



Revista Iberoamericana de Educación
Superior

E-ISSN: 2007-2872

rieseditor@gmail.com

Instituto de Investigaciones sobre la
Universidad y la Educación
México

Villavicencio-Martínez, Rubén-Abdel; Luna-Serrano, Edna
Desarrollo de un cuestionario de evaluación de la competencia de supervisión clínica en
Medicina
Revista Iberoamericana de Educación Superior, vol. VIII, núm. 22, 2017, pp. 144-162
Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299151245008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Desarrollo de un cuestionario de evaluación de la competencia de supervisión clínica en Medicina

Rubén-Abdel Villavicencio-Martínez y Edna Luna-Serrano

RESUMEN

El propósito de este artículo es reportar el proceso de diseño de un cuestionario de evaluación de la competencia de supervisión clínica en Medicina con base en la opinión de los estudiantes. Se partió de la identificación de los dominios del supervisor clínico, para después diseñar la matriz de planeación del cuestionario, la cual se validó a través del juicio de expertos; posteriormente se integró la primera versión del cuestionario y se sometió a un estudio piloto; por último, se obtuvieron evidencias de validez. El cuestionario es un aporte a la necesidad de instrumentos válidos para mejorar la enseñanza clínica.

Palabras clave: evaluación, supervisión, competencia clínica, cuestionarios.

Rubén-Abdel Villavicencio-Martínez

abdel.villavicencio@uabc.edu.mx

Mexicano. Doctor en Ciencias Educativas en el Instituto de Investigación y Desarrollo Educativo (IIDE) de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC) México; Maestro en Desarrollo Regional por el Colegio de la Frontera Norte (COLEF), México. Profesor de Tiempo Completo Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la UABC Tijuana. Temas de investigación: evaluación de la docencia, aprendizaje situado.

Edna Luna-Serrano

eluna@uabc.edu.mx

Mexicana. Doctora en Educación por la Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Investigadora en el Instituto de Investigación y Desarrollo Educativo (IIDE) de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), México; miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Temas de investigación: evaluación educativa y valores profesionales.



Desenvolvimento de um formulário de avaliação da competência de supervisão clínica em Medicina

RESUMO

O alvo deste artigo é relatar o processo de desenvolvimento de um formulário de avaliação da competência de supervisão clínica em Medicina com base na opinião dos estudantes. Iniciou-se a partir da identificação dos domínios do supervisor clínico, depois foi desenhada a matriz de planejamento do formulário, que foi validada através do juízo de especialistas; posteriormente foi integrada a primeira versão do formulário e foi submetido a estudo piloto; finalmente, foram obtidas evidências de validade. O formulário é uma contribuição à necessidade de instrumentos válidos para melhorar o ensino clínico.

Palavras chave: avaliação, supervisão, competência clínica, formulários.

Development of a questionnaire assessing the competence of clinical supervision in Medicine

ABSTRACT

The purpose of this article is to report the process of designing a clinical supervision competency assessment questionnaire in Medicine based on student opinion. It was based on the identification of the knowledge requires by the clinical supervisor, to the design the planning matrix of the questionnaire, which was validated through expert judgment. The first version of the questionnaire was subsequently integrated and submitted to a pilot study. Finally, evidence of validity was obtained. The questionnaire is a contribution to the need for valid instruments to improve clinical teaching.

Key words: evaluation, supervision, clinical competence, questionnaires.

Recepción: 14/12/15. **Aprobación:** 26/07/16.



Introducción

Los cuestionarios de evaluación docente con base en la opinión de los estudiantes han sido de utilidad para valorar el desempeño de los profesores en las aulas universitarias donde se enseña medicina (Valle *et al.*, 2004; Salas, Ortiz y Alaminos, 2005), empero, debido a las particularidades de la enseñanza en atención directa a pacientes, la evaluación de la supervisión clínica queda fuera de su alcance (García-Vigil, 2005). A este respecto, Gómez (2008) añade que la calidad de la enseñanza es un aspecto que suele obviarse y existe escasa evidencia sobre la utilización de instrumentos de evaluación en los campos clínicos, ya que se presta mayor atención a la evaluación de los docentes en el aula.

Este estudio surge al identificar la insuficiencia de evidencias teóricas y, sobre todo, empíricas acerca de la evaluación de la docencia en la Medicina Clínica. A diferencia de lo que sucede en las actividades áulicas, es poca la evidencia empírica que describe cómo se enseña y, principalmente, cómo se evalúa a los supervisores en las actividades prácticas conocidas como campos clínicos en Medicina (Fluit, Bolhuis, Grol, Laan y Wensing, 2010; Gómez, Rosales y Vázquez, 2014). La pregunta que guía esta investigación es: ¿Cuáles son los elementos esenciales a considerar en la evaluación de la competencia de supervisión clínica en Medicina con base en la opinión de los estudiantes? Asimismo, el objetivo es desarrollar un instrumento de evaluación de la competencia de supervisión clínica con base en la opinión de los estudiantes. Se persiguen dos objetivos específicos: a) identificar las competencias necesarias en los supervisores clínicos, y b) aportar evidencias de validez y confiabilidad del instrumento de evaluación de la supervisión clínica.

El diseño del cuestionario parte del Modelo de Evaluación de la Competencia Docente (MECD) (García-Cabrero, Loredó, Luna y Rueda, 2014) debido a que dicho modelo ha sido probado empíricamente en diferentes contextos universitarios y se

han generado evidencias de confiabilidad y validez de las interpretaciones producto de su utilización en muestras amplias (Luna, Calderón, Caso y Cordero, 2012; Luna y Reyes, 2015).

La enseñanza clínica de la Medicina

La enseñanza de la Medicina se desarrolla predominantemente en el trabajo, en el contacto directo con pacientes reales, en contextos hospitalarios, clínicos, de atención domiciliaria y ambulatoria con instrumental especializado (Lifshitz-Guinzberg, 2012).

La práctica clínica requiere de un alto nivel de control porque se atiende directamente a pacientes en condición de enfermedad. De esta manera la enseñanza clínica demanda un balance entre supervisión y autonomía ya que, “el ambiente educativo óptimo se construye proveyendo autonomía a los aprendices incluso cuando están siendo supervisados” (Schumacher, Bria y Frohna, 2013: 2613). Lo anterior se justifica, señalan los mismos autores, con el fin último de la educación médica: la práctica independiente de la profesión.

La enseñanza de la Medicina se divide en tres tipos de actividades: a) actividades *teóricas* con objetivo informativo que se desarrollan en el aula universitaria; b) actividades *prácticas* que se llevan a cabo en laboratorio y anfiteatros, y que ponen mayor énfasis en técnicas y procedimientos específicos; y c) actividades *asistenciales* que se desarrollan en entornos clínicos y consisten en prácticas de atención a pacientes reales con supervisión de médicos expertos (Hamui *et al.*, 2012).

