy en desacuerdo 2 3 4 5 Muy de acuerdo

46° Tengo en cuenta las opiniones de los demás a la hora de tomar decisiones

1 Muy en desacuerdo 2 3 4 5 Muy de acuerdo

ANEXO 5

RESPONSABLES DOCENTES Y CENTROS DE SALUD

NOMBRE	APELLIDOS TUTOR	CENTRO SALUD
ANTONIO	CEBREIRO NAVALON	ALFAFAR
MIQUEL	MORERA LLORCA	ALGEMESI
CARMEN	HERNANDEZ ESPINOSA	BENIFAIO
FCO.	DOMINGO REVUELTA	CARCAIXENT
M ^a	PADRELL CAIXES	CARLET
M ^a	MIRALLES CELMA	CASTELLAR (CONS. HORNO
FRANCISC	JAEN MARTINEZ	CATARROJA
DANTES	TORTOLA GRANER	FUENTE DE SAN LUIS
M ^a JOSE	MARTIN RILLO	GODELLA
CARMEN	PLANA ANDRES	LLIRIA
LORENZO	PASCUAL LOPEZ	MANISES
VICTORIA	CANDELA DELEGIDO	MARCO MERENCIANO
ANA	COSTA ALCARAZ	NAZARET
M ^a TERESA	SANJUAN BAUTISTA	OLIVA
JAIME	ASAMAR SOLER	ONTINYENT
BLANCA	NOGUES MELENDEZ	PATERNA
CONCEPCI	GARCIA DOMINGO	PUERTO SAGUNTO (CONS.
CARLOS	FLUIXA CARRASCOSA	REQUENA
ALICIA	ZUNZUNEGUI PASTOR	SALVADOR ALLENDE
AMPARO	GARCIA ROYO	SALVADOR PAU
MANUELA	DOMINGO ORDUÑA	SEGORBE
JOAQUIN	ALEGRE PIQUER	SILLA
JOSE	SOLER TORRO	TAVERNES VALLDIGNA
CONCEPCI	ESTELLES DASI	TORRENTE
JUAN JOSE	MONTEAGUDO SUAREZ	TRINITAT
DOLORES	UNGO DEL GANSO	UTIEL
JUAN JOSE	MONT ADAM	VILLANUEVA DE CASTELLON
JOSE	CATALAN MACIAN	VIRGEN FUENSANTA

ANEXO 6

CARTA AL ENVIADA A LOS TUTORES QUE PARTICIPARON EN EL PRETES

Estimado

En la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) de Valencia queremos elaborar un instrumento de medida, para poder evaluar la actitud docente del tutor de MFyC por métodos cualitativos, para ello hemos elaborado unas preguntas que han sido el resultado de un grupo de discusión en el que participaron residentes de MFyC de tercer año

Lo que nos proponemos ahora es hacer un pretest con una pequeña muestra de tutores, en la que nos gustaría que participases

Lee el cuestionario con atención y contesta en cada ítem como tu llevas a cavo la formación del residente, puedes hacer sugerencias o criticas que te surjan a lo largo del cuestionario y así nos podrás ayudar a hacer una depuración del mismo. Si tienes alguna duda ponte en contacto con Paca Gil

Cuando lo hayas cumplimentado remítelo lo antes posible a la Unidad Docente de MFyC de Valencia , bien por correo o Fax:

Juan de Garay, 21
46017 Valencia
tef: 963867661

Fax: 963869370

Atentamente, 27 de diciembre 2002

Francisca Gil
Técnico de Salud de la
Unidad Docente de MFyC de Valencia

ANEXO 7

CARTA ENVIADA A TUTORES

Estimado

En la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) de Valencia queremos elaborar un instrumento de medida, para poder evaluar la actitud docente del tutor de MFyC por métodos cualitativos, para ello hemos elaborado unas preguntas que han sido el resultado de un grupo de discusión en el que participaron residentes de MFyC de tercer año y en el pretest participo una muestra de tutores, en la que hicieron sugerencias y criticas que nos han ayudado a la depuración del mismo. Necesitamos tu ayuda para seguir con el proceso de validación del cuestionario, el cuestionario es anónimo, para ello Lee el cuestionario con atención y contesta en cada ítem: ¿Como llevas a cabo la formación del residente?

