



## ORIGINAL

## Aceptabilidad de un modelo de formulación diagnóstica de casos clínicos como estrategia educativa en una residencia de psiquiatría del niño y del adolescente



Felipe Cifuentes R<sup>a,\*</sup>, Bernardo Pacheco P<sup>a</sup>, Paula Bedregal<sup>b</sup> y Francisca Lubi<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 16 de julio de 2023; aceptado el 27 de octubre de 2023

### PALABRAS CLAVE

Formulación diagnóstica;  
Formulación de caso;  
Estrategia educativa;  
Médico residente;  
Psiquiatría del niño y del adolescente

### Resumen

**Introducción:** el objetivo del estudio es analizar la aceptabilidad de un modelo de formulación diagnóstica integrativa y multidimensional, implementado como estrategia educativa en el primer año de una residencia de psiquiatría de niños y adolescentes, por parte de un supervisor clínico dentro de una sala con espejo unidireccional.

**Material y métodos:** se utiliza como metodología el análisis de contenido cualitativo de entrevistas realizadas a residentes, quienes participaron consecutivamente de la supervisión clínica entre 2018 y 2021. Para el análisis, se emplean 5 constructos teóricos derivados de la Teoría del Comportamiento Planeado y del modelo MODE de Fazio: actitudes, norma subjetiva, control percibido, motivación y oportunidad.

**Resultados:** veintiséis códigos temáticos emergidos a partir del análisis influyen sobre la aceptabilidad: 8 códigos actitudinales (por ejemplo, aceptabilidad favorecida por la utilidad del modelo para analizar teóricamente los casos, pero con un alto tiempo invertido); 4 códigos normativos (por ejemplo, aceptación o desaprobación al modelo por personas ajenas a la supervisión); 7 códigos de control percibido (por ejemplo, la autoeficacia percibida aumenta con el tiempo); 4 códigos motivacionales (por ejemplo, deseo de aprender) y 3 códigos de oportunidad (por ejemplo, deliberación conjunta con pares).

**Conclusión:** los resultados muestran información valiosa para el desarrollo de las estrategias educativas en el programa de especialidad, al aproximarse a factores cognitivos y afectivos significativos en el aprendizaje durante el período de formación. Se identifican aspectos de la estrategia que resaltan como favorecedores del proceso educativo, junto con otros aspectos que pueden perfeccionarse para una mayor aceptabilidad de la herramienta docente.

© 2023 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fecifuentes@uc.cl](mailto:fecifuentes@uc.cl) (F. Cifuentes R).

## KEYWORDS

Diagnostic formulation;  
Case formulation;  
Educational strategy;  
Medical resident;  
Child and adolescent psychiatry

## Acceptability of a case formulation model as an educational strategy in a child and adolescent psychiatry residency

### Abstract

**Introduction:** The aim of the study is to analyze the acceptability of an Integrative and Multidimensional Case Formulation Model implemented as an educational strategy in the first year of a child and adolescent psychiatry residency by a clinical supervisor within a one-way mirror room.

**Materials and methods:** A qualitative methodology is used through content analysis of interviews conducted with residents of the program who had participated consecutively in clinical supervision between 2018 and 2021. For the analysis, 5 theoretical constructs derived from the Theory of Planned Behavior and Fazio's MODE Model are used: attitudes, subjective norm, perceived behavioral control, motivation and opportunity.

**Results:** Twenty-six thematic codes that influence acceptability emerged from the analysis: 8 attitudinal codes (e.g. acceptability is favored by the usefulness of the Model to gain theoretical insight of the cases but with a high amount of time required); 4 normative codes (e.g. the approval or disapproval of the model by scholars outside the clinical supervision); 7 perceived behavioral control codes (e.g. the perceived self-efficacy increases over time); 4 motivational codes (e.g. the desire to learn) and 3 opportunity codes (e.g. joint deliberation with peers).

