



**Universidad de Concepción**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA**

**BUEN TRATO ACADÉMICO: ¿TIENE RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS  
DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA?**

Por

**SCARLETT DEL CARMEN VICENCIO CLARKE**

**Tesis presentada al Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la  
Universidad de Concepción para optar al grado académico de  
Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud**

Profesor guía

**CRISTHIAN EXEQUEL PÉREZ VILLALOBOS**

**Tesis financiada por el proyecto FONDECYT 1221913**

**Enero 2025  
Concepción · Chile**

© 2025 SCARLETT DEL CARMEN VICENCIO CLARKE

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

**BUEN TRATO ACADÉMICO: ¿TIENE RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL  
ESTUDIANTE DE MEDICINA?**

Por

**SCARLETT DEL CARMEN VICENCIO CLARKE**

Profesor guía

**CRISTHIAN EXEQUEL PÉREZ VILLALOBOS**

Doctor en Ciencias de la Educación.

Profesor Co-guía

**NANCY DEL CARMEN BASTÍAS VEGA**

Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero comenzar agradeciendo profundamente a mi familia, por su amor incondicional y por brindarme el tiempo y el apoyo necesarios para crecer tanto en mi rol de médico como en el de docente. Su paciencia y confianza han sido el motor que me ha impulsado a seguir avanzando en este desafiante camino.

Un agradecimiento especial a Soledad Armijo, quien no solo ha sido una guía y mentora excepcional, sino también una amiga invaluable durante este largo proceso. Su sabiduría, generosidad y calidez han dejado una huella imborrable en mi desarrollo académico y personal.

A Cristhian Pérez, por su infinita pasión por la educación y la investigación, que resulta inspiradora en cada conversación y aprendizaje compartido. Su dedicación y compromiso con nuestra formación han sido un ejemplo constante.

Finalmente, agradecer a todos quienes, de una u otra forma, han sido parte de este proceso y han contribuido a que esta meta hoy sea una realidad.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la relación entre el buen trato académico percibido y las características sociodemográficas y académicas de estudiantes de medicina en universidades chilenas durante 2022.

**Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal y no experimental en 443 estudiantes de medicina de seis universidades chilenas, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por cuotas. Se aplicaron encuestas, previo consentimiento informado, sobre buen trato académico, contexto de docencia y características sociodemográficas. El análisis incluyó estadística descriptiva, correlaciones (Rho de Spearman) y pruebas de comparación (Kruskal-Wallis).

**Resultados:** El dominio de la disciplina fue el factor más reportado (89,39%). Más del 45% indicó que los docentes no adaptan el ritmo de aprendizaje ni consideran necesidades especiales. Los hombres percibieron con mayor frecuencia clases ágiles, motivación, preocupación y retroalimentación efectiva. El buen trato académico se correlacionó negativamente con la edad y el nivel cursado y positivamente con la satisfacción en salud, vida y balance estudio-vida ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La percepción del buen trato académico en estudiantes de medicina varía según edad, nivel académico, género, metodología, universidad y condiciones socioeconómicas. Mejorar esta percepción requiere capacitación docente, políticas

inclusivas, estrategias pedagógicas adaptadas y apoyo a estudiantes vulnerables, promoviendo así entornos equitativos y de calidad educativa.

## TABLA DE CONTENIDO

<i>Contenidos</i>	<i>Página</i>
AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	5
TABLA DE CONTENIDO	7
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE FIGURAS	10
CAPÍTULO I. PROBLEMATIZACIÓN	11
1.1 ¿Qué entendemos por maltrato?	11
1.2 Características del estudiante de medicina que informa maltrato	13
1.3 ¿Cómo influye el maltrato académico en la formación de los médicos?	14
1.4 ¿Qué podemos hacer para enfrentar el maltrato en la educación médica?	16
1.5 ¿Qué entendemos por buen trato académico?	19
CAPÍTULO II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	23
CAPÍTULO III. MÉTODO	26
3.1. Participantes	26
3.2. Definición de variables	27
3.3. Instrumentos de recolección de datos	36
3.4. Procedimiento	37
3.5. Análisis de datos	39
3.6. Consideraciones éticas	39
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	41
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	102

## ÍNDICE DE TABLAS

		<i>Página</i>
TABLA 3.1	Definición conceptual y operacional de las variables del estudio	27
TABLA 4.1	Características sociodemográficas de la muestra de estudiantes de medicina.	41
TABLA 4.2	Características académicas de los estudiantes de medicina.	44
TABLA 4.3	Satisfacción académica de estudiantes de medicina.	47
TABLA 4.4	Distribución por ítem de la frecuencia de buen trato académico desde los docentes según estudiantes de medicina.	50
TABLA 4.5	Confiabilidad y estadísticos descriptivos del cuestionario de buen trato académico desde docentes en estudiantes de medicina.	55
TABLA 4.6	Diferencias de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según sexo.	60
TABLA 4.7	Diferencias en la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según religión.	62
TABLA 4.8	Diferencias en la frecuencia de buen trato académico según estudiantes de medicina que cursaron una carrera previa.	64
TABLA 4.9	Diferencias en la frecuencia de buen trato académico según estudiantes de medicina que tienen a su cuidado un adulto mayor.	67
TABLA 4.10	Relación de la frecuencia de buen trato académico informado por estudiantes de medicina con las variables sociodemográficas y académicas.	71
TABLA 4.11	Relación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico y sus niveles de satisfacción	73

TABLA 4.12	Diferencia de la frecuencia de buen trato académico informado por estudiantes de medicina asociadas a la universidad.	74
TABLA 4.13	Comparación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según universidad.	77
TABLA 4.14	Diferencias en la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según la orientación sexual.	79
TABLA 4.15	Comparación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según la orientación sexual.	81

## ÍNDICE DE FIGURAS

		Página
FIGURA 4.1	Distribución de frecuencia de los factores de buen trato académico informado por estudiantes de medicina.	57
FIGURA 4.2	Comparación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según sexo.	60
FIGURA 4.3	Comparación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según religión	63
FIGURA 4.4	Diferencias en la frecuencia de buen trato académico según estudiantes de medicina que cursaron una carrera previa.	65
FIGURA 4.5	Diferencias en la frecuencia de buen trato académico según estudiantes de medicina que tienen a su cuidado un adulto mayor.	67
FIGURA 4.6	Comparación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según universidad.	78
FIGURA 4.7	Comparación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según la orientación sexual.	81

# I. PROBLEMATIZACIÓN

Para hablar de buen trato académico, es importante sentar una base de cuál es la realidad a la que se enfrentan actualmente los estudiantes de medicina en Chile y en el mundo. ¿De qué nace la necesidad de estudiarlo?, ¿Qué sabemos del ambiente educativo habitual del estudiante de medicina?