Si tienes alguna duda ponte en contacto con Paca Gil

Cuando lo hayas cumplimentado remítelo lo antes posible a la Unidad Docente de MFyC de Valencia, bien por correo o Fax:

Juan de Garay, 21
46017 Valencia
tef: 963867661

Fax: 963869370

Atentamente, 4 de enero 2003

Paca Gil
Técnico de Salud de la
Unidad Docente de MFyC de Valencia

ANEXO 8

CUESTIONARIO RESULTADO DEL PRETES

Con el fin de poder mejorar la formación docente del residente, estamos elaborando un instrumento de medida, que pueda medir la actitud docente del tutor.

DE LA PREGUNTA 1 A LA 11 SON RESPUESTAS DADAS, SEÑALA CON UNA "X" LA FORMA MAS HABITUAL O LAS FORMAS MAS HABITUALES, PUEDES CONTESTAR MAS DE DOS RESPUESTAS YA QUE NO SON EXCLUYENTES, EN CASO DE NO ENCONTRAR NINGUNA RESPUESTA LO ESPECIFICAS EN EL APARTADO DE OTRAS ESPECIFICAR

DE LA PREGUNTA 12 A LA 36 SON PREGUNTAS MEDIDAS EN ESCALA LIKERT DEL 1 A 5 CATEGORIAS

Te rogamos que contestes con la mayor sinceridad

1º Te reúnes con el residente, para abordar aspectos clínicos (diagnóstico y tratamiento) de pacientes

- 1) No me reúno con el residente
- 2) Tengo con el residente comentarios esporádicos
- 3) Tengo con el residente reuniones ante problemas puntuales
- 4) Tengo con el residente reuniones periódicas ante problemas puntuales
- 5) Tengo con el residente reuniones periódicas (no diarias) para abordar sistemáticamente dudas
- 6) Tengo con el residente reuniones diarias para abordar sistemáticamente enfoque de pacientes

2º Te reúnes con el residente, para abordar aspectos de relación médico-paciente

- 1) No me reúno con el residente
- 2) Tengo con el residente comentarios esporádicos
- 3) Tengo con el residente reuniones ante problemas puntuales
- 4) Tengo con el residente reuniones periódicas ante problemas puntuales
- 5) Tengo con el residente reuniones periódicas (no diarias) para abordar sistemáticamente dudas
- 6) Tengo con el residente reuniones diarias para abordar sistemáticamente el enfoque de pacientes

3º Te reúnes con el residente, para abordar aspectos relacionados con el abordaje familiar

- 1) No me reúno con el residente
- 2) Tengo con el residente comentarios esporádicos
- 3) Tengo con el residente reuniones ante problemas puntuales
- 4) Tengo con el residente reuniones periódicas ante problemas puntuales
- 5) Tengo con el residente reuniones periódicas (no diarias) para abordar sistemáticamente dudas
- 6) Tengo con el residente reuniones diarias para abordar sistemáticamente el enfoque de pacientes

4º Comentas las historias clínicas con el residente

- 1) No comento las historias
- 2) Comento algunas historias de las que ha visto el residente
- 3) Comento algunas historias de la que ha visto el residente y que he visto yo
- 4) Comento todas las historias que ha visto el residente
- 5) Comento todas las historias que ha visto el residente y algunas que he visto yo
- 6) Comento todas las historias que ha visto el residente y todas las que he visto yo

5º Te reúnes con el residente, para abordar las actividades preventivas y promoción de salud que llevas a cabo con tus pacientes

- 1) No me reúno
- 2) Solo me reúno para comentarios esporádicos
- 3) Tengo reuniones ante problemas puntuales
- 4) Tengo reuniones periódicas por problemas puntuales
- 5) Tengo reuniones no periódicas
- 6) Tengo reuniones periódicas sistemáticas