**Conclusion:** The results show valuable information for the development of educational strategies in the specialty residency program by approaching significant cognitive and affective factors which influence learning during the training periods. Aspects of the strategy that stand out as favoring the educational process are identified, along with other aspects that can be improved for better acceptability of the educational strategy.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La psiquiatría de niños y adolescentes se caracteriza por una diversidad de corrientes teóricas, modelos psicopatológicos y del desarrollo del individuo en sus diversas áreas de funcionamiento. Por lo tanto, durante el proceso de formación de especialistas, se requieren estrategias educativas que incluyan marcos amplios e integrativos de las distintas perspectivas teóricas<sup>1</sup>.

Los autores han implementado una estrategia educativa para la enseñanza y aprendizaje de la psiquiatría del niño y del adolescente, que consiste en la utilización de un marco de referencia para la formulación diagnóstica de casos atendidos y supervisados en una sala con espejo unidireccional (modelo de formulación diagnóstica integrativo y multidimensional)<sup>2</sup>. Dicho modelo de formulación diagnóstica sigue un esquema para organizar la información tipo tabla o grilla. En un primer eje vertical se sitúa el modelo 7P, como una perspectiva de eje temporal de desarrollo sintomático. Un segundo eje dispuesto horizontalmente a nivel superior considera las perspectivas o modelos psicopatológicos del desarrollo biopsicosocial y relacional. Asociada a la grilla ya descrita, y como parte de la formulación del caso, la confección de una segunda tabla caracteriza al consultante (paciente índice) en cuanto a su funcionalidad psicológica individual y la relación con otros familiares o individuos significativos. A modo ilustrativo, nuestro equipo ha publicado la aplicación del

modelo descrito a un caso clínico real, evaluado en una supervisión docente<sup>3</sup>. Tomando como referencia el modelo curricular basado en competencias según dominios propuestos por el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada<sup>4</sup>, suponemos que el uso de un modelo de formulación diagnóstica como estrategia educativa durante el período de formación puede facilitar y promover las competencias de médico *experto* y *académico* en el ejercicio profesional.

Las estrategias educativas deben ser aceptadas para que el aprendizaje pueda ocurrir de forma efectiva<sup>5</sup>, es decir, el grado de aceptabilidad determinará si el aprendizaje puede ocurrir por esa vía<sup>6</sup>. La aceptabilidad puede entenderse como la disposición al uso de una herramienta, que en este caso es una estrategia educativa basada en un modelo de formulación de casos clínicos. En consecuencia, un estudio de carácter cualitativo puede identificar las actitudes ante la estrategia de entrenamiento, cuyo resultado podría favorecer ajustes en la misma y así favorecer el aprendizaje esperado.

La Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) de Ajzen es el marco teórico más utilizado en las ciencias de la implementación para estudiar intenciones y conductas de médicos y profesionales de la salud<sup>7</sup>. También ha sido descrita como una teoría útil para evaluar la aceptabilidad y la intención de utilizar una herramienta<sup>6</sup>. La TCP tiene como variables 3 constructos psicológicos que funcionan como predictores de la intención y de la conducta<sup>8</sup>:

1. Actitudes (creencias respecto a las consecuencias de la conducta y la valoración de tales características).
2. Normas subjetivas (creencias sobre cómo le gustaría a otras personas significativas que se comportara y los juicios respecto a cada creencia).
3. Control percibido (creencias respecto a cuánto de la conducta depende de factores internos y externos y respecto a qué tan confiada o capaz se siente la persona de realizar la conducta -autoeficacia-).

Se ha propuesto que los educadores médicos pueden considerar las variables de la TCP para la enseñanza de competencias médicas<sup>9</sup>. En suma, la TCP sirve como un modelo actitudinal para aproximarse por medio de variables cognitivas a la intención y al comportamiento de profesionales de la salud.