Múltiples estudios, internacionales y algunos nacionales, han descrito que el maltrato es pervasivo en la educación médica(1-9), representando un desafío continuo, ya que, a pesar de existir mayor conciencia y esfuerzos por abordarlo, sigue siendo un problema(10).

El maltrato en la carrera de medicina ha sido documentado desde la década de los 80', en base a la comparación que hizo el Dr. Henry K. Silver, un pediatra que notó una similitud en el cambio de los estudiantes de medicina con la que tenían niños que habían sido puestos en casas de acogida y maltratados por sus cuidadores(8). Posteriormente, realizó una encuesta de abuso percibido por estudiantes de medicina, donde el 46,4% declararon haber sido abusados en algún momento mientras estaban inscritos en la escuela de medicina(11). Sin embargo, es importante aclarar que el "maltrato" no es un concepto del cual exista un consenso, llegar a una definición compartida es complejo ya que no es percibido de igual forma por todos(2), lo que en el tiempo ha dificultado el sistematizar su estudio en la educación médica.

## 1.1 ¿Qué entendemos por maltrato?

Darle significado al maltrato no es una tarea fácil, ya que la percepción de este es diferente según quien lo observa o quien lo vive, además, su concepción ha ido evolucionando y

mutando a través de los años, influenciado por la cultura, experiencias y en la medida en que nos vamos haciendo más conscientes del mismo(6, 9).

Un estudio chileno reciente de maltrato en el pregrado de medicina(2), señala que términos como acoso(12, 13), maltrato(2, 14, 15) y bullying(1, 16–20) se han utilizado de manera indistinta.

Menesini y Salmivalli incluyen dentro del espectro del bullying una variedad de acciones, que van desde los ataques verbales, como amenazas e insultos, hasta agresiones físicas, como golpes o daño a la propiedad. También consideran las agresiones relacionales o sociales, como la exclusión y la difusión de rumores, así como el cyberbullying, que implica ataques a través de internet(20).

Walvoord et al. definen el maltrato como un comportamiento intencionado o no, que interfiere con el proceso de aprendizaje, mostrando una falta de respeto por la dignidad de las personas. Además, refieren que existen “incidentes” que son claros ejemplos de maltrato, fáciles de denunciar, pero que existen “incidentes de maltrato basados en el ambiente”, más sutiles pero repetidos, que son más difíciles de ver y por tanto más difíciles de denunciar(21). En estos actos sutiles es donde existe discordancia cuando se aborda la definición de maltrato, ya que la percepción cambia según los ojos que lo vean(6, 9).

Lind et al, publicaron una propuesta interesante de como establecer una definición de maltrato, en donde reunió un grupo de estudiantes y profesores, quienes mediante acuerdos formularon un documento que proporciona definiciones y ejemplos de maltrato, que involucran la humillación pública, daño físico, acoso verbal, emocional, comentarios

ofensivos, sexistas, racistas, lenguaje grosero, discriminación de género y represalias a quienes acusan maltrato(22).

Estudios en Chile, encabezados por Bastías-Vega et al., han adoptado un enfoque más amplio para conceptualizar el maltrato. Este enfoque incluye la intencionalidad de las conductas, el impacto en términos de daño físico y psicológico, y la identificación de la asimetría de poder, tanto real como simbólica, como su principal origen(2).

### **1.2 Características del estudiante de medicina que informa maltrato**

Un estudio chileno sobre maltrato reveló que el 98,11% de los estudiantes de medicina de pregrado había experimentado alguna forma de maltrato durante el último semestre. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, sí se identificaron variaciones significativas en la frecuencia reportada de maltrato según la edad y el nivel formativo. En particular, los estudiantes de mayor edad y aquellos cursando sexto año percibieron con mayor frecuencia situaciones de desmoralización y exigencias desreguladas(2).

Por otro lado, Hill et al. investigaron la prevalencia de maltrato en estudiantes de medicina considerando variables como sexo, etnia y orientación sexual. Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ), mostrando que las mujeres reportaron maltrato con mayor frecuencia que los hombres. Asimismo, los estudiantes asiáticos, de minorías subrepresentadas y multirraciales presentaron tasas más altas de maltrato en comparación con los estudiantes blancos, mientras que aquellos con

orientación sexual homosexual o bisexual reportaron mayor frecuencia en comparación con los estudiantes heterosexuales (23).

En lo que respecta a la religión, son escasos los estudios que lo han incluido como una variable de análisis. Scheitle et al. buscaron si existía relación entre discriminación y factores como sexo, raza y religión en estudiantes de postgrado en ciencias. Encontraron que los científicos son un grupo menos religioso que la población en general, lo que los hace parte de una minoría. Además, reportaron que un 19,5% de los estudiantes de posgrado informaron haber sido víctimas de algún tipo de discriminación por motivos religiosos y que las denuncias son más frecuentes en estudiantes cristianos (43%) y menos frecuentes en estudiantes sin creencia religiosa (9%) (24).

### **1.3 ¿Cómo influye el maltrato académico en la formación de los médicos?**

En la formación universitaria, el currículo se estructura en un plan de estudios orientado a alcanzar resultados de aprendizaje específicos. Sin embargo, los estudiantes adquieren aprendizajes informales(25), como resultado de actividades cotidianas, de las interacciones de los estudiantes con el cuerpo docente, que a veces pueden ser tan sutiles que no son fáciles de identificar y que constituyen la base de la cultura que se vive en la institución formadora. Lo anterior se conoce como currículum oculto y desde que fue descrito por Hafferty en el contexto de la educación médica (26), muchos han intentado precisar, con el fin de que el aprendizaje que resulta de éste sea positivo para el estudiante. Aquí es donde se hace visible la importancia del trato hacia los estudiantes, ya que este pudiese moldear su comportamiento o influir en sus nociones de profesionalismo.