La distinción entre estos tres tipos de actividades no implica la segmentación de la enseñanza de la Medicina, al contrario; en teoría, en los currícula de Medicina actuales, el modelo educativo basado en competencias demanda la integración de los tres tipos de actividades durante toda la formación profesional, por lo cual en un mismo periodo lectivo confluyen los tres tipos.

Las actividades dirigidas al desarrollo de la competencia clínica suelen ser referidas por los expertos



en el estudio de los procesos pedagógicos en Medicina como “enseñanza clínica” y hacen referencia al proceso formativo centrado en los pacientes y sus problemas, desarrollado en hospitales, clínicas, medio ambulatorio y en la comunidad (Spencer, 2003).

La enseñanza clínica tiene relación con los conceptos de aprendizaje en el trabajo y aprendizaje basado en la práctica, ya que los tres conceptos hacen referencia al desarrollo de competencias profesionales con base en el desarrollo de tareas reales propias del gremio o disciplina en la que se centra el proceso (Durante, 2012).

Respecto a los métodos didácticos utilizados, Hamui *et al.* (2012) reportan cuatro tipos de actividades privilegiadas en la enseñanza clínica de la Medicina en el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM): a) revisión de expedientes clínicos, b) planificación de intervenciones clínicas, c) paso de visita supervisada por el médico de base, y d) planteamiento de una pregunta relevante a partir de la práctica clínica.

La supervisión clínica de la Medicina

En la literatura confluyen al menos tres conceptos para referirse a los profesionales que se desempeñan como enseñantes en los campos clínicos: profesor, supervisor y facilitador. Trejo-Mejía *et al.* (2005) utilizan el concepto de profesor, haciendo énfasis en el aspecto didáctico de la función docente más que en la atención específica a los pacientes en condición de enfermedad; esto es, concentran su análisis en el aspecto metodológico de la enseñanza clínica y el consecuente diseño de experiencias de aprendizaje significativo.

El profesor clínico crea un clima constructivo para el aprendizaje, capitaliza su experiencia clínica diaria al reflexionar sobre su propia práctica y compartirlo con los alumnos; incluye al alumno en la atención al paciente y discute las particularidades de los casos fomentando la participación (Trejo-Mejía *et al.*, 2005).

Asimismo, existen otros autores que utilizan el concepto de supervisor clínico (ver a Fluit *et al.*, 2010

y Clinical Excellence Commission, 2012), concentrándose en los procesos de enseñanza que se desarrollan al atender directamente a los pacientes en condición de enfermedad, se incluyen las funciones administrativas y de gestión de recursos que demandan las condiciones de las instituciones de salud.

Por su parte, Harvey *et al.* (2002) introducen un concepto con tintes más humanistas y sostienen que la práctica médica basada en evidencias requiere de procesos en los cuales los profesionales de la salud más experimentados “hagan más fácil” la implementación de la evidencia a la práctica, por lo cual *la facilitación* surge como un concepto proveniente “de los campos de la consejería y del aprendizaje centrado en el estudiante, influenciado ampliamente por la psicología humanista” (Harvey *et al.*, 2002: 580).

Cada uno de estos conceptos (supervisor, profesor y facilitador) comparten el énfasis en el modelamiento del desempeño de los estudiantes para el desarrollo de las competencias profesionales de la Medicina. Empero, el análisis de la literatura permite identificar la predominancia del concepto de supervisor clínico para referirse a aquellos médicos especialistas que se desempeñan como docentes en los campos clínicos de la Medicina y atienden simultáneamente tres elementos fundamentales: a) las necesidades de atención médica de los pacientes en condición de enfermedad, b) las necesidades formativas de los estudiantes, y c) las condiciones institucionales de la sede en la que se desarrolla el proceso.

Es así como se propone el análisis simultáneo de los roles y dominios bajo el concepto de supervisión clínica en Medicina, distinguiendo entre actividades clínicas y actividades académicas. Deane y Murphy (2013) sostienen que la enseñanza de la Medicina en los campos clínicos busca desarrollar la competencia médica y se divide en dos tipos de actividades, por una parte las “actividades clínicas” en las que el aprendiz es un miembro integral del equipo de atención médica de una institución de salud, donde observa, asiste y ejecuta actividades propias de la profesión; por otra



parte, “las actividades académicas” aluden a sesiones tutoriales interactivas de discusión de casos, hipotéticos o reales, en pequeños grupos.

La distinción entre estos dos tipos de actividades en la enseñanza clínica de la Medicina también es señalada por Sinclair (2004), con la diferencia de que el autor distingue dos tipos de sesiones académicas: conferencias de casos y el *Journal Club*. La conferencia de casos hace referencia a sesiones semanales en las que se presenta un caso clínico concreto y se discuten las posibles formas de abordarlo; y el *Journal Club* es posterior a la conferencia de casos, centrándose en el análisis de artículos de divulgación científica.

De esta manera, la identificación de los dominios de los supervisores clínicos es un proceso fundamental para su evaluación y aseguramiento de la calidad ya que, como lo señalan Fluit *et al.* (2010), García-Vigil (2005) y Valle *et al.* (2004) parece existir una relación causal entre la calidad de la supervisión clínica y la atención de los pacientes en condición de enfermedad.

Evaluación de la supervisión clínica

En educación superior —y en Medicina en particular— suelen privilegiarse tres estrategias para evaluar la docencia: a) la evaluación con base en la opinión de los alumnos, b) la autoevaluación y c) el rendimiento académico de los estudiantes (Gómez *et al.*, 2014).

Gómez (2008) diseñó y validó un instrumento de evaluación de la competencia docente en campos clínicos de la Odontología debido a que identificó escasa evidencia sobre la utilización de cuestionarios para dichos propósitos. El instrumento está constituido por 28 ítems con base en seis dominios. Los dominios que se evaluaron son: a) competencias didácticas para la clínica, b) fundamentación de la actividad clínica en los avances del conocimiento en ciencias, c) compromiso con la enseñanza en los campos clínicos, d) competencias actitudinales para la enseñanza en campos clínicos, e) competencias evaluativas en la clínica y f) atención al desarrollo integral.

Gómez, Rosales y Vázquez (2014) coinciden con Gómez (2008) y García-Vigil (2005) al señalar que la evaluación de la docencia médica se ha centrado, comúnmente, en el escenario áulico, soslayando los campos clínicos, por lo que diseñaron y validaron un instrumento para medir la calidad de la práctica docente en los campos clínicos con base en la opinión de los alumnos, que consta de 15 ítems. Empero, no se reportan los dominios que se evalúan, es decir, no explicitan qué es lo que se evalúa y cómo se valora cada elemento.