Por otra parte, el modelo MODE de Fazio diferencia los procesos deliberativos de los procesos espontáneos<sup>10</sup>. Para que el individuo delibere conscientemente acerca de los costos y beneficios de involucrarse en una acción (conducta), debe tener motivación y oportunidad para poder involucrarse en dicho análisis. Las motivaciones obedecen a factores afectivos, mientras que la oportunidad depende del tiempo y recursos disponibles<sup>11</sup>. En consecuencia, la motivación y la oportunidad para deliberar reducen la influencia de las actitudes espontáneas frente a una situación u objeto, afectando el valor predictivo de las variables actitudinales respecto a la conducta final. Tal planteamiento es consistente con una revisión que propone 7 constructos como componentes de la aceptabilidad: actitud afectiva, carga o esfuerzo percibido, efectividad percibida, eticidad, coherencia de la intervención, costos de oportunidad y autoeficacia<sup>12</sup>.

El objetivo del presente estudio es evaluar una estrategia educativa implementada en un programa de especialidad médica en psiquiatría del niño y del adolescente, analizando la aceptabilidad del modelo de formulación de casos integrativo y multidimensional empleado en una supervisión docente de la residencia.

## Material y métodos

El diseño del presente estudio es no experimental y cualitativo, debido a que el objetivo consiste en obtener información sobre ideas complejas y subjetivas respecto a una experiencia de formación en educación médica.

La recolección de la información se realizó en la modalidad de entrevistas semiestructuradas vía videollamada o presencial, efectuadas por el investigador principal a los médicos residentes de un programa de psiquiatría del niño y del adolescente. Se entrevistó a los residentes que habían realizado atenciones a consultantes ambulatorios (niños, niñas, adolescentes y sus cuidadores) mientras cursaban su primer año de especialidad entre los años 2018 y 2021, las cuales fueron supervisadas por tutores docentes en una sala con espejo unidireccional, ubica en una unidad de salud mental ambulatoria de tipo docente-asistencial. El desarrollo de formulaciones diagnósticas por parte de los residentes en formación fue realizado progresivamente en sincronía con la evaluación de cada consultante, previo a responder la entrevista del presente estudio.

Se utilizó un guion de entrevista con preguntas abiertas, diseñado para la presente investigación, utilizando la Teoría del Comportamiento Planeado de Ajzen y el modelo MODE de Fazio como marcos de referencia para analizar la aceptabilidad de la estrategia educativa<sup>8,11</sup>. Se definió el comportamiento en estudio del siguiente modo: «utilizar el modelo de formulación de casos clínicos integrativo y multidimensional durante la residencia».

Las entrevistas fueron grabadas en formato de audio para luego realizar una transcripción literal de las preguntas y respuestas. Se realizaron un total de 13 entrevistas. De los 13 participantes, 3 son del género masculino y 10 del femenino. La duración promedio por entrevista fue de 24 minutos.

El análisis de datos fue efectuado por el investigador principal mediante la técnica de análisis de contenido de tipo cualitativo. Se definió que la unidad de análisis fueran *temas*, es decir, conjuntos de palabras (segmentos de respuestas) delimitadas por su significado. Se agruparon los temas relacionados entre sí, con base en criterios que emergieron del proceso de análisis, con una retroalimentación constante desde los datos hacia la formulación de criterios o codificación abierta<sup>13</sup>. Cada conjunto de temas fue identificado con un código. Las reglas para la agrupación de temas y codificación del contenido de las entrevistas fueron guiadas por los constructos de los marcos teóricos descritos, en suma: actitudes, normas subjetivas, control percibido, motivación y oportunidad. El proceso de análisis y codificación descrito fue corroborado por el segundo autor, revisando que los segmentos de texto constituyesen temas y que los temas agrupados tuviesen relación de similitud, junto con cumplir los criterios descritos en las [tablas 1 y 2](#).

Se informó a los participantes sobre la confidencialidad de las respuestas durante la recolección y análisis de los datos, sobre los objetivos de la investigación y la importancia de entregar respuestas sinceras y honestas para el desarrollo curricular del programa. Su participación fue voluntaria y bajo consentimiento informado verbal y escrito. No existió ningún tipo de referencia a la identificación individual en la transcripción ni en la codificación de las respuestas, como tampoco en la exposición de los resultados. La investigación fue aprobada por el comité de ética de la escuela de medicina donde se realizó el estudio.