Según Lind et al., los estudiantes que sufren de maltrato son más propensos a volverse cínicos y marginados, y con consecuencias como el abuso de sustancias, burnout y trastorno depresivo(22).

Dyrbye et al. se preguntaron si había relación del maltrato percibido con burnout, empatía y arrepentimiento profesional en la graduación. En su estudio encontraron que estudiantes que habían informado maltrato al comienzo del segundo año se asoció con la severidad del burnout y arrepentimiento profesional al terminar la carrera. Pero en su contraparte, quienes tuvieron experiencias positivas en su entorno de aprendizaje al inicio del segundo año tuvieron una menor asociación con el burnout, una mayor empatía y menos arrepentimiento durante el cuarto año de la carrera (27).

Bastías et al., mencionan que las consecuencias del maltrato no solo generan problemas al estudiante, afectando su bienestar emocional, si no que se convierten en un problema institucional, llevando a los estudiantes a desconfiar de los sistemas de evaluación e incluso pensar en abandonar la carrera(2).

Estas publicaciones coinciden en que el maltrato es perjudicial para el bienestar de los estudiantes, pero sus efectos no se limitan a ellos. Riskin et al. y Mazer et al. muestran evidencia de que el abuso y el maltrato a los estudiantes de medicina y en los equipos de trabajo, también repercute en los resultados de los pacientes(28, 29).

Al enfrentarnos a la evidencia, nace la pregunta de si realmente somos o seremos capaces de definir qué interacciones favorecen o perjudican el proceso de enseñanza aprendizaje del estudiante. Según estudios de Vanstone et al. existen diferencias en cómo las personas

juzgan las interacciones, generando dificultades en el consenso de estudiantes y profesores para clasificar las experiencias de interacción como negativas, exceptuando aquellas que son graves, donde no queda duda de que se trata de maltrato(9). Esto nos recuerda que, tanto la definición como la influencia del maltrato, es un proceso dinámico del que tendremos que estar siempre atentos y dispuestos a persistir en la búsqueda de evidencia que nos ayude a prevenir e idealmente erradicar esta problemática de la cultura de la educación médica.

#### **1.4 ¿Qué podemos hacer para enfrentar el maltrato en la educación médica?**

Esta pregunta se la han hecho muchos, pero en la literatura no hay un amplio registro de qué están haciendo las universidades para mitigar el maltrato o cuáles son los resultados de sus esfuerzos(28). Resulta interesante plantear en este punto la acotación que hacen Walvoord et al. acerca del maltrato, y es que cada Facultad o Escuela tiene su propia cultura y esto hace que las estrategias para aplacar el maltrato puedan ser muy variables(21).

Peckston et al., en su esfuerzo por poner fin al maltrato de los estudiantes de medicina, desarrollaron viñetas basadas en temas de maltrato, que son reportados comúnmente en el pregrado, como negligencia, humillación, abuso verbal, discriminación de género, acoso sexual, solicitudes para realizar tareas no educativas y discriminación por la elección de especialidad, con el objetivo de comprender si los estudiantes y profesores son capaces de reconocer el maltrato. Proponen, que el uso de viñetas clínicas en conjunto con una discusión estructurada podría ayudar a alinear la percepción del maltrato y serviría para educar acerca de comportamientos apropiados. En su estudio, utilizaron 15 viñetas (14

viñetas que representaban situaciones de maltrato y una de control), y encontraron que los estudiantes identificaron maltrato en un 60% de los casos, mientras los profesores lo hicieron en un 57%. Por otro lado, se encontró que las percepciones de maltrato diferían entre el profesorado y los estudiantes en varios temas, como en la discriminación por la elección de especialidad médica, discriminación de género y cuando se le solicita al estudiante realizar tareas para las que no están preparados. También llamaba la atención el hecho de que los estudiantes no identificaran algunas formas de maltrato y esto se podría interpretar como una aceptación de estos comportamientos. Por ello, los autores invitan a superar esta cultura mediante el entendimiento colectivo de la comunidad médica y educativa de lo que constituye el maltrato(6).

Un estudio de Lind et al., realizado en una universidad estadounidense con elevados niveles de percepción de maltrato en la escuela de medicina, reveló que el 62,9% de los graduados reportaron haber sufrido maltrato durante su formación, cifra significativamente superior al promedio nacional del 42,1%. Ante las consecuencias observadas en los estudiantes expuestos al maltrato, se establecieron grupos de trabajo conformados por estudiantes y profesores, quienes identificaron cinco intervenciones clave para reducir este problema. Primero, era tener una definición compartida de maltrato en base a ejemplos, para los estudiantes y los miembros de la facultad. Segundo, tomar medidas para aumentar la responsabilidad de la facultad, con compromisos y rendición de cuentas. Tercero, crearon una guía breve con el fin de capacitar a los miembros de la facultad y alentarlos hacia una cultura de respeto llamada "Orientación clínica de 5 minutos: *Trabajar con sus estudiantes*

*para evitar la falta de comunicación y el maltrato*". Cuarto, los estudiantes crearon videos que ayudaban a explicar el maltrato y su impacto desde su perspectiva. Y, por último, establecieron una Oficina del Profesionalismo, como un recurso seguro y confidencial, que recibiera y diera respuesta a las denuncias de maltrato. Luego de 6 años de intervenciones, los informes de malos tratos disminuyeron en un 35,9% en comparación a una disminución de un 4% a nivel nacional. No obstante, esa disminución los llevó a tener informes promedio de percepción de maltrato iguales al promedio nacional (40,3% vs 40,4% respectivamente) (22).

En 2018, Mazer et al. publicaron una revisión sistemática para evaluar los programas orientados a prevenir o reducir el maltrato en estudiantes de medicina. Tras analizar más de 3300 artículos, solo 10 informaron sobre los resultados de la implementación de programas contra el maltrato. Estas iniciativas combinaron talleres, seminarios, videos ilustrativos y conferencias realizadas en períodos variables, con el objetivo de sensibilizar a la comunidad educativa sobre el maltrato y reducir su incidencia. Sin embargo, debido a la diversidad en los conceptos, contenidos y metodologías de estos programas, no fue posible llegar a una conclusión que pudiera servir como recomendación general (28). Esto pone de manifiesto la importancia de promover el trabajo colaborativo entre universidades, utilizando marcos conceptuales y metodologías compartidas, con el objetivo de desarrollar estrategias más efectivas y comparables.