6º Para supervisar las actividades de investigación del residente

- 1) No me reúno o se reúne con otros tutores
- 2) Se reúne con el tutor responsable de investigación
- 3) Me reúno para comentarios esporádicos
- 4) Tengo reuniones ante problemas puntuales a petición del residente
- 5) Tengo reuniones periódicas sistemáticas

- 7º Para supervisar las sesiones clínicas y bibliográficas del residente
- 1) No me reúno
 - 2) Me reúno para comentarios esporádicos
 - 3) Tengo reuniones ante problemas puntuales a petición del residente
 - 4) Tengo reuniones periódicas sistemáticas
- 8º Para supervisar las actividades de calidad que desarrolla el residente
- 1) No me reúno o se reúnen con otros tutores
 - 2) Se reúne con el tutor responsable de calidad
 - 3) Me reúno para comentarios esporádicos
 - 4) Tengo reuniones ante problemas puntuales a petición del residente
 - 5) Tengo reuniones periódicas sistemáticas
- 9º El grado de autonomía clínica durante el último cuatrimestre del R3 sin tener en cuenta el MEF
- 1) Compartimos la misma consulta y pasamos visita juntos
 - 2) Compartimos la misma consulta y pasamos visita diferentes
 - 3) Compartimos la misma consulta y pasamos visita medio día cada uno
 - 4) Pasamos visita simultáneamente en consultas diferentes
- 10º En relación a las necesidades formativas del residente
- 1) Las detecto cuando me las dice
 - 2) Las detecto preguntándole
 - 3) Las detecto observando cuando trabaja
 - 4) Las detecto cuando pregunta en alguna reunión
 - 5) Las detecto en reuniones periódicas
 - 6) Las detecto revisando la historia clínica

11º Ante una duda del residente

- 1) Le doy la respuesta
- 2) Le indico las herramientas para que las resuelva
- 3) Planificamos juntos la mejor estrategia formativa
- 4) Buscamos la solución cada uno por su parte y después lo ponemos en común

La puntuación de los siguientes ítems es de 1 a 5 con el orden mostrado a continuación

1 nada 2 3 4 5 totalmente

12º Facilito progresivamente independencia dentro de las competencias del residente	1	2	3	4	5
13º Clarifico desde el primer momento, las expectativas de aprendizaje con el residente	1	2	3	4	5
14º Apoyo activamente el aprendizaje del residente	1	2	3	4	5
15º Estoy muy satisfecho de enseñar a los residentes	1	2	3	4	5
16º Me planteo como mejorar mi forma de llevar a cabo la tutorización	1	2	3	4	5
17º Me siento capacitado para proporcionar mejoras en la formación del residente	1	2	3	4	5
18º La formación en metodología docente es importante para mi	1	2	3	4	5
19º Me implico activamente en la formación no clínica del residente: trabajos de investigación, cursos de formación etc	1	2	3	4	5
20º Me siento capacitado para hacer criticas constructivas al residente en cualquier aspecto de su formación	1	2	3	4	5
21º Me siento capacitado para recibir criticas constructivas en cualquier aspecto de la tutorización que doy al residente	1	2	3	4	5
22º Me siento capacitado para resolver los problemas de formación del residente	1	2	3	4	5
23º Soy de gran ayuda cuando el aprendizaje le resulta difícil	1	2	3	4	5

24° Estoy disponible para discutir dudas referentes a la formación del residente	1	2	3	4	5
25° En las relaciones con mis compañeros de equipo de atención primaria, suelo buscar alternativas que propicien el acercamiento	1	2	3	4	5
26° Ante determinados incidentes con mis compañeros de equipo soy capaz de controlarme	1	2	3	4	5
27° Siento que soy aceptado por los miembros del equipo	1	2	3	4	5

28° En que grado conoces lo que el residente debe saber ante: (este enunciado es igual en los items del 28.1 al 28.8)					
28.1 La resolución de dudas o problemas clínicos	1	2	3	4	5
28.2 Aspectos de relación médico-paciente	1	2	3	4	5
28.3 Aspectos relacionados con el abordaje familiar	1	2	3	4	5
28.4 Aspectos relacionados de la historia clínica	1	2	3	4	5
28.5 Actividades preventivas y de Promoción de la Salud	1	2	3	4	5
28.6 En investigación	1	2	3	4	5
28.7 Para preparar sesiones clínicas	1	2	3	4	5
28.8 Para llevar a la practica actividades de calidad	1	2	3	4	5