Algo similar al caso mexicano sucede a nivel internacional, Fluit *et al.* (2010) realizaron un meta-análisis de más de 2 700 estudios publicados entre 1976 y 2010 tratando de identificar el contenido, validez y fines de los instrumentos de evaluación de la docencia clínica de la Medicina. Los resultados reflejan que la planificación de la supervisión se mide de manera tangencial, la asignación de trabajo clínico está sub-representada y la evaluación de los aprendizajes es casi nula. Asimismo, los instrumentos analizados presentan vacíos en cuanto a su generabilidad, confiabilidad y validez.

Método Participantes

En el desarrollo del trabajo se contó con el siguiente grupo de participantes: a) el grupo de validación de la matriz de planeación del cuestionario se conformó por una experta en psicometría y cuatro supervisores clínicos con un promedio de 16 años de experiencia, quienes alternan su labor entre una universidad pública mexicana y algunas instituciones públicas de salud; b) el grupo de validación del cuestionario se integró con seis supervisores de campos clínicos de Medicina con una media de 18.5 años de experiencia docente, inscritos a dos universidades públicas mexicanas; y c) alumnos del estudio piloto a los que se les aplicó la primera versión del cuestionario, en total fueron 37 estudiantes (con un rango de edad entre 21 y 26 años) que cursan unidades de aprendizaje



clínicas que se ofertan en una universidad pública mexicana.

Materiales

El Modelo de Evaluación de la Competencia Docente (MECD) (García-Cabrero *et al.*, 2008) fue el material principal que permitió la presente investigación. El MECD se fundamenta en cuatro dimensiones: contexto institucional, previsión del diseño, conducción y valoración de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Asimismo, se utilizó el “Cuestionario de autoevaluación de la competencia de supervisión de prácticas clínicas en Medicina y Psicología”, producto del proyecto “Redes colaborativas en la formación-evaluación de profesores”.

El cuestionario de autoevaluación parte de tres de las dimensiones del MECD (planificación de la enseñanza, conducción y evaluación) y las adapta para los escenarios clínicos de enseñanza de Medicina y Psicología; al final el cuestionario quedó conformado por seis competencias:

1. Planear el programa de supervisión: establecimiento de las metas de la formación, objetivos, tareas, estrategias, tiempo, espacio, recursos y criterios de evaluación a partir del programa de estudios y de las condiciones específicas de la institución.
2. Gestionar el proceso de supervisión: las acciones formativas que realiza el supervisor para apoyar los planes individuales y grupales de intervención. Dichas actividades se desarrollan antes, durante y después de la intervención, e incluye la generación de un clima social apropiado para el desarrollo personal y profesional de los supervisados.
3. Dar seguimiento, ajustar y monitorear las acciones desarrolladas: diversas modalidades de realimentación a los desempeños de los alumnos y la aplicación de estrategias de evaluación formativa.

4. Utilizar formas de comunicación adecuadas para realizar el trabajo de supervisión: la comunicación de ideas, conocimientos y sentimientos para generar confianza y empatía con los supervisados y la promoción del pensamiento crítico reflexivo.
5. Valorar los procesos de supervisión individual y grupal: la evaluación del logro de las metas de la formación, del servicio a la comunidad, de la intervención, así como de las estrategias utilizadas.
6. Comunicar los resultados del programa de supervisión: el proceso de reporte del proceso de supervisión dirigido a los involucrados.

Procedimiento

Fase 1. Identificación de los dominios del supervisor clínico con base en la literatura. Esta fase permitió sistematizar la información de la literatura sobre el proceso de supervisión clínica y los dominios de los supervisores en los campos clínicos de la Medicina e identificar las actividades esenciales que desempeñan los supervisores.

Fase 2. Diseño de la matriz de planeación del cuestionario. En esta fase se utilizó el Cuestionario de autoevaluación de la competencia de supervisión de prácticas clínicas en Medicina y Psicología para contrastar las competencias que considera con los hallazgos, producto de la identificación de los dominios del supervisor clínico con base en la literatura.

El nivel de correspondencia de los dominios definidos en el análisis teórico y las competencias que se desprenden del cuestionario de autoevaluación se plasmaron en una tabla de contraste (ver tabla 1), de acuerdo con el procedimiento desarrollado por Kendall *et al.* (2011, citado en García-Cabrero *et al.*, 2014).

Como se identificó una alta coincidencia entre las dimensiones contrastadas, se decidió utilizar el cuestionario de autoevaluación como base para la definición de la matriz de planeación. El proceso consistió



Tabla 1. Criterios para determinar niveles de coincidencia

Nivel		Criterios
Fuerte		Todos los aspectos coinciden entre los dominios y competencias.
Satisfactorio	Específico	Casi todas las características coinciden, aunque los detalles no coinciden.
	Ámbito de incumbencia	Implica que no todos los dominios se encuentran en el cuestionario de autoevaluación.
	Énfasis/fraseo	Implica que aunque los dominios consideran un contenido similar al del cuestionario de autoevaluación, existen diferencias notables de énfasis y fraseo.
	Implícito	El contenido del cuestionario se encuentra implícito en los dominios, pero no aparece de manera explícita.
Débil		El contenido del análisis teórico se encuentra pobremente relacionado con el cuestionario de autoevaluación, existen diferentes énfasis en los contenidos y los niveles de especificidad varían considerablemente.

Fuente: adaptada de García-Cabrero et al. (2014).

en definir los ítems que representan acciones observables por los alumnos a partir de tres categorías: a) *reactivos aceptados (A)*, se refiere a todos los ítems que serán utilizados únicamente modificando el sujeto de la acción, pasando de la primera a la tercera persona del singular; b) *reactivos no aceptados (NA)* son aquellos que no corresponden a acciones que pueden ser observadas por los alumnos, y c) *reactivos aceptados con modificaciones (AM)*, incluye los ítems que pueden ser valorados por los alumnos, pero que es necesario reestructurar fusionando (en caso de que más de un ítem haga referencia a la misma acción) o desagregando (en caso de que un ítem contenga más de una acción).

Una vez identificados los atributos observables por los alumnos, se sometieron a análisis semántico y sintáctico. Para este propósito el banco de ítems se sometió a la consideración de una experta en redacción de textos científicos, para que hiciera recomendaciones de forma.

Fase 3. Validación por expertos de la matriz de planeación del cuestionario. Consistió en poner las dimensiones,

competencias e ítems que constituyen la matriz de planeación a consideración de un psicómetra y cuatro expertos en supervisión clínica. En esta sesión de jueceo se valoraron tres elementos: a) la claridad del reactivo, o grado en que el ítem comunica de manera objetiva el enunciado; b) la factibilidad del reactivo, grado en que el ítem puede ser contestado por el estudiante; y c) la congruencia, el grado en que los reactivos se corresponden lógicamente con la competencia a la que pertenecen. Los juicios de los expertos fueron tratados mediante análisis cualitativo de contenido.