Recientemente, Armijo-Rivera et al., abordaron la seguridad psicológica en la educación basada en simulación (EBS), proponiendo recomendaciones para fortalecer un ambiente de

aprendizaje seguro, donde los estudiantes puedan participar sin temor al juicio o al maltrato. La seguridad psicológica es fundamental para que los estudiantes enfrenten desafíos y aprendan de la experiencia, adaptando el modelo de Timothy Clark a cuatro niveles: inclusión, seguridad para aprender, para contribuir y para desafiar el statu quo. También se identificaron factores individuales, como la estabilidad emocional y la personalidad proactiva, así como factores contextuales, como la calidad de las relaciones entre estudiantes y docentes y los sistemas de apoyo. Los autores destacaron la importancia del “Grit” o en su traducción al español “perseverancia” para el bienestar y la disposición al aprendizaje de los estudiantes en situaciones desafiantes y sugieren estrategias para reparar la seguridad psicológica cuando se ve afectada, como gestionar las relaciones de poder y fomentar el respeto mutuo. La capacitación continua de los docentes es crucial para mantener este entorno seguro y propiciar un trato respetuoso, elementos esenciales para el desarrollo académico y emocional de los estudiantes de salud(30).

En la búsqueda por conocer más del ambiente en que se desarrolla la formación de pregrado de los médicos, nos enfrentamos a evidencia contundente que avala la existencia de maltrato, pero que es escasa en cuanto a cuál ha sido la respuesta de las universidades a esta realidad, como lo pueden ser programas formales que apunten a abordarlo o prevenirlo, y prácticamente nula si se quiere hablar de buen trato académico y su influencia en la formación médica.

### **1.5 ¿Qué entendemos por buen trato académico?**

El buen trato académico es un concepto emergente y en evolución que aún no cuenta con una definición universal, aunque ya hay autores que han comenzado a trabajar en su comprensión y desarrollo(31, 32). Más allá de la simple ausencia de maltrato, este enfoque destaca la importancia de implementar prácticas proactivas que promuevan entornos de aprendizaje positivos, seguros y constructivos, favoreciendo el bienestar integral de todos los involucrados en el proceso educativo.

En este contexto, Pérez-Villalobos et al., en colaboración con distintas universidades de Chile, propusieron abordar este vacío mediante la promoción del opuesto conceptual del maltrato: las “prácticas de buen trato académico”. Estas prácticas, identificadas en el Proyecto FONDECYT Regular 1161541, incluyen estrategias como la motivación a la participación, agilidad de la clase, pasión docente, apertura al diálogo, planificación flexible, dominio de la disciplina, preocupación por el estudiante, enseñanza contextualizada y retroalimentación efectiva. Todas estas acciones responden a una conducta intencionada del docente, fundamentada en su rol y responsabilidad para promover el aprendizaje en contextos de bienestar psicológico(31).

Actualmente, el Proyecto FONDECYT Regular 1221913, titulado “*Del maltrato al buen trato: Creación colaborativa de estrategias de intervención en carreras de la salud*”, busca ampliar este enfoque mediante un estudio interuniversitario con estudiantes de medicina en distintos niveles de formación. Este proyecto tiene como objetivo diagnosticar y establecer

una línea de base para futuros estudios, facilitando el diseño de estrategias que promuevan el buen trato académico de manera estructurada y sostenible.

Además, Ortega-Bastidas et al. han explorado las percepciones de estudiantes de ciencias de la salud en Chile sobre el buen trato y el maltrato en su formación académica, utilizando redes semánticas naturales para comprender estos conceptos. Su análisis destacó términos como “respeto”, “empatía” y “amabilidad” como elementos clave del buen trato académico. Estos hallazgos subrayan que el buen trato se conceptualiza tanto a través de actos observables de consideración como de valores subyacentes de empatía y confianza, los cuales no solo fomentan el bienestar y el rendimiento de los estudiantes en contextos clínicos, sino que también contrarrestan los efectos adversos del maltrato, como el deterioro del desarrollo profesional y personal. Este estudio pionero enfatiza que una conceptualización clara de lo que constituye buen trato y maltrato es esencial para facilitar la implementación de políticas y protocolos en instituciones de educación superior, promoviendo así un entorno educativo seguro y propicio para el desarrollo integral de los estudiantes(32).

El buen trato académico constituye un pilar esencial para el desarrollo integral de los estudiantes y el alcance de su máximo potencial. Según Armijo-Rivera et al., es fundamental crear un entorno seguro para el aprendizaje que fomente la seguridad psicológica, permitiendo a los estudiantes participar activamente y enfrentarse a desafíos sin temor al error, la humillación o el maltrato. Este enfoque promueve relaciones basadas en el respeto

mutuo y la confianza entre docentes y estudiantes, facilitando una comunicación abierta y efectiva que enriquece el proceso educativo. Garantizar la seguridad psicológica implica asegurar que los estudiantes se sientan incluidos, valorados y libres para expresar sus ideas y vulnerabilidades, lo cual fortalece su confianza y potencia su aprendizaje y desarrollo personal(30).

Aunque la literatura ha avanzado significativamente en el estudio del maltrato y sus consecuencias, existe un vacío sustancial en torno al impacto y las estrategias específicas para promover el buen trato académico. Aún no se conoce si la percepción de buen trato varía según las características del estudiante o si estas prácticas pueden sistematizarse para implementarse en contextos educativos diversos. Este vacío subraya la necesidad de avanzar desde un enfoque reactivo centrado en prevenir el maltrato hacia un enfoque proactivo que fomente ambientes educativos basados en el respeto, la empatía y la colaboración.