La puntuación de los siguientes ítems es de 1 a 5 con el orden mostrado a continuación

1 Muy en desacuerdo 2 3 4 5 totalmente

29º Para mantenerme actualizado soy capaz de adaptarme en la utilización de herramientas nuevas (Informática, Internet, idiomas etc.)	1	2	3	4	5
30º La atención primaria es la base para formar a los residentes de familia	1	2	3	4	5
31º Me sentiría profesionalmente mas realizado trabajando en el hospital	1	2	3	4	5
32º Me siento realizado profesionalmente por mi trabajo en Atención primaria	1	2	3	4	5
33º Mis opiniones son tenidas en cuenta en el centro de salud	1	2	3	4	5
34º No me importaría ser responsable docente	1	2	3	4	5
35º Me siento capaz de ser responsable docente	1	2	3	4	5
36º Tengo en cuenta las opiniones de los demás a la hora de tomar decisiones	1	2	3	4	5

ANEXO 9

VARIABLES QUE ACOMPAÑAN AL CUESTIONARIO

Apellidos =	Nombre =
Edad =	
Sexo =	
Especialidad =	
Obtención de la misma = MIR	No MIR
Centro de Salud =	
Situación Laboral = Interino	Fijo
Experiencia laboral =	
Formación postgrado cursos de mas de 100h=	
Formación continuada nº de cursos mas de 40 horas últimos 3 años =	
Años de tutor =	
Nº de años con residente =	
Nº de años responsable docente =	
Nº de horas docentes teóricas =	
En los últimos 3 años nº de publicaciones científicas =	
En los últimos 3 años nº, becas de investigación =	
Satisfacción laboral =	
Núcleo familiar = relación familiar de primer grado	Sin Núcleo (una persona)
Núcleo familiar formado = Pareja sin hijos Pareja con hijos Monoparental con hijos	
Dos o mas núcleos (cuando conviven mas de dos núcleos familiares)	
Distancia del lugar del trabajo en Km=	

ANEXO 10

ENCUESTA SATISFACCIÓN LABORAL

AUTONOMIA	Posibilidad de auto-organizarse el proceso de trabajo, las pautas etc.	Nada 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Muchísimo
VARIEDAD	Ausencia de monotonía	Nada 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Muchísimo
IDENTIDAD	Percepción de "propiedad" del proceso y de su resultado	Nada 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Muchísimo
IMPORTANCIA	Creencia de que el resultado del proceso es útil o tiene sentido para la vida de otras personas	Nada 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Muchísimo
EQUIDAD	Creencia de adecuación entre lo que se percibe que se da a la empresa y lo que se percibe que se recibe de ella	Nada 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Muchísimo
FEED-BACK	Recepción de información sobre el resultado del esfuerzo	Nada 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Muchísimo
APOYO SOCIAÑ	Creencia de que se dispone de relaciones interpersonales de calidad para afrontar situaciones de dificultad en el trabajo	Nada 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Muchísimo

ANEXO 11

CUESTIONARIO DEFINITIVO

Con el fin de poder mejorar la formación docente del residente, estamos elaborando un instrumento de medida, que pueda medir la actitud docente del tutor. El cuestionario es anónimo para los investigadores, pero lleva un código para la validación que solo es conocido por la administrativa. Este es el último cuestionario que debes rellenar para tal fin

1º Te reúnes con el residente, para abordar aspectos clínicos (diagnóstico y tratamiento) de pacientes