De esta manera, se tomaron en consideración aquellas modificaciones que fueron propuestas por al menos dos jueces, integrándose la primera versión del cuestionario con los reactivos que habrían de utilizarse en la fase piloto del estudio.

Fase 4. Estudio piloto. En esta fase se aplicó la primera versión del cuestionario a 37 estudiantes de Medicina —que cursan unidades de aprendizaje clínicas en una universidad pública del noroeste de México— con el propósito de analizar la consistencia interna



del cuestionario; se calcularon análisis de frecuencias e Índice de Confiabilidad (Alfa de Cronbach) mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versión 21.

Fase 5. Validación de contenido de los reactivos. Se solicitó a los expertos del grupo de validación del cuestionario que valoraran los reactivos de la primera versión, calificándolos de acuerdo con lo propuesto con Lawshe (1975): reactivos esenciales, reactivos útiles pero no esenciales y reactivos no necesarios.

Para analizar la información producto del jueceo se utilizó la propuesta de adaptación del *Content Validity Ratio (CVR)* y *Content Validity Index (CVI)* originalmente propuesto por Lawshe (1975) y modificado por Tristán (2008). La expresión algebraica utilizada para el cálculo del CVR fue:

$$CVR' = n_e / N$$

Donde:

n_e = número de expertos que tienen acuerdo en la categoría *esencial*.

N = número total de expertos que participaron en el proceso de jueceo.

El índice de Validez de Contenido (CVI) se calculó mediante un promedio simple de todos los ítems aceptables ($CVR \geq 0.58$).

Fase 6. Integración del cuestionario. En esta fase se integraron los resultados del estudio piloto y la validación por jueceo con el fin de depurar el instrumento y tener una versión más parsimoniosa y adecuada. Los criterios para la utilización de los reactivos fueron: a) los reactivos que presenten un valor mayor a 0.35 en el índice de homogeneidad corregido¹ se quedan como parte del cuestionario, y b) los reactivos que obtienen valores por encima de 0.5823 en el cálculo de la Razón de Validez de Contenido (CVR),

por considerarse *esenciales* de acuerdo con los criterios propuestos por Tristán (2008).

Resultados

Fase 1. Identificación de los dominios del supervisor con base en la literatura

De acuerdo con Trejo-Mejía *et al.* (2005) es necesario reconocer los mínimos elementos a considerar en los roles de los supervisores clínicos, lo cual implica para el presente análisis explicitar los dominios de los supervisores. Así, en la literatura sobre la enseñanza clínica de la Medicina se reconocen por lo menos ocho dominios de los supervisores clínicos:

1. *Modelar*, Fluit *et al.* (2010) señalan que los buenos supervisores en los campos clínicos son modeladores del desempeño de sus estudiantes mediante el ejemplo de buenas prácticas profesionales en lo referente al cuidado del paciente e interacción en la institución de salud, lo que implica que el supervisor clínico muestra a los estudiantes las características de las mejores prácticas de cuidado médico de los pacientes, aspectos administrativos y éticos. Por su parte, el Health And Human Services (HHS, por sus siglas en inglés) sostiene que el supervisor clínico se caracteriza por construir sistemas de aprendizaje en el que los nuevos profesionales se desarrollan basados en la motivación intrínseca y el modelaje, dentro de espacios respetuosos e incluyentes que promueven la capacidad de agencia.

2. *Asegurar la calidad en el cuidado clínico*, el HHS (s/f) sostiene que el supervisor en los campos clínicos es un mentor que facilita el desarrollo de competencias de los profesionales de la salud, no sólo durante su formación sino a lo largo de la vida, recalando las funciones de atención y cuidado adecuados de los pacientes.

¹ El índice de homogeneidad corregido (IHC) hace referencia al cálculo de la correlación de cada ítem con la puntuación total del cuestionario si eliminamos el efecto del ítem en cuestión. Si el IHC es muy bajo es indicativo de que el reactivo no mide lo que el resto de ítems, a lo que Likert llamó reactivos indiferenciadores y aconsejó eliminar porque perjudican la confiabilidad y validez de un instrumento.



3. *Proveer los fundamentos empíricos de las competencias profesionales*, ya que la preocupación por las buenas prácticas ha ido creciendo en los últimos años, considerando que los desempeños de los supervisados y supervisores en la clínica afectan directamente la calidad en el cuidado de los pacientes (Kennedy *et al.*, 2007). Con base en esta consideración, los aprendizajes de los supervisados requieren ajustarse a las realidades que se viven en la clínica y es ésta justamente una de las funciones de los supervisores.

4. *Evaluar los aprendizajes*, Fluit *et al.* (2010) y Kilmister y Jolly (2000) hacen referencia al uso de diversas estrategias para la evaluación formativa de los desempeños como parte del dominio evaluativo que los supervisores clínicos dominan y la valoración sumativa de las competencias médicas de los supervisados.

5. *Evaluar la utilización de los recursos*, de acuerdo con CanMEDS (2005) es necesario considerar a los médicos como miembros de organizaciones de cuidado de la salud, por lo cual los supervisores clínicos priorizan los recursos para contribuir a la eficiencia de la organización en la que colaboran, trabajar en equipo y asignar recursos apropiadamente.

6. *Establecer alianzas de aprendizaje*, Falender y Shafranske (2004) argumentan que la supervisión efectiva se basa en tres pilares interrelacionados: la relación de supervisión, el cuestionamiento y la *praxis* educativa. La relación de supervisión constituye una alianza de aprendizaje y responsabilidades compartidas; el cuestionamiento se refiere a los procesos de resolución de dudas y formación del pensamiento crítico; la *praxis* educativa se refiere a las estrategias de aprendizaje que utilizará el supervisado.

7. *Crear un clima constructivo de aprendizaje*, la conformación de ambientes de aprendizaje en los que existan vínculos afectivos adecuados que faciliten la comunicación, la consulta y la retroalimentación entre los miembros de equipo médico, incluyendo supervisores y supervisados, es parte del séptimo dominio a considerar (Falender y Shafranske, 2004; Hore, Lancashire y Fassett, 2009).

8. *Promover el pensamiento crítico*, según lo establecen Harvey *et al.* (2002) es fundamental que los supervisores formen en los alumnos que aprenden en los campos clínicos, las capacidades para reflexionar sobre su propia práctica y adecuarla a las condiciones contextuales que enfrentan en momentos determinados.

Estos ocho dominios producto del análisis teórico tienen un alto nivel de coincidencia con la mayoría de las competencias del cuestionario de autoevaluación. Como se presenta en la tabla 2: a) como una primera dimensión que se refiere a la coordinación de actividades, los dominios de aseguramiento de la calidad del cuidado clínico y de provisión de fundamentos empíricos coinciden en su contenido con la competencia de gestión del proceso de supervisión; b) como una segunda dimensión de aprendizaje vicario, el modelaje y la promoción del pensamiento crítico coinciden con la competencia de seguimiento de las actividades de los supervisados; c) como una tercera dimensión sobre el ambiente de aprendizaje, las alianzas y el clima constructivo de aprendizaje se corresponden con la competencia que se refiere a formas de comunicación adecuadas, y d) en una dimensión evaluativa, los dominios de evaluación de los aprendizajes y de los recursos coinciden con la competencia de valorar los procesos de supervisión individual y grupal.