## **II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **2.1 Objetivo general**

Analizar la relación del buen trato académico percibido con las características sociodemográficas y académicas de los estudiantes de medicina de Universidades Chilenas en el 2022.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar las propiedades sociodemográficas y académicas de los estudiantes de medicina chilenos.
- Describir la percepción de prácticas de buen trato académico en carreras de medicina de Chile.
- Analizar la relación de las características sociodemográficas de los estudiantes, con el buen trato académico percibido en carreras de medicina de Chile.
- Analizar la relación de las características académicas de los estudiantes, con el buen trato académico percibido en carreras de medicina de Chile.

### **2.3 Hipótesis**

- Existen diferencias en la percepción de prácticas de buen trato académico asociadas al nivel cursado.

- Existen diferencias en la percepción de prácticas de buen trato académico asociadas al sexo.
- Existe relación en la percepción de prácticas de buen trato académico recibidas y la edad.
- Existe diferencias en la percepción de prácticas de buen trato académico asociadas a la Universidad en la que estudia.
- Existen diferencias en la percepción de prácticas de buen trato académico asociadas al año en que ingresó a la Universidad.
- Existe relación en la percepción de prácticas de buen trato académico recibidas y el porcentaje de tiempo dedicado a las actividades prácticas en la docencia.
- Existe relación en la percepción de prácticas de buen trato académico recibidas y el porcentaje de tiempo dedicado a las actividades sincrónicas.
- Existe relación en la percepción de prácticas de buen trato académico y la cantidad promedio de estudiantes en su curso.
- Existen diferencias en la percepción de prácticas de buen trato académico asociadas a si el estudiante ha cursado o no previamente otra carrera.
- Existen diferencias en la percepción de prácticas de buen trato académico asociadas al estado civil.
- Existen diferencias en la percepción de prácticas de buen trato académico asociadas a la religión.

- Existen diferencias en la percepción de prácticas de buen trato académico asociadas a si el estudiante tiene a su cuidado una persona mayor (65 años o más).
- Existen diferencias en la percepción de prácticas de buen trato académico asociadas a su orientación sexual.
- Existe relación de la percepción de prácticas de buen trato académico con ingreso mensual promedio por persona del grupo familiar.
- Existen diferencias en la percepción de prácticas de buen trato académico asociadas al estereotipo racial.
- Existe relación entre la percepción de prácticas de buen trato académico y la satisfacción con su estado de salud.
- Existe relación entre la percepción de prácticas de buen trato académico y la satisfacción con su vida.
- Existe relación entre la percepción de prácticas de buen trato académico y la satisfacción con su trabajo actual.
- Existe relación entre la percepción de prácticas de buen trato académico y la satisfacción con el balance entre sus estudios y su vida personal.

### III. MÉTODO

Estudio cuantitativo, que buscó demostrar las hipótesis propuestas mediante análisis estadísticos de las frecuencias de variables sociodemográficas, académicas y de buen trato académico(33).

Con un enfoque analítico relacional, mediante encuestas, que buscó establecer la asociación entre la presencia de prácticas de buen trato académico y las características de los estudiantes de medicina chilenos. Se empleó un diseño no experimental, pues se realizaron observaciones en el escenario sin modificar la realidad, y de tipo transversal, dado que la observación se realizó en un momento único del tiempo(34).

#### **3.1. Participantes**

El estudio incluyó estudiantes de programas de pregrado de medicina, provenientes de seis universidades de Chile ubicadas entre las ciudades de Coquimbo y Valdivia. Como criterios de inclusión, se consideró que los participantes fueran estudiantes regulares matriculados en programas de pregrado de medicina en las universidades seleccionadas. Se excluyó a aquellos que presentaron inasistencias superiores a dos meses durante cada semestre evaluado, independientemente de la causa.

La estrategia de muestreo utilizada fue no probabilística por cuotas, con afijación proporcional, empleando como variables de estratificación la universidad y el nivel formativo de los estudiantes. Para la comparación entre las seis universidades, se estableció

un intervalo de confianza del 95% ( $1-\alpha$ ) y una potencia estadística del 80% ( $1-\beta$ ), asumiendo un tamaño del efecto medio ( $f = 0,25$ ). Con estos parámetros, se estimó un tamaño muestral mínimo de 216 estudiantes distribuidos entre primero y séptimo año. Finalmente, el estudio alcanzó una muestra total de 443 estudiantes.

### 3.2. Definición de variables

El estudio aborda diversas variables relacionadas con las características sociodemográficas, académicas y de satisfacción de los estudiantes universitarios de medicina. Estas variables son definidas teórica y operacionalmente en la siguiente tabla (Tabla 3.1).

**Tabla 3.1.** Definición conceptual y operacional de las variables del estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Buen trato académico	Acciones deliberadas del docente para promover la seguridad en el ambiente, la confianza interpersonal y la motivación intrínseca para que los aprendizajes tengan lugar(31).	Se entenderá como el puntaje obtenido en el Cuestionario de Buen trato académico

---

Características sociodemográficas de los estudiantes	Conjunto de atributos sociales, económicos, biológicos y culturales que caracterizan al estudiante.	Estas características se medirán a partir de las respuestas entregadas por los participantes al Cuestionario Sociodemográfico
Sexo	Alguna de las categorías en que la especie humana y otros organismos se dividen en base a sus capacidades reproductivas.	Estas características se medirán a partir del sexo asignado al nacimiento reportado a partir en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, pudiendo ser “femenino” o “masculino”.
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento actual.	Estas características se medirán a partir de los años cumplidos reportados en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, pudiendo fluctuar de 18 a 100.
Universidad	Institución de enseñanza superior que comprende diversas facultades y confiere	Estas características se medirán a partir de la universidad en que estudio el estudiante y este reporta en la pregunta respectiva

---

---

	grados académicos y del cuestionario profesionales.	sociodemográfico, pudiendo ser una de las universidades participantes.
Años de estudio	Periodo de tiempo desde que la persona ingresó a la carrera que cursa actualmente.	Estas características se medirán a partir de los años de estudio calculados a partir de la diferencia entre el año 2022 y el año de ingreso a la carrera, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, pudiendo ser una de las universidades participantes.
Nivel cursado	Año de la carrera según la malla curricular en donde se encuentre la mayoría de las asignaturas cursadas por el estudiante actualmente.	Estas características se medirán a partir del año de la carrera, donde el estudiante curse la mayoría de sus asignaturas actualmente, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, pudiendo