## Resultados

A partir del análisis de los contenidos emergieron un total de 26 códigos: 8 actitudinales, 4 normativos, 7 de control percibido, 4 motivacionales y 3 de oportunidad, detallados en las [tablas 1 y 2](#). Se nombraron los códigos con un signo positivo (+) o negativo (-), dependiendo si el significado de los temas agrupados favorece o dificulta el comportamiento en estudio, respectivamente. Cuando el código incluía temas que favorecían y dificultaban la conducta según la circunstancia o cuando su valencia no era concluyente, se calificó el código como neutral (+/-). Las motivaciones no se diferenciaron como positivas ni negativas, pues se observó que la motivación a la deliberación o reflexión siempre favorecía la intención de utilizar el modelo de formulación

**Tabla 1** Códigos referidos a actitudes y normas subjetivas

Código	Definición breve	Criterios de inclusión ( <i>cuándo se aplica cada código</i> )
A1+	Permite el análisis desde diferentes marcos teóricos	Los residentes refieren que la estrategia educativa incorpora diversos modelos psicopatológicos, conceptos o teorías del desarrollo, ya sea con fines diagnósticos o terapéuticos
A2+	Estimula la reflexión y amplía la perspectiva	Los residentes refieren que el modelo permite la reflexión o deliberación del caso, enriquece el proceso diagnóstico, favorece un análisis individualizado o que permite hacer conscientes actitudes clínicas automáticas
A3+	Herramienta adecuada para el aprendizaje	Los residentes refieren que el modelo permite ensayar, practicar y/o aprender corrientes o perspectivas teóricas, enfatizando la utilidad de dicho aspecto en contexto de docencia o aprendizaje durante la formación como residente
A4+	Favorece planificar las entrevistas	Los residentes destacan del modelo su capacidad para: a) detectar información relevante para dirigir o planificar las entrevistas, b) realizar devolución de los diagnósticos a cuidadores, c) orientar el foco de las intervenciones terapéuticas, d) rescatar los factores protectores de un caso
A5+	Organiza la información	Residentes destacan del modelo su utilidad como marco de referencia para organizar, estructurar o sistematizar la información obtenida durante las entrevistas de evaluación
A6+	Construcción de hipótesis flexibles	Los residentes refieren que el modelo facilita o enriquece el planteamiento de la hipótesis o que permite corroborar y ajustar las hipótesis construidas
A1-	Alta inversión de tiempo	Los residentes señalan la alta cantidad de tiempo que exige el modelo o señalan consecuencias directas en relación con el tiempo invertido que son valoradas de forma negativa (por ejemplo, desmotivación o agotamiento)
A2-	Utilidad dependiente del contexto clínico	Los residentes refieren una menor aplicabilidad cuando: a) no es posible acceder a información suficiente para delimitar un patrón sintomático, b) se demanda una respuesta terapéutica rápida o c) un caso pudiera requerir un abordaje que escapa a lo delimitado por el modelo
N1+	Valoración positiva por docentes externos a la supervisión	Los residentes refieren que la validación por parte de docentes externos a la supervisión ha influido positivamente sobre su actitud hacia el modelo o que su aplicación sería favorecida si el modelo fuese valorado positivamente en una situación imaginada
N2+	Aprobación por el docente a cargo de la supervisión	Los residentes refieren que el tutor de la supervisión aprueba o se siente a gusto con que los residentes utilicen el modelo y que dicha aprobación favorece la utilización del modelo
N1-	Falta de aprobación por otros docentes dificulta la conducta	Los residentes refieren que el uso del modelo fuera de la supervisión tutorial donde se enseña ha sido desaprobado o que hipotéticamente no sería aprobado. También aplica si se indica que la enseñanza del modelo, al estar limitada a una única supervisión, influye negativamente sobre la actitud hacia el mismo
N+/-	Neutralidad frente a la aprobación o desaprobación por los docentes	Los residentes refieren que han percibido aprobación, desaprobación, o ambas, por parte de algún docente hacia el modelo; pero que aquello no interfiere en su disposición a utilizarlo. También aplica si los entrevistados valoran positivamente las diferencias experimentadas en distintas supervisiones o tutorías

A: actitudes; N: normas subjetivas.

diagnóstica. En el material suplementario se ejemplifican los códigos extraídos, exponiendo algunos segmentos textuales de las entrevistas, los cuáles constituyeron unidades de análisis (temas).