Mención particular merecen dos de las competencias que no coinciden con ninguno de los dominios surgidos de la literatura: a) la competencia de planificación del programa de supervisión no tiene parangón en los resultados del análisis teórico, sin embargo se incluirá en la matriz de planeación debido a que la supervisión clínica sistemática demanda un proceso de planificación (Fluit *et al.*, 2010), no se hace intuitivamente; y b) la competencia de comunicación de los resultados del programa de supervisión no se utilizará debido a que no se identificaron dominios coincidentes y no se consideran elementos esenciales de la supervisión clínica en Medicina.


Tabla 2. Niveles de coincidencia entre los dominios del análisis teórico y las competencias del cuestionario de autoevaluación

Dominios	Competencias	Nivel de coincidencia
-Asegurar la calidad en el cuidado clínico -Proveer los fundamentos empíricos de las competencias profesionales	Gestionar el proceso de supervisión	Específico
-Modelar -Promover el pensamiento crítico	Dar seguimiento, ajustar y monitorear las acciones desarrolladas	Específico
-Establecer alianzas de aprendizaje -Crear un clima constructivo de aprendizaje	Utilizar formas de comunicación adecuadas para realizar el trabajo de supervisión	Específico
-Evaluar los aprendizajes -Evaluar la utilización los recursos	Valorar los procesos de supervisión individual y grupal	Fuerte

Fuente: elaboración propia.

Fase 2. Diseño de la matriz de planeación del cuestionario

El proceso de diseño de la matriz de planeación del cuestionario se basa en la adaptación del cuestionario de autoevaluación de la competencia de supervisión de prácticas clínicas en Medicina y Psicología. De los 83 reactivos contemplados en el cuestionario se utilizarán 60, ya que los restantes 23 no son susceptibles de ser evaluados por los alumnos, en virtud de que no son procesos observables para ellos.

Como se muestra en la tabla 3, se tomó la decisión de: a) aceptar nueve de los 14 reactivos considerados en la competencia *Planear el programa de supervisión*; b) aceptar 22 reactivos, de los cuales uno requiere modificaciones en la competencia *Gestionar el proceso de supervisión*; c) aceptar 10 de los 14 reactivos de la competencia *Dar seguimiento, ajustar y monitorear las acciones desarrolladas*; d) aceptar 13 de los 14 reactivos de la competencia *Utilizar formas de comunicación adecuadas para realizar el trabajo de supervisión*, incluyendo uno que requiere modificaciones; e) aceptar seis de los ocho reactivos de la competencia

Valorar los procesos de supervisión individual y grupal; y f) no incluir los dos reactivos que se incluyen en la competencia *Comunicar los resultados del programa de supervisión*, ya que son procesos no observables por los supervisados.

Asimismo, uno de los 60 reactivos seleccionados requiere de modificaciones: el reactivo número 61 de la base inicial (n=83) se refiere a dos acciones con destinatarios diferentes, por lo que se opta por elegir sólo la acción que corresponde a conductas observables por los alumnos.

Fase 3. Validación por expertos de la matriz de planeación del cuestionario

En la opinión de cuatro de los cinco jueces es necesario hacer modificaciones a los ítems que se sometieron a su consideración.

Recomendaciones del juez número uno. La recomendación gira en torno a replantear aquellas actividades que no son responsabilidad del supervisor, sino que son desarrolladas por el jefe de enseñanza de la institución de salud sede.



Tabla 3. Relación de reactivos aceptados, no aceptados y aceptados con modificaciones

Competencia	Reactivos*			Total
	A	NA	AM	
Planear el programa de supervisión	9	5	0	14
Gestionar el proceso de supervisión	21	9	1	31
Dar seguimiento, ajustar y monitorear las acciones desarrolladas	10	4	0	14
Utilizar formas de comunicación adecuadas para realizar el trabajo de supervisión	12	1	1	14
Valorar los procesos de supervisión individual y grupal	6	2	0	8
Comunicar los resultados del programa de supervisión	0	2	0	2
Total	58	23	2	83

Fuente: elaboración propia

*Nota: A= Aceptado; nA= No aceptado; AM= Aceptado con Modificaciones.

Recomendaciones del juez número dos. A juicio del experto número dos, sería pertinente revisar la exhaustividad del cuestionario, entendiéndola como el reflejo de todos los elementos de las definiciones de las competencias en los ítems, ya que considera que varias de las competencias no son evaluadas totalmente.

Recomendaciones del juez número tres. El comentario más recurrente se refiere a la definición de las competencias, ya que considera que son poco claras y eso condiciona la congruencia de cada ítem con cada competencia. Asimismo, recomendó fusionar las competencias 3 y 5, ya que ambas se centran en la reflexión sobre la propia práctica y la evaluación.

Recomendaciones del juez número cuatro. En términos generales, el juez calificó como muy claros, muy factibles y muy congruentes los ítems que se pusieron a su consideración. Sin embargo, hizo recomendaciones en torno

a la redacción de dos de los reactivos: a) para el reactivo número 29 recomendó que se incluyera la simulación dentro del paréntesis, y b) en el reactivo número 31 definir el concepto “apoyos de contención” o utilizar otro término.

Para clasificar las opiniones se utilizaron tres categorías analíticas: claridad, factibilidad y congruencia (ver tabla 4). Como es evidente, las valoraciones de los expertos no son unívocas, esto es, no necesariamente hay un acuerdo. Sin embargo, para utilizar la información del jueceo de la matriz de planeación e integrar la primera versión del cuestionario se optó por hacer las modificaciones sólo a aquellos reactivos que fueron objeto de comentarios similares de por lo menos dos jueces.

Con base en la información recabada hasta este punto se tomaron las siguientes decisiones: a) se cambió la redacción de los reactivos 13, 15, 26 y 30; y b)



se eliminaron los reactivos 3 y 4 que se encuentran subsumidos en el número 2, caso similar sucedió con el reactivo número 5 que ya estaba contenido en el 7. De esta manera se integró un cuestionario de 57 reactivos que se utilizó para el pilotaje.

Fase 4. Estudio piloto

El índice de confiabilidad obtenido a través del cálculo del alfa de Cronbach para las medidas obtenidas con los 57 reactivos es de 0.947, lo que se interpreta como un valor excelente. Al analizar las correlaciones entre los reactivos y el total de la medida, se identificaron siete reactivos con valores no significativos por debajo de 0.35, que de ser eliminados no afectarían la confiabilidad.