---

---

		fluctuar de primero a séptimo año.
Características académicas	Se entiende por características académicas a los aspectos relacionados al programa de formación que condicionan el tipo de docencia de pregrado que dicta un docente.	Se entenderá como las respuestas entregadas en Cuestionario de Condiciones de Contexto de la Docencia.
Actividades prácticas en la docencia	Situación de aprendizaje donde ocurre la docencia que permiten al estudiante ejercitar y poner en práctica conceptos teóricos aprendidos.	Estas características se medirán a partir del porcentaje de actividades prácticas y teóricas, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario de Contexto de la docencia, pudiendo fluctuar de totalmente teórica a totalmente práctica.
Actividades sincrónicas	Ejercicio de la situación de aprendizaje en donde los estudiantes y educadores interactúan en vivo, ya sea presencial o en línea.	Estas características se medirán a partir del porcentaje de actividades sincrónicas y asincrónicas, reportado en la pregunta respectiva del

---

---

			<p>cuestionario de Contexto de la docencia, pudiendo fluctuar de totalmente sincrónicas a totalmente asincrónicas.</p>
Número de estudiantes	Cantidad promedio de estudiantes en la mayoría de las secciones de las asignaturas que cursa actualmente el estudiante durante el semestre.	de	<p>Estas características se medirán a partir del promedio del número de estudiantes que tienen los cursos del semestre cursado, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario de Contexto de la docencia, pudiendo fluctuar de menos de 9 alumnos a 50 o más alumnos.</p>
Estado civil	Condición de una persona en relación filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil(35).	en	<p>Estas características se medirán a partir de la situación de convivencia reconocida por la persona, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, pudiendo ser “Soltero/a”, “Casado/a”, “Divorciado/a”, “Conviviente civil</p>

---

---

		(con unión civil)", "Conviviente informal" o "viudo/a".
Estereotipo racial	Corresponde a la imagen aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable, respecto a la calidad del origen o linaje de la persona(36,37).	Estas características se medirán a partir del estereotipo racial que se atribuye el estudiante, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, pudiendo ser "Rubio", "Blanco de pelo oscuro", "Pelirrojo", "Moreno", "Latino", "Indígena", "Afrodescendiente", "Asiático" u "otro".
Orientación sexual	Inclinación o atracción emocional, física y sexual de una persona hacia otra persona del mismo sexo, del sexo opuesto, ambos o ninguno.	Estas características se medirán a partir de la preferencia sexual del estudiante, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, que puede ser "Hombres", "Mujeres" o "Ninguno de los anteriores", pudiendo marcar más de una alternativa.

---

---

Ingreso mensual per cápita familiar	Corresponde a la distribución de la renta familiar que se divide en las personas que forman dicha familia. Es el resultado de la razón entre el producto total de una unidad familiar en un mes y su número de integrantes de la familia(38).	Estas características se medirán a partir del ingreso en pesos chilenos de una familia distribuido por persona en un mes, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, fluctuando desde un rango de “menos de \$100.000” a “\$2.500.000 o más”.
Estudiante universitario cuidador de un mayor	Corresponde al estudiante universitario responsable de asistir a un mayor de 65 años o más que requiere apoyo para su cuidado.	Estas características se medirán a partir de la identificación del estudiante como responsable del cuidado de un mayor de 65 años, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, como una pregunta cerrada, dicotómica.
Religión	Conjunto de creencias y prácticas que se centran en preguntas sobre el significado de vida y que pueden incluir la	Estas características se medirán a partir de si practica alguna religión durante el semestre en que fue encuestado, reportado en la

---

---

	veneración a un ser supremo(39).	pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, como una pregunta cerrada, dicotómica.
Carrera previamente cursada	Corresponde a la participación de un programa académico conducente a un grado académico y título profesional, previo al programa académico en el que es actualmente alumno regular.	Estas características se medirán a partir del reconocimiento o no del estudiante de haber cursado una carrera previa a la actual, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, como una pregunta cerrada, dicotómica.
Satisfacción con su vida	Corresponde a la valoración de una persona de su vida, percepción de bienestar, relacionado con sus metas, expectativas o intereses influenciados por su contexto cultural(40)	Estas características se medirán a partir del nivel de satisfacción del estudiante universitario con su vida con una escala tipo Likert de 7 puntos, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, que fluctúa desde “Totalmente

---

---

		insatisfecho” a “Totalmente satisfecho”.
Satisfacción con su estado de salud	Corresponde a la valoración de una persona con respecto a su estado de bienestar físico y mental	Estas características se medirán a partir del nivel de satisfacción del estudiante universitario con su estado de salud con una escala tipo Likert de 7 puntos, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, que fluctúa desde “Totalmente insatisfecho” a “Totalmente satisfecho”.
Satisfacción con su rol académico	Evaluación cognitivo-afectiva que los estudiantes realizan sobre su bienestar y disfrute en relación con sus experiencias educativas, comparando sus aspiraciones con los logros alcanzados(41).	Estas características se medirán a partir del nivel de satisfacción del estudiante universitario con su rol académico con una escala tipo Likert de 7 puntos, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, que fluctúa desde “Totalmente

---

---

		insatisfecho” a “Totalmente satisfecho”.
Satisfacción con el balance entre sus estudios y su vida personal	Valoración de la percepción del estudiante respecto del equilibrio entre el tiempo dedicado a sus responsabilidades académicas y sus compromisos personales(41).	Estas características se medirán a partir del nivel de satisfacción del estudiante universitario con el balance entre sus estudios y su vida personal, con una escala tipo Likert de 7 puntos, reportado en la pregunta respectiva del cuestionario sociodemográfico, que fluctúa desde “Totalmente insatisfecho” a “Totalmente satisfecho”.