Hemos organizado los resultados en un diagrama que dispone los códigos y sus relaciones cualitativas de forma esquemática, ubicando en la parte superior aquellos que influyen positivamente sobre la aceptabilidad de la estrategia educativa, conformando una categoría diferente a los códigos que influyen negativamente sobre la aceptabilidad de la misma (fig. 1). Dicha categorización orienta a los docentes a reforzar los factores que favorecen la aceptabilidad y reducir los factores que la dificultan, dentro del marco de la supervisión clínica.

## Discusión

Los resultados muestran que existen numerosas actitudes favorables hacia el modelo en cuanto a la utilidad de su aplicación durante el período de formación y en el espacio de supervisión. Sin embargo, coexisten actitudes negativas que predisponen a una menor aceptabilidad del modelo como estrategia educativa. Destaca la actitud positiva a la complejidad del modelo en cuanto facilita el aprendizaje y permite la aplicación a casos difíciles, pero debería cuidarse que no genere sentimientos de desmotivación o agobio, los cuáles pueden interferir en la aceptabilidad y derivan de la complejidad misma del modelo o de ideas sobre la carga que significaría su aplicación en la práctica clínica cotidiana con

**Tabla 2** Códigos referidos a control percibido, motivaciones y oportunidad

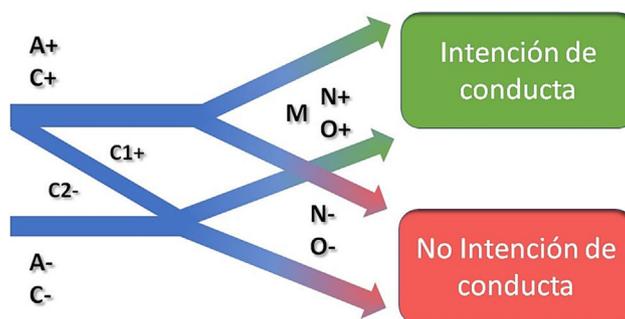
Código	Definición breve	Criterios de inclusión ( <i>cuándo se aplica cada código</i> )
C1+	Control percibido creciente	Los residentes identifican un cambio positivo en el tiempo sobre alguno de los siguientes aspectos: a) percepción de autoeficacia, b) tiempo requerido para la aplicación, c) nivel de conocimiento o capacidad para entender las diferencias entre perspectivas teóricas, e) dirigir entrevistas guiándose por la herramienta o f) comprensión de la utilidad del modelo como estrategia educativa
C2+	Trabajo conjunto con el supervisor	Los residentes refieren que la práctica o discusión con el supervisor respecto a la estrategia educativa aumenta su capacidad para utilizar el modelo.
C3+	Interacción con pares residentes	Los entrevistados refieren que el aporte de otros residentes que observan en la sala espejo es relevante para utilizar el modelo o que complementan información para aplicarlo
C1-	Alto nivel de dificultad	Los residentes refieren dificultades en la comprensión del modelo de formulación diagnóstica (por ejemplo, confusión entre los distintos ejes de las grillas), inseguridad al momento de aplicarlo a un caso clínico o un alto grado de esfuerzo en su ejecución
C2-	Falta de conocimiento teórico inicial	Los residentes refieren que a) en primer año carecen de conocimiento o comprensión sobre algún modelo psicopatológico y el uso del modelo se ve limitado por este motivo o b) su aplicación se vería favorecida por una aproximación gradual, comenzando por las perspectivas más conocidas en primer año.
C3-	Tiempo disponible limitado	Los residentes refieren que el tiempo en supervisión tutorial no es suficiente para aplicar el modelo de formulación diagnóstica en su totalidad o que el menor tiempo disponible en otros contextos del programa dificulta la conducta
C +/-	Importancia de los ejemplos	Los residentes refieren que sería deseable una mayor cantidad o variedad de ejemplos aplicados para facilitar el aprendizaje o el uso del modelo o cuando se señala que los ejemplos revisados facilitan el uso del modelo
M1	Afecto hacia el supervisor	Los residentes refieren que la motivación para utilizar el modelo o para reflexionar sobre ello, deriva de afectos positivos hacia el supervisor (por ejemplo, admiración o confianza). También aplica cuando la motivación deriva de una valoración hacia el trabajo o esfuerzo del supervisor
M2	Sentido del deber	Los residentes refieren que la motivación para usar el modelo o para reflexionar sobre ello se relaciona con la presión por cumplir las exigencias del programa o ser evaluado
M3	Deseo de aprender	Los residentes refieren que la motivación para usar el modelo o para reflexionar sobre ello se relaciona con el deseo de perfeccionar sus conocimientos o con el deseo de invertir esfuerzo en un aprendizaje considerado de valor o gusto personal por alguna perspectiva teórica
M4	Beneficio del consultante	Los residentes refieren que reflexionar sobre sus actitudes o dificultades para aplicar el modelo está motivado por el sentido profesional, por perfeccionar la evaluación del consultante o entregar un mejor plan de tratamiento
O1+	Buen clima de la supervisión en la sala espejo	Los residentes refieren que las condiciones o circunstancias de la supervisión tutorial o características personales del supervisor, favorecen la posibilidad de reflexionar, deliberar o dar su opinión sobre utilizar el modelo
O2+	Reflexión conjunta con pares	Los residentes refieren que hubo oportunidad de reflexión o deliberación con pares, fuera de la supervisión, respecto a utilizar el modelo
O1-	Falta de oportunidad	Los residentes refieren falta de instancias para reflexionar o deliberar respecto a las propias actitudes sobre el uso del modelo en la residencia, independiente de la discusión técnica relacionada a cómo aplicarlo