2º Te reúnes con el residente, para abordar aspectos de relación médico-paciente



- | | | |
|---|--|---|
| 1 | ← No me reúno con el residente → | 1 |
| 2 | ← Tengo con el residente comentarios esporádicos → | 2 |
| 3 | ← Tengo con el residente comentarios esporádicos → | 3 |
| 4 | ← Tengo con el residente reuniones periódicas ante problemas puntuales → | 4 |
| 5 | ← Tengo con el residente reuniones periódicas (no diarias) para abordar sistemáticamente dudas → | 5 |
| 6 | ← Tengo con el residente reuniones diarias para abordar sistemáticamente el enfoque de pacientes → | 6 |

3º Te reúnes con el residente, para abordar aspectos relacionados con el abordaje familiar

- 1) No me reúno con el residente
- 2) Tengo con el residente comentarios esporádicos
- 3) Tengo con el residente reuniones ante problemas puntuales
- 4) Tengo con el residente reuniones periódicas ante problemas puntuales
- 5) Tengo con el residente reuniones periódicas (no diarias) para abordar sistemáticamente dudas
- 6) Tengo con el residente reuniones diarias para abordar sistemáticamente el enfoque de pacientes

- 4º Comentas las historias clínicas con el residente
- 1) No comento las historias
 - 2) Comento algunas historias de las que ha visto el residente
 - 3) Comento algunas historias de la que ha visto el residente y que he visto yo
 - 4) Comento todas las historias que ha visto el residente
 - 5) Comento todas las historias que ha visto el residente y algunas que he visto yo
 - 6) Comento todas las historias que ha visto el residente y todas las que he visto yo
- 5º Te reúnes con el residente, para abordar las actividades preventivas y promoción de salud que llevas a cabo con tus pacientes
- 1) No me reúno
 - 2) Solo me reúno para comentarios esporádicos
 - 3) Tengo reuniones ante problemas puntuales
 - 4) Tengo reuniones periódicas por problemas puntuales
 - 5) Tengo reuniones no periódicas
 - 6) Tengo reuniones periódicas sistemáticas
- 6º Para supervisar las actividades de investigación del residente
- 1) No me reúno
 - 2) Me reúno para comentarios esporádicos
 - 3) Tengo reuniones ante problemas puntuales a petición del residente
 - 4) Tengo reuniones periódicas sistemáticas
- 7º Para supervisar las sesiones clínicas y bibliográficas del residente
1. No me reúno
 2. Me reúno para comentarios esporádicos
 3. Tengo reuniones ante problemas puntuales a petición del residente
 4. Tengo reuniones periódicas sistemáticas
- 8º Para supervisar las actividades de calidad que desarrolla el residente
- 1) No me reúno
 - 2) Me reúno para comentarios esporádicos
 - 3) Tengo reuniones ante problemas puntuales a petición del residente
 - 4) Tengo reuniones periódicas sistemáticas

La puntuación de los siguientes ítems es de 1 a 5 con el orden mostrado a continuación

1 nada	2	3	4	5 totalmente
--------	---	---	---	--------------

9º Clarifico desde el primer momento, las expectativas de aprendizaje con el residente	1	2	3	4	5
10º Apoyo activamente el aprendizaje del residente	1	2	3	4	5
11º Estoy muy satisfecho de enseñar a los residentes	1	2	3	4	5
12º Me planteo como mejorar mi forma de llevar a cabo la tutorización	1	2	3	4	5
13º Me siento capacitado para proporcionar mejoras en la formación del residente	1	2	3	4	5
14º La formación en metodología docente es importante para mi	1	2	3	4	5
15º Me implico activamente en la formación no clínica del residente: trabajos de investigación, cursos de formación etc	1	2	3	4	5
16º Me siento capacitado para hacer criticas constructivas al residente en cualquier aspecto de su formación	1	2	3	4	5
17º Me siento capacitado para recibir criticas constructivas en cualquier aspecto de la tutorización que doy al residente	1	2	3	4	5
18º Me siento capacitado para resolver los problemas de formación del residente	1	2	3	4	5
19º Soy de gran ayuda cuando el aprendizaje le resulta difícil	1	2	3	4	5
20º Estoy disponible para discutir dudas referentes a la formación del residente	1	2	3	4	5
21º En las relaciones con mis compañeros de equipo de atención primaria, suelo buscar alternativas que propicien el acercamiento	1	2	3	4	5
22º Ante determinados incidentes con mis compañeros de equipo soy capaz de controlarme	1	2	3	4	5
23º Siento que soy aceptado por los miembros del equipo	1	2	3	4	5