---

Elaboración propia

**3.3. Instrumentos de recolección de datos**

Los estudiantes de medicina participaron de tres encuestas:

1. Cuestionario de Buen trato académico: Este cuestionario evalúa nueve prácticas que promueven el buen trato académico, identificadas en el proyecto FONDECYT 1161541: agilidad en la clase, apertura al diálogo, dominio de la disciplina, enseñanza contextualizada, motivar a la participación, pasión docente, planificación flexible, preocupación por el

alumno y retroalimentación efectiva, las que se desglosan en 40 preguntas. El cuestionario cuenta con dos versiones: una dirigida a docentes y otra a estudiantes. La versión para estudiantes mide la frecuencia con la que perciben el buen trato académico durante un semestre, utilizando una escala de cinco opciones de respuesta: 1 (Nunca), 2 (Casi nunca), 3 (A veces), 4 (Casi siempre) y 5 (Siempre). Ambas versiones han sido validadas en población de estudiantes y docentes del área de la salud, abarcando seis universidades a nivel nacional(31).

2. Cuestionario Sociodemográfico: Cuestionario de preguntas cerradas que permite caracterizar la muestra de participantes preguntando características sociodemográficas como el sexo, edad, estado civil, hijos, situación laboral, religión, si pertenece a algún pueblo originario, estereotipo racial, si es beneficiario del programa PACE, orientación sexual y si tiene alguien a su cuidado.

3. Cuestionario de Contexto de la Docencia: Este cuestionario tiene como objetivo caracterizar a los participantes en relación con su contexto académico. Incluye preguntas sobre la universidad en la que estudian, el año de ingreso, el nivel formativo que cursan y, en el caso de los docentes, el tipo de docencia de pregrado que imparten. Asimismo, indaga sobre el entorno en el que se desarrolla la enseñanza, el porcentaje de actividades prácticas y teóricas, el porcentaje de actividades sincrónicas y asincrónicas, y la cantidad de alumnos por sesión(42).

### **3.4. Procedimiento**

Este estudio fue patrocinado por el proyecto FONDECYT Regular 1221913 *“Del maltrato al buen trato: Creación colaborativa de estrategias de intervención en carreras de la salud”*, que obtuvo la autorización institucional de las nueve universidades participantes en el proyecto, ubicadas desde Antofagasta hasta Coyhaique. Se contactó a las jefaturas de las carreras de la salud de estas universidades para explicarles la naturaleza del estudio y organizar los procesos de recolección de datos. Se difundió el propósito del proyecto a docentes y estudiantes a través de redes institucionales y sociales. Las encuestas se aplicaron dos veces al año, durante el último mes de cada semestre, es decir, en los meses de junio y noviembre desde 2022 a 2025, utilizando la plataforma Alchemer© . Para este estudio, se consideraron los datos recopilados en 2022 de estudiantes de medicina de las seis universidades participantes, con el objetivo de realizar un diagnóstico y establecer una línea base para futuros estudios. En este estudio solo se presentan los resultados de la primera etapa.

En la encuesta se solicitó el RUT de los encuestados con la finalidad de parear resultados en un futuro estudio longitudinal. Estos datos fueron anonimizados, reemplazando el RUT por un código asignado por el equipo de investigación, de modo que la base de datos donde se ingresaron las respuestas no contó con información que identificara a los participantes. Pevio a la aplicación de la encuesta, se solicitó un consentimiento informado que describió las acciones llevadas a cabo en el estudio para respetar el anonimato, la confidencialidad y el resguardo de la información (Anexo 1), con la opción de *“Sí, acepto participar libre y voluntariamente bajo las condiciones establecidas”*.

### **3.5. Análisis de los datos**

En primer lugar, para el análisis de la confiabilidad de los puntajes de las escalas, se calculó los coeficientes Alfa de Cronbach y Omega de McDonald. Posteriormente, se empleó estadísticos descriptivos para las variables numéricas, como la media (M), mediana (Md), desviación estándar (DE), rango intercuartílico (RIC), mínimo (Mín), máximo (Máx), asimetría, curtosis y la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Para las variables categóricas se reportaron las frecuencias absolutas (n) y porcentaje (%).

El análisis bivariado evaluó la relación de los puntajes de la escala de buen trato con variables numéricas y ordinales (como la satisfacción) se realizó utilizando el coeficiente r de Pearson o Rho de Spearman cuando no se cumplía con los supuestos para el primero. Para las relaciones con variables categóricas, se aplicó ANOVA o la prueba de Kruskal-Wallis. El análisis se llevó a cabo con el software JASP (versión 0.17.2.1), considerando un nivel de significancia estadística de  $p < 0,05$ .

### **3.6. Consideraciones éticas**

Este estudio, al enmarcarse en una investigación educacional, se guió por las Regulaciones Nacionales de Chile asociadas a la investigación científica con personas: Ley No 19.628 y Ley No 20120.

La recolección de datos se realizó sólo después de la autorización institucional y el consentimiento informado en todos los casos, explicitando en estos procesos un máximo de detalles de los objetivos y usos posteriores del estudio, el tipo de participación solicitada,

los riesgos asociados y las garantías de libertad y voluntariedad, confidencialidad de la participación, así como el poder retirarse cuando lo deseen.

Adicionalmente, en el caso de las encuestas se explicó el proceso de anonimización a los participantes. Los consentimientos informados se formalizaron con la firma del formulario respectivo en dos copias, una de las cuales quedó en poder de los participantes.

Los datos fueron almacenados en un computador con clave y sólo fueron analizados por el Investigador Responsable, los coinvestigadores y el personal de apoyo técnico que se contrató para apoyar los análisis.

Todos los anteriores, así como quienes colaboraron con las encuestas firmaron un acuerdo de confidencialidad, certificando que la información derivada en el estudio sólo será usada para fines de investigación y divulgadas en instancias de difusión científica, manteniendo siempre el anonimato de los participantes y sus organizaciones dentro de los resultados.

## IV. RESULTADOS

### 4.1 Descripción de participantes

#### 4.1.1 Características sociodemográficas:

Los 443 estudiantes de medicina encuestados presentaban edades entre 18 y 52 años (M=23,27; Md=23,00; DE=3,42; RIC=4,00) y un 62,53 % (n=277) es mujer. La mayoría son solteros (n=414, 93,45%), sin hijos (n=433, 97,74%). En cuanto a diversidad, el 3,61% pertenece a pueblos originarios (n=16), y el 53,72% se identificó como homosexual (n=145, 32,73%) o bisexual (n=93, 20,99%), Tabla 4.1.