Sumado a lo anterior, los alumnos que participaron en el pilotaje del cuestionario expresaron de forma escrita y oral varios elementos que podrían ser considerados para mejorar la claridad del instrumento (ver tabla 5). Los comentarios se organizan en torno a: a) problemas con la escala, donde las opciones de respuesta no permiten discriminar y tienden a sugerir

por respuestas dicotómicas (presencia o ausencia del atributo); b) la claridad de los reactivos, sobre todo a la utilización de conceptos que no son claros para los estudiantes; c) la redundancia entre reactivos, que reflejaría que varios ítems miden el mismo atributo, lo cual podría estar relacionado con el alto valor del alfa de Cronbach reportado en esta medición, y d) la falta de correspondencia con la realidad empírica, esto es, reactivos que poco tienen que ver con lo que los estudiantes viven en el día a día.

Fase 5. Validación de contenido de los reactivos

Los expertos distinguieron entre aquellos reactivos que son esenciales, los que son útiles pero no esenciales y los que son innecesarios. Del total de 57 reactivos sometidos a juicio, 13 no alcanzaron el valor mínimo de CVR. De esta manera los reactivos 11, 14, 18, 24, 26, 28, 29, 34, 35, 41, 42, 50 y 51 son descartables con base en la opinión de los expertos. Asimismo, el Índice de Validez de Contenido (CVI) de todos los reactivos esenciales es de 0.8257.

Tabla 4. Relación de reactivos que deben ser modificados con base en la opinión de los expertos

	Claridad	Factibilidad	Congruencia
Juez 1	13, 15, 16 y 30	2, 3, 4, 6, 8 y 58	
Juez 2	2, 3, 4, 5, 7, 8, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 36, 38, 39, 40, 44, 45, 48 y 49	12, 16, 17, 25, 55, 56, 57, 59 y 60	
Juez 3	29 y 31		
Juez 4	2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 32, 33, 36, 37, 39, 44, 45, 46, 52, 55, 56 y 57		1, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 38, 39, 43, 47, 50, 51, 52, 53, 54 y 58
Juez 5			

Fuente: elaboración propia.



Tabla 5. Comentarios de los alumnos participantes en el pilotaje

Reactivo	Comentario	Interpretación
Todos	"Las respuestas <i>casi nunca</i> y <i>algunas veces</i> me parecen que son iguales, no sé cuál es la diferencia"	La escala de respuesta no discrimina
3, 4, 5 y 6	"Esto se hace sólo al principio del curso, ¿cómo puedo decir si lo hace siempre si sólo llevo una clase con el profesor?"	No se pueden medir en frecuencia, puesto que son eventos que sólo ocurren una vez
5	"¿Qué es una <i>unidad de aprendizaje</i> ?"	Falta claridad en el concepto
4, 5 y 6	"En el plan deberían de venir las unidades de aprendizaje y los criterios de evaluación, ¿no?"	Redundancia en los reactivos
17	"Nosotros nunca planificamos, los profesores son los que dicen siempre qué hacer"	No corresponde con la realidad empírica
18, 19, 20 y 21	"Estas preguntas [19, 20 y 21] son lo mismo que esta [18], sólo quita tiempo y pregunta exactamente lo mismo"	Redundancia
22 y 35	"Preguntan lo mismo del modelamiento"	Redundancia
27	"Nota: en Medicina, en mi experiencia, aquí nunca nos dan tiempo para reflexionar [cara triste]"	No corresponde con la realidad empírica
33	"Nunca promueven que analicemos nuestro desempeño"	No corresponde con la realidad empírica
45 y 46	"Los dos se refieren a que los alumnos expresemos lo que pensamos y sentimos"	Redundancia
25, 32, 33, 53, 56	"Todas las preguntas que marqué evalúan la retroalimentación, parece que son lo mismo"	Redundancia

Fuente: elaboración propia.



Fase 6. Integración del cuestionario

Los reactivos 1, 9, 13, 14, 37, 38 y 47 obtuvieron un índice de homogeneidad corregido menor a 0.350, por lo cual se decidió eliminarlos del cuestionario. Con el cálculo del CVR se pudieron identificar 13 reactivos (11, 14, 18, 24, 26, 28, 29, 34, 35, 41, 42, 50 y 51) que serán desechados por no lograr obtener un valor mínimo de 0.5823 en la razón mencionada, lo que significa que no son contenidos esenciales.

Segunda versión del cuestionario

De acuerdo con los resultados obtenidos, la versión final del cuestionario consta de 38 reactivos (ver anexo 1), divididos en cinco competencias: a) la competencia de “planear el programa de supervisión” compuesta por cinco reactivos, b) la competencia “gestionar el proceso de supervisión” que incluye 13 reactivos, c) la competencia “dar seguimiento, ajustar y monitorear las acciones desarrolladas” constituida por ocho reactivos, d) la competencia “utilizar formas de comunicación adecuadas” que integra siete reactivos, y e) la competencia “valorar los procesos de supervisión individual y grupal” formada por cinco reactivos.

Conclusiones

La enseñanza clínica de la Medicina es un proceso complejo, con la particularidad de conjugar la atención a pacientes reales, la formación de futuros médicos y las necesidades institucionales de las sedes.

Por lo tanto, identificar teórica y empíricamente las actividades esenciales que se deben desarrollar en la supervisión clínica de la Medicina, conlleva responder a la ausencia de evidencias sobre la evaluación de la enseñanza *in situ*.

La supervisión clínica, como un mecanismo causal de aseguramiento de la calidad de la atención a los pacientes (Fluit *et al.*, 2010; García-Vigil, 2005, y Valle *et al.*, 2004) y como un medio para el logro de la práctica independiente de la profesión médica (Schumacher, Bria y Frohna, 2013), requiere de sistemas de evaluación que ayuden a la toma de decisiones para su mejora; así, el cuestionario desarrollado es un aporte a la necesidad de instrumentos que sirvan para retroalimentar el desempeño profesional de los supervisores clínicos, orientar la reflexión continua sobre su práctica y guiar su formación.

Cabe destacar que el desarrollo del cuestionario no se reduce a una adaptación mecánica, más bien fue un proceso sistemático que integró elementos que son destacados en la literatura internacional, la consulta de expertos para validar el contenido, tomando en cuenta la opinión de los estudiantes, acumulando evidencias de confiabilidad y validez externa.