C: control percibido; M: motivaciones; O: oportunidad.

un mayor número de casos clínicos. La percepción de falta de conocimiento teórico es un factor que afecta la autoeficacia (control percibido) y por lo tanto puede ser una limitante para la aceptabilidad del modelo en el primer año de residencia. El tiempo requerido es una variable que aparece en las actitudes negativas y también como un factor externo que afecta el control percibido, pero que podría compensarse con la mayor disponibilidad de tiempo por cada consultante que existe en el primer año de formación y con el dinamismo en el control percibido sobre la conducta en la medida que transcurre la residencia. Al respecto, es un hallazgo significativo que los residentes, en una mirada

retrospectiva, se perciben más capaces de utilizar el modelo en la medida que avanza su proceso de formación como especialistas, lo que respalda la existencia de un proceso dinámico de aprendizaje. Esto último no se encuentra considerado en los marcos de análisis, pero aparece como una dimensión relevante, ya que se podría hipotetizar que la estrategia educativa permite un aprendizaje en forma exponencial.

Los resultados muestran que desarrollar el modelo de formulación diagnóstica de forma completa es un ejercicio bien valorado en casos de alta complejidad o que presentan desafíos al residente. El desconocimiento sobre la estrategia



**Figura 1** A la izquierda se ubican las variables actitudinales y de control percibido, ambas de predominio cognitivo. A la derecha se ubica la influencia de otros constructos: normas, motivación y oportunidad. En la zona superior se ubican factores positivos o favorables, que orientan hacia la intención de utilizar el modelo (intención de conducta). Abajo, factores negativos o desfavorables a la intención de utilizar el modelo (no intención de conducta). Se destacan 2 variables de control percibido que son: dinámicas (línea diagonal en medio), C1+ (control percibido creciente), a medida que va pasando el tiempo el control percibido mejora; y C2- (falta de conocimiento teórico), a medida que avanza la residencia dicha percepción va disminuyendo. En nuestro estudio, los residentes solo describieron motivaciones a la toma de una decisión deliberada que orientaban hacia la conducta, por lo que M se muestra sin signo y se ubica en posición superior.