EN QUE GRADO CONOCES LO QUE EL RESIDENTE DEBE SABER ANTE:

1 nada	2	3	4	5 totalmente
24° La resolución de dudas o problemas clínicos				1 2 3 4 5
25° Aspectos relacionados con el abordaje familiar				1 2 3 4 5
26° Aspectos relacionados de la historia clínica				1 2 3 4 5
27° Actividades preventivas y de Promoción de la Salud				1 2 3 4 5
28° En investigación				1 2 3 4 5
29° Para preparar sesiones clínicas				1 2 3 4 5
30° Para llevar a la practica actividades de calidad				1 2 3 4 5

La puntuación de los siguientes ítems es de 1 a 5 con el orden mostrado a continuación

1 Muy en desacuerdo totalmente	2	3	4	5
--------------------------------	---	---	---	---

31° Para mantenerme actualizado soy capaz de adaptarme en la utilización de herramientas nuevas (Informática, Internet, idiomas etc.)	1	2	3	4	5
32° Me siento realizado profesionalmente por mi trabajo en Atención primaria	1	2	3	4	5
33° Mis opiniones son tenidas en cuenta en el centro de salud	1	2	3	4	5
34° No me importaría ser responsable docente	1	2	3	4	5
35° Me siento capaz de ser responsable docente	1	2	3	4	5

ANEXO 12

TABLA 1. ANÁLISIS DE FIABILIDAD COEFICIENTE INTRACLASE POR ÍTEM

a Coeficientes de correlación intraclassa de tipo C utilizando una definición de coherencia, la varianza inter-medidas se excluye de la varianza del denominador.
b El estimador es el mismo, ya esté presente o no el efecto de interacción.
c Esta estimación se calcula asumiendo que no está presente el efecto de interacción, ya que de otra manera no es estimable.

Pregunta 1

Coeficiente de correlación intraclassa							
	Correlación intraclassa(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,781(b)	,611	,882	8,134	35,0	35	,000
Medidas promedio	,877(c)	,759	,937	8,134	35,0	35	,000

Pregunta 2

Coeficiente de correlación intraclassa							
	Correlación intraclassa(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,355(b)	,024	,616	2,102	33,0	33	,018
Medidas promedio	,524(c)	,047	,762	2,102	33,0	33	,018

Pregunta 3

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,745(b)	,551	,863	6,849	34,0	34	,000
Medidas promedio	,854(c)	,711	,926	6,849	34,0	34	,000

Pregunta 4

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,516(b)	,225	,722	3,133	34,0	34	,001
Medidas promedio	,681(c)	,368	,839	3,133	34,0	34	,001

Pregunta 5

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,329(b)	-,006	,597	1,980	33,0	33	,027
Medidas promedio	,495(c)	-,011	,748	1,980	33,0	33	,027

Pregunta 6

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,756(b)	,564	,870	7,182	33,0	33	,000
Medidas promedio	,861(c)	,721	,930	7,182	33,0	33	,000

Pregunta 7

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,658(b)	,406	,817	4,852	31,0	31	,000
Medidas promedio	,794(c)	,578	,899	4,852	31,0	31	,000

Pregunta 8

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,009(b)	-,331	,347	1,019	32,0	32	,479
Medidas promedio	,018(c)	-,988	,515	1,019	32,0	32	,479

Pregunta 13

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,599(b)	,336	,775	3,988	34,0	34	,000
Medidas promedio	,749(c)	,503	,873	3,988	34,0	34	,000

Pregunta 14

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,686(b)	,465	,827	5,375	35,0	35	,000
Medidas promedio	,814(c)	,635	,905	5,375	35,0	35	,000

Pregunta 15

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,740(b)	,547	,858	6,692	35,0	35	,000
Medidas promedio	,851(c)	,707	,924	6,692	35,0	35	,000