Si bien hay elementos que evidencian que la escala mide los elementos esenciales de la supervisión clínica en medicina, es necesario acumular evidencias de validez interna, esto es, analizar su estructura factorial. Dicha fase queda como una condición por satisfacer y reportar. ■



Anexo 1. Cuestionario de apreciación estudiantil de la competencia de supervisión clínica en Medicina

Nombre de la materia (clínica): _____				
Instrucciones: a continuación se presenta una serie de afirmaciones sobre el desempeño de tu supervisor. Ubica y señala tu opinión sobre cada una de ellas de acuerdo con la siguiente escala.				
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Siempre
Ítems	1	2	3	4
Planear el programa de supervisión				
Explica el marco reglamentario que condiciona las prácticas clínicas (leyes, reglamentos, normas de seguridad, código ético, entre otros).				
Al inicio del curso, identifica los conocimientos previos de los estudiantes.				
Presenta el plan de supervisión (contenidos, organización y evaluación).				
Define las unidades de aprendizaje en el programa de supervisión.				
Presenta los criterios de evaluación del programa de supervisión.				
Gestionar el proceso de supervisión				
Realiza actividades para presentarse ante los alumnos, que se conozcan entre ellos y se integren al grupo.				
Presenta a los estudiantes con los profesionales y personal involucrado en el servicio que se brinda en la sede.				
Sugiere a los alumnos estrategias e instrumentos para identificar las necesidades de atención de los pacientes.				
Promueve que los estudiantes apliquen estrategias que mejoren su desempeño individual y grupal.				
Plantea situaciones de la sede que exigen a los estudiantes tomar decisiones sobre los procedimientos más adecuados para desarrollar su intervención.				
Organiza sesiones de análisis de casos para que los alumnos vinculen la teoría con la práctica.				
Desarrolla sesiones de análisis de situaciones prácticas de intervención para que los alumnos reflexionen sobre la dimensión teórica.				
Desarrolla sesiones de análisis de situaciones prácticas de intervención para que los alumnos reflexionen sobre la dimensión práctica.				
Desarrolla sesiones de análisis de situaciones prácticas de intervención para que los alumnos reflexionen sobre la dimensión ética.				



Selecciona diversas estrategias didácticas acordes al nivel de desempeño del alumno para que realice eficazmente la intervención (como el modelamiento, discusión de videos, etc.).				
Promueve que los alumnos participen expresando sus dudas de acuerdo a sus necesidades de formación.				
Observa y retroalimenta a los alumnos en la ejecución de algún procedimiento.				
Contempla, durante la supervisión, la asignación de un tiempo suficiente y espacio adecuado para que los alumnos reflexionen acerca de los sentimientos experimentados en diferentes etapas o situaciones del proceso de intervención.				
<i>Dar seguimiento, ajustar y monitorear las acciones desarrolladas</i>				
Promueve que los alumnos dialoguen acerca de los factores que influyen en los alcances y limitaciones de sus intervenciones.				
Guía a los estudiantes en la selección y uso de instrumentos para que documenten y den seguimiento a sus intervenciones.				
Explica a los estudiantes los criterios de desempeño que deben alcanzar para garantizar una intervención exitosa en la sede.				
Al final de las sesiones identifica los avances y limitantes de los alumnos en su intervención para proporcionar retroalimentación positiva, constructiva y correctiva.				
Durante la retroalimentación favorece que los alumnos analicen su propio desempeño y expresen juicios de valor fundamentados.				
Sugiere a los estudiantes materiales y lecturas específicas de acuerdo con las necesidades que detectó durante su intervención.				
Apoya a los estudiantes a través de modelamiento e intervención directa para la solución de problemas que se presentan en el escenario.				
Apoya a los estudiantes para que resuelvan eficazmente incidentes o situaciones imprevistas.				
<i>Utilizar formas de comunicación adecuadas</i>				
Proporciona explicaciones e instrucciones claras y precisas.				
Se expresa de manera clara y coherente en los escritos que envía o entrega a los estudiantes y comunidad del escenario.				
Respeto los diferentes puntos de vista de los estudiantes.				
Promueve que los estudiantes expresen sus diferentes puntos de vista.				
Genera confianza en los estudiantes para que manifiesten los sentimientos y estados de ánimo que afectan su desempeño.				
Se comunica de manera respetuosa con los alumnos.				
Retoma los planteamientos de los estudiantes durante el desarrollo de las actividades en las sesiones grupales para promover la participación.				



Valorar los procesos de supervisión individual y grupal				
Realiza evaluaciones para retroalimentar a los alumnos sobre su avance en el proceso de adquisición de las competencias.				
Realiza evaluaciones para retroalimentar sobre el logro de las metas de formación.				
Utiliza diversas estrategias y recursos para evaluar el desempeño de los alumnos.				
Retroalimenta a los alumnos sobre los logros alcanzados en su desempeño.				
Ofrece recomendaciones específicas para mejorar el desempeño de los alumnos.				

Utiliza diversas estrategias y recursos para evaluar el desempeño de los alumnos.

Referencias

- Clinical Excellence Commission (CEC) (2012), *Clinical supervision at the point of care. Patient Safety Report*, Australia, CEC, <http://www.cec.health.nsw.gov.au/__documents/programs/patient-safety/patient-safety-report-clinical-supervision-2012.pdf> [Consulta: marzo 2014].
- Deane, Richard y Deidre Murphy (2013), "Student attendance and academic performance in undergraduate obstetrics/gynecology clinical rotations", en *The Journal of American Medical Association*, vol. 310, núm. 21, pp. 2282-2288, <doi:10.1001/jama.2013.282228> [Consulta: marzo 2014].
- Durante, Eduardo (2012), "La enseñanza en el ambiente clínico: principios y métodos", en *Revista de Docencia Universitaria*, vol. 10, núm. 1, pp. 149-175, Número especial, <<http://red-u.net/redu/index.php/REDU/article/view/468>> [Consulta: enero 2014].
- Falender, Carol y Edward Shafranske (2004), *Clinical supervision a competency-based approach*, Washington, American Psychological Association, <<http://content.apa.org/books/2004-14267-000>> [Consulta: marzo 2014].
- Fluit, Cornelia, Sanneke Bolhuis, Richard Grol, Roland Laan y Michel Wensing (2010), "Assessing the quality of clinical teachers", en *Journal of General Internal Medicine*, vol. 25, núm. 12, pp. 1337-1345, <doi: 10.1007/s11606-010-1458-y> [Consulta: marzo 2014].
- García-Cabrero, Benilde, Javier Loredó, Edna Luna y Mario Rueda (2014), *Competencias docentes en educación media y superior. Desarrollo y validación de un modelo de evaluación*, México, Universidad Autónoma de Baja California/Juan Pablos Editor.
- García-Cabrero, Benilde, Javier Loredó, Edna Luna y Mario Rueda (2008), "Modelo de evaluación de competencias docentes para la educación media y superior", en *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, vol. 1, núm. 3, pp. 124-136, <http://www.rinace.net/riee/numeros/vol1-num3_e/art8.html> [Consulta: septiembre 2013].
- García-Vigil, José (2005), "Propuesta de instrumento de evaluación", en *Revista de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 43, núm. 1, pp. 71-73,