educativa o la desaprobación por parte de otros académicos influyen en la aceptabilidad del modelo, mientras que la exposición a espacios con docentes invitados parece jugar un rol en modular esa influencia. Una vía de solución puede consistir en explicitar que el objetivo del modelo es generar habilidades que puedan extrapolarse a la práctica cotidiana, mas no se pretende que el residente aplique el modelo de formulación diagnóstica en su totalidad a todos los casos que debe atender durante la residencia o en otras supervisiones. La coordinación de los espacios de supervisión tutorial podría favorecer que las estrategias de las diferentes supervisiones se complementen y no interfieran las diferentes vías de aprendizaje durante la especialidad.

El tutor a cargo de la supervisión parece ser un elemento de importancia gravitante ya que influye por diferentes vías sobre la aceptabilidad de la estrategia. Por ejemplo, mejorando el nivel de control percibido del residente a través del ejercicio constante de la grilla en la supervisión. Además, el buen clima docente y el afecto positivo hacia el tutor son factores importantes en las variables de oportunidad y motivación, respectivamente. El hecho que aspectos emocionales positivos hacia el docente favorezcan la aceptabilidad de la estrategia, resalta la importancia de los aspectos afectivos en el aprendizaje.

Parece ser que cuando el residente identifica situaciones de su práctica clínica donde valora la utilidad de la aplicación del modelo o de habilidades adquiridas por medio de la estrategia educativa, aumenta su motivación para involucrarse en un análisis deliberado de sus actitudes, por lo tanto, aumenta la aceptabilidad.

Respecto a posibles limitaciones metodológicas del estudio, es importante mencionar que la fiabilidad se fundamenta en la definición de reglas de análisis (criterios de inclusión). Sin embargo, se asume que existen suposiciones previas relacionadas a quién interpreta, que también ha estado expuesto al modelo y es simétrico a los entrevistados. Por otra parte, lo que se recomienda en la técnica de análisis de contenido es agenciar la mayor cantidad de corpus disponibles sobre el tema a analizar; en este caso, se entrevistó a la mayoría de los residentes expuestos. Los marcos teóricos utilizados para el análisis

podrían tener la limitación de tener una validación menor en educación médica, aunque han sido bien estudiados en el contexto clínico. Por otra parte, se podría suponer que en tercer año, cuando ha pasado cerca de un año desde la experiencia de supervisión, existe una menor accesibilidad a las actitudes de tal momento, lo que podría predisponer a una diferenciación de los resultados en función del año que cursa el residente al momento de ser entrevistado (sesgo de memoria), lo que no fue desglosado en el presente estudio.

Se pudo observar que preguntas diseñadas para explorar un constructo teórico también facilitaron la entrega de información aplicable a otros constructos. En ese sentido, el análisis se mantuvo flexible para identificar de la forma más precisa el significado temático de las respuestas, independiente de la pregunta que las evocó. Al ser un estudio cualitativo no es posible cuantificar el valor ponderado de cada código sobre la aceptabilidad en general del modelo, lo que se podría estudiar en futuras investigaciones.

En cuanto a las ventajas del estudio, la evaluación educativa que considera como fuente de información a los estudiantes, tiene la virtud de que aquellos son únicamente conscientes de las estrategias que reciben, son una fuente de bajo costo y se sienten comprometidos con la evaluación en la medida que conocen el valor de la misma<sup>5</sup>. Explicitar la confidencialidad de las respuestas facilita que los residentes expresen sus ideas con menos reserva, permitiendo acceder a sus cogniciones y emociones. El presente estudio abre la posibilidad de investigación sobre perfiles de aprendizaje de los residentes del programa, ya que fue posible constatar que algunos residentes dan más énfasis a los factores actitudinales, mientras que otros valoran en mayor medida los factores motivacionales, si bien las características personales de cada residente no tuvieron injerencia sobre la asignación de códigos. En la misma línea, hay residentes quienes consideran que su aprendizaje por medio de la estrategia estudiada puede verse afectado si existe desaprobación por parte de otros supervisores clínicos, aunque en la mayoría de los casos esta no sea explícita; mientras que hay otro grupo de residentes que valora positivamente la diferencia y no lo ve como obstáculo. Faltaría profundizar cuánto de las variaciones en las respuestas tienen que ver con características psicológicas de