Pregunta 16

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,480(b)	,185	,696	2,849	35,0	35	,001
Medidas promedio	,649(c)	,312	,821	2,849	35,0	35	,001

Pregunta 17

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,556(b)	,282	,746	3,500	35,0	35	,000
Medidas promedio	,714(c)	,440	,854	3,500	35,0	35	,000

Pregunta 18

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,451(b)	,148	,676	2,642	35,0	35	,003
Medidas promedio	,622(c)	,258	,807	2,642	35,0	35	,003

Pregunta 19

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,629(b)	,382	,792	4,386	35,0	35	,000
Medidas promedio	,772(c)	,553	,884	4,386	35,0	35	,000

Pregunta 20

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,560(b)	,284	,751	3,550	34,0	34	,000
Medidas promedio	,718(c)	,442	,858	3,550	34,0	34	,000

Pregunta 21

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,004(b)	-,321	,328	1,007	35,0	35	,491
Medidas promedio	,007(c)	-,947	,494	1,007	35,0	35	,491

Pregunta 22

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,436(b)	,130	,666	2,546	35,0	35	,003
Medidas promedio	,607(c)	,230	,800	2,546	35,0	35	,003

Pregunta 23

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,638(b)	,387	,801	4,531	33,0	33	,000
Medidas promedio	,779(c)	,558	,890	4,531	33,0	33	,000

Pregunta 24

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,420(b)	,110	,655	2,448	35,0	35	,005
Medidas promedio	,592(c)	,199	,792	2,448	35,0	35	,005

Pregunta 25

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,585(b)	,317	,766	3,818	34,0	34	,000
Medidas promedio	,738(c)	,481	,868	3,818	34,0	34	,000

Pregunta 26

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,193(b)	-,145	,491	1,479	34,0	34	,130
Medidas promedio	,324(c)	-,340	,659	1,479	34,0	34	,130

Pregunta 27

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,840(b)	,706	,916	11,500	34,0	34	,000
Medidas promedio	,913(c)	,828	,956	11,500	34,0	34	,000

Pregunta 28.1

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,508(b)	,220	,715	3,066	35,0	35	,001
Medidas promedio	,674(c)	,360	,834	3,066	35,0	35	,001

Pregunta 28.3

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,678(b)	,453	,822	5,214	35,0	35	,000
Medidas promedio	,808(c)	,624	,902	5,214	35,0	35	,000

Pregunta 28.4

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,657(b)	,422	,809	4,825	35,0	35	,000
Medidas promedio	,793(c)	,594	,894	4,825	35,0	35	,000

Pregunta 28.5

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,458(b)	,157	,681	2,690	35,0	35	,002
Medidas promedio	,628(c)	,271	,810	2,690	35,0	35	,002

Pregunta 28.6

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,606(b)	,350	,778	4,077	35,0	35	,000
Medidas promedio	,755(c)	,519	,875	4,077	35,0	35	,000

Pregunta 28.7

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,499(b)	,208	,709	2,991	35,0	35	,001
Medidas promedio	,666(c)	,344	,830	2,991	35,0	35	,001

Pregunta 28.8

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,718(b)	,506	,849	6,099	33,0	33	,000
Medidas promedio	,836(c)	,672	,918	6,099	33,0	33	,000

Pregunta 29

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,668(b)	,435	,818	5,033	34,0	34	,000
Medidas promedio	,801(c)	,606	,900	5,033	34,0	34	,000

Pregunta 32

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,673(b)	,442	,820	5,118	34,0	34	,000
Medidas promedio	,805(c)	,613	,901	5,118	34,0	34	,000

Pregunta 33

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,611(b)	,353	,783	4,145	34,0	34	,000
Medidas promedio	,759(c)	,522	,878	4,145	34,0	34	,000

Pregunta 34

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,808(b)	,652	,898	9,421	34,0	34	,000
Medidas promedio	,894(c)	,790	,946	9,421	34,0	34	,000

Pregunta 35

Coeficiente de correlación intraclase							
	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,729(b)	,525	,853	6,368	34,0	34	,000
Medidas promedio	,843(c)	,689	,921	6,368	34,0	34	,000