- <<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im051k.pdf>> [Consulta: enero 2015].
- Gómez, José Francisco (2008), "Desarrollo y validación de un cuestionario para evaluar la docencia clínica odontológica (CEDCO) en la FES Iztacala de la UNAM", en *Revista Odontológica Mexicana*, vol. 12, núm. 3, pp. 120-125, <<http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo083b.pdf>> [Consulta: enero 2015].
- Gómez, Víctor, Sandra Rosales y José Vázquez (2014), "Validez y consistencia de un instrumento para evaluar la práctica docente en clínica médica de pregrado", en *Revista Educación y Desarrollo*, vol. 28, núm. 19, pp. 15-20, <http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antteriores/28/028_Gomez.pdf> [Consulta: enero 2015].
- Hamui, Alicia, Carlos Laval, Arturo Díaz, Danae Gómez, José Carrasco y Pelayo Vilar (2012), "Las actividades académicas en contextos clínicos por especialidades: percepción de los estudiantes", en *Revista Investigación en Educación Médica*, vol. 2, núm. 1, pp. 25-36, <http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num01/05_AO_HAMUI.PDF> [Consulta: julio 2014].
- Harvey, Gill, Alison Loftus-Hills, Jo Rycroft-Malone, Angie Titchen, Alison Kitson, Brendan McCormack y Kate Seers (2002), "Getting evidence into practice: the role and function of facilitation", en *Journal of Advanced Nursing*, vol. 37, núm. 6, pp. 577-588, <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2002.02126.x/pdf>> [Consulta: octubre 2014].
- Health And Human Services (s/f), "Competencias para supervisores clínicos de tratamiento para abuso de drogas", <<http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/16/TAP21AManual.pdf>> [Consulta: septiembre 2014].
- Hore, Craig, William Lancashire y Robert Fassett (2009), "Clinical supervision by consultants in teaching hospitals", en *Medical Journal of Australia*, vol. 191, núm. 4, <<https://www.mja.com.au/journal/2009/191/4/clinical-supervision-consultants-teaching-hospitals>> [Consulta: noviembre 2013].
- Kennedy, Tara, Loreley Lingard, Ross Baker, Lisa Kitchen y Glenn Regehr (2007), "Clinical oversight: conceptualizing the relationship between supervision and safety", en *Society of General Internal Medicine*, vol. 22, núm. 1, pp. 1080-1085, <doi: 10.1007/s11606-007-0179-3> [Consulta: marzo 2014].
- Kilminster, Sue y Brian Jolly (2000), "Effective supervision in clinical practice settings: a literature review", en *Medical Education*, vol. 34, núm. 1, pp. 827-840 <doi: 10.1046/j.1365-2923.2000.00758.x> [Consulta: febrero 2014].
- Lawshe, C. (1975), "A quantitative approach to content validity", en *Personnel Psychology*, vol. 28, núm. 1, pp. 563-575, <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.460.9380&rep=rep1&type=pdf>> [Consulta: marzo 2015].
- Lifshitz-Guinzberg, Alberto (2012), "La enseñanza clínica en la era moderna", en *Revista de Investigación en Educación Médica*, vol. 1, núm. 4, <http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V1Num04/08_AR_LA_ENSEANANZA_DE_LA_CLINICA.PDF> [Consulta: enero 2014].
- Luna, Edna, Nohemí Calderón, Joaquín Caso y Graciela Cordero (2012), "Desarrollo y validación de un cuestionario de la competencia docente con base en la opinión de los estudiantes", en *Evaluación de competencias docentes en la educación superior*, México, Red para el Desarrollo y Evaluación/Juan Pablos Editor.
- Luna, Edna y Erika Reyes (2015), "Validación de constructo de un cuestionario de evaluación de la competencia docente", en *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, vol. 17, núm. 3, pp. 13-27, <<http://redie.uabc.mx/redie/article/view/1090>> [Consulta: agosto 2015].
- Royal College of Physicians and surgeons of Canada (CANMEDS) (2005), "Better standards, better physicians, better care", en *Royal College of Physicians and surgeons of Canada*, <http://www.ubc.edu/medicina_unitededucaciomedica/documentos/CanMeds.pdf> [Consulta: enero 2014].
- Salas, Luz, Armando Ortiz e Isabel Alaminos (2005), "La evaluación de la enseñanza en la Facultad de Medicina de la UNAM", en *Revista de Medicina del Instituto Mexicano*



del Seguro Social, vol. 44, núm. 2, pp. 171-180, <<http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/articulosrocio/EvaluaciondeEnsenanzaenlaUNAM.pdf>> [Consulta: enero 2015].

Schumacher, Daniel, Corinne Bria y John Frohna (2013), "The quest toward unsupervised practice: promoting autonomy, not independence", en *The Journal of American Medical Association*, vol. 310, núm. 24, pp. 2613-2614, <doi: 10.1001/jama.2013.282324> [Consulta: diciembre 2014].

Sinclair, S. (2004), "Evidence-based medicine: a new ritual in medical teaching", en *British Medical Bulletin*, vol. 69, núm. 1, pp. 179-1196, <doi: 10.1093/bmb/ldh014> [Consulta: marzo 2014].

Spencer, John (2003), "Learning and teaching in the clinical environment", en *British Medical Journal*, vol. 326, pp. 591-594, <doi: 10.1136/bmj.326.7389.591> [Consulta: mayo 2014].

Trejo-Mejía, J., D. Estrada-Salgado, J. Peña-Balderas, J. Garnica-García, R. Ángeles-Cruz, J. Díaz-Reyes

y R. Hernández (2005), "Desafíos en la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado: el caso de México", en *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 7, núm. 3, pp. 109-116, <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730707>> [Consulta: mayo 2014].

Tristán, Agustín (2008), "Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo", en *Revista de Avances en Medición*, vol. 6, núm. 1, pp. 37-48, <http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/8413/8574/6036/Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf> [Consulta: mayo 2015].

Valle, Rosamaría, Isabel Alaminos, Eusebio Contreras, Luz Salas, Patricia Tomasini y Margarita Varela (2004), "Student Questionnaire to Evaluate Basic Medical Science Teaching (METEQ-B)", en *Revista de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 42, núm. 5, pp. 405-411, <<http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/articulosrocio/StudentQuestionnaire.pdf>> [Consulta: octubre 2014].

Cómo citar este artículo:

Villavicencio-Martínez, Rubén-Abdel y Edna Luna-Serrano (2017), "Desarrollo de un cuestionario de evaluación de la competencia de supervisión clínica en Medicina", en *Revista Iberoamericana de Educación Superior (RIES)*, México, UNAM-IISUE/Universia, vol. VIII, núm. 22, pp. 144-162, <https://ries.universia.net/article/view/1740/desarrollo-cuestionario-evaluacion-competencia-supervision-clinica-medicina> [consulta: fecha de última consulta].