los residentes, con experiencias personales o con factores relacionados con cada generación de residentes, los cuales comparten el momento y espacio de supervisión con pares de su mismo año.

Finalmente, los resultados parecen reveladores para el desarrollo de las estrategias educativas en el programa, ya que no se limitan a entregar información relativa a la estrategia educativa analizada, sino que permiten aproximarse a las actitudes y motivaciones de los residentes hacia el aprendizaje en la residencia de forma más general, identificando factores del programa que pueden perfeccionarse.

## Responsabilidades éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y cada participante entregó su consentimiento informado con documento firmado.

## Financiamiento

Los autores declaran que no han recibido ayuda económica.

## Conflicto de intereses

El autor principal declara que el presente trabajo de investigación se inició como requisito curricular para su titulación como especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Los autores declaran no tener otro conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Se agradece la participación de las residentes, que colaboraron al estudio con su valiosa disposición.

## Presentación en jornadas y/o congresos

Presentado en II Congreso Virtual Latinoamericano en Educación de Residentes 2023.

## Appendix A. Dato suplementario

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2023.100830>.

## Bibliografía

1. Thomas PA, Kern DE, Hughes MT, Chen BY. Curriculum development for medical education: A six-step approach. *Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach* Third Edition. 2015.
2. Pacheco B. Modelo integrativo y multidimensional de formulación diagnóstica en psiquiatría de niños y adolescentes. *ARS MED Rev Cienc Méd*. 2019;44(2):38–50.
3. Pacheco B., Cifuentes F., Riquelme M.S., Vacarezza R., Silva H., Payá M., et al., Formulación diagnóstica integrativa y multidimensional en psiquiatría de niños y adolescentes: presentación de un caso, *Rev Chil Neuropsiquiatr*, 58 (4), diciembre de 2020, 413–424. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400413>
4. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editores. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework [Internet]. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015. Disponible en: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/resources/publications>.
5. Morrison J. ABC of learning and teaching in medicine: evaluation. *BMJ*. 2003;326:385–7.
6. Alexandre B, Reynaud E, Osiurak F, Navarro J. Acceptance and acceptability criteria: a literature review. *Cognit Technol Work* [Internet]. 24 de enero de 2018;20(2):165–77. <https://doi.org/10.1007/s10111-018-0459-1>.
7. Godin G, Bélanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci*. 2008;3.
8. Francis J, Eccles M, Johnston M, Walker A, Grimshaw J, Foy R, et al. Constructing Questionnaires based on the Theory of Planned Behaviour: A Manual for Health Services Researchers. Newcastle upon Tyne, UK: Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne; 2004.
9. Rich A, Medisaukaite A, Potts HWW, Griffin A. A theory-based study of doctors' intentions to engage in professional behaviours. *BMC Med Educ* [Internet]. 2020;20(1):44. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1961-8>.
10. Ewoldsen DR, Rhodes N, Fazio RH. The MODE Model and its implications for studying the media. *Media Psychol* [Internet]. 3 de julio de 2015;18(3):312–37. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15213269.2014.937440>.
11. Fazio RH, Olson MA. The MODE model: Attitude-behavior processes as a function of motivation and opportunity. En: Sherman J, Gawronski B, Trope Y, editores. *Dual Process Theories of the Social Mind*. Guilford Press; 2014.
12. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017;17(1):88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>.
13. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*. 2003;2:53–82.