**Tabla 4.1 Características sociodemográficas de la muestra de estudiantes de medicina.**

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Hombre	162	36,57
	Mujer	277	62,53
	Otro	4	0,90
Estado civil	Soltero/a	414	93,45
	Casado/a	9	2,03
	Divorciado/a	2	0,45
	Conviviente civil (con unión civil)	2	0,45
	Conviviente informal	16	3,61
Religión	No	321	72,46
	Sí	121	27,31
	No informa	1	0,23

Hijos	No	433	97,74
	Sí	10	2,26
Cuidado de otra persona	Preescolar	8	1,81
	Escolar	7	1,58
	Adulto mayor	21	4,74
	Enfermo	12	2,71
	Situación de discapacidad	7	1,58
Trabaja	No	351	79,23
	Sí, jornada completa	5	1,13
	Sí, media jornada	2	0,45
	Sí, menos de media jornada	11	2,48
	Sí, trabajos esporádicos durante el semestre	73	16,48
	No informa	1	0,23
Discapacidad (en	No	413	93,23
Registro nacional de discapacidad)	Sí, con inscripción en el RND	1	0,23
	Sí, sin inscripción en el RND	29	6,55
Pertenenencia a pueblo originario	No	425	95,94
	Sí	16	3,61
	No informa	2	0,45
Orientación sexual	Heterosexual	189	42,66
	Homosexual	145	32,73
	Bisexual	93	20,99
	Asexual	12	2,71
	Otro	4	0,90

Ingreso mensual per cápita			
	Menos de \$100 000	24	5,42
	Entre \$100 000 y \$200 000	51	11,51
	Entre \$200 000 y \$300 000	64	14,45
	Entre \$300 000 y \$400 000	47	10,61
	Entre \$400 000 y \$500 000	45	10,16
	Entre \$500 000 y \$600 000	41	9,26
	Entre \$600 000 y \$700 000	15	3,39
	Entre \$700 000 y \$800 000	22	4,97
	Entre \$800 000 y \$900 000	11	2,48
	Entre \$900 000 y \$1 000 000	16	3,61
	Entre \$1 000 000 y \$1 100 000	18	4,06
	Entre \$1 100 000 y \$1 200 000	7	1,58
	Entre \$1 200 000 y \$1 300 000	8	1,81
	Entre \$1 300 000 y \$1 400 000	5	1,13
	Entre \$1 400 000 y \$1 500 000	1	0,23
	Entre \$1 500 000 y \$1 600 000	4	0,90
	Entre \$1 600 000 y \$1 700 000	2	0,45
	Entre \$1 700 000 y \$1 800 000	3	0,68
	Entre \$1 800 000 y \$1 900 000	2	0,45
	Entre \$1 900 000 y \$2 000 000	3	0,68
	Entre \$2 000 000 y \$2 100 000	6	1,35
	Entre \$2 100 000 y \$2 200 000	3	0,68
	Entre \$2 200 000 y \$2 300 000	3	0,68
	Entre \$2 300 000 y \$2 400 000	3	0,68
	\$2 500 000 o más	28	6,32

Estereotipo racial	No informa	11	2,48
	Rubio	35	7,90
	Moreno	67	15,12
	Blanco de pelo oscuro	195	44,02
	Pelirrojo	6	1,35
	Latino	130	29,35
	Indígena	2	0,45
	Afrodescendiente	1	0,23
	Otro	7	1,58

n=443; n: Frecuencia absoluta; %: Porcentaje; RND: Registro nacional de discapacidad;

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.1.2 Contexto académico

Del grupo de estudiantes de medicina encuestado la mayoría provenía de la Universidad 1 (n=198; 44,70%), se encontraba cursando séptimo año (n=91; 20,54%) e informa que sus asignaturas fueron principal o totalmente sincrónicas (n=358; 80,82%), Tabla 4.2.

**Tabla 4.2. Características académicas de los estudiantes de medicina.**

Variable	Categorías	n	%
Universidad	Universidad 1	198	44,70
	Universidad 2	67	15,12
	Universidad 3	32	7,22
	Universidad 4	37	8,35

	Universidad 5	57	12,87
	Universidad 6	52	1174
Año de ingreso	2005	1	0,23
	2012	3	0,68
	2013	2	0,45
	2014	8	1,81
	2015	24	5,42
	2016	71	16,03
	2017	63	14,22
	2018	59	13,32
	2019	67	15,12
	2020	50	11,29
	2021	37	8,35
	2022	53	11,96
	2023	3	0,68
	No informa	2	0,45
Grado en que las	Totalmente teóricas	14	3,16
asignaturas del	Principalmente teóricas	143	32,28
semestre eran prácticas	Igualmente teóricas y prácticas	117	26,41
o teóricas	Principalmente prácticas	112	25,28
	Totalmente prácticas	57	12,87
Grado en que las	Totalmente sincrónica	177	39,96
asignaturas del	Principalmente sincrónica	181	40,86
semestre eran	Igualmente sincrónica y asincrónica	57	12,87
	Principalmente asincrónica	20	4,52

sincrónicas	o	Totalmente asincrónica	8	1,81
asincrónicas				
Cantidad de estudiantes		Menos de 9 alumnos	44	9,93
por sesión		Entre 10 y 19 alumnos	116	26,19
		Entre 20 y 29 alumnos	92	20,77
		Entre 30 y 39 alumnos	43	9,71
		Entre 40 y 49 alumnos	27	6,10
		50 o más alumnos	121	27,31
Beneficiario	de	No	424	95,71
Programa PACE		Sí	18	4,06
		No informa	1	0,23
Nivel que cursa		Primer año	52	11,74
		Segundo año	40	9,03
		Tercer año	53	11,96
		Cuarto año	60	13,54
		Quinto año	70	15,80
		Sexto año	77	17,38
		Séptimo año	91	20,54
Carrera previa		No	394	88,94
		Sí	49	11,06

n=443; n: Frecuencia absoluta; %: Porcentaje. PACE: Programa de acceso a la educación

superior. Fuente: Elaboración propia.

#### 4.1.3 Satisfacción académica

La satisfacción académica de los estudiantes de medicina varía según las áreas evaluadas. Un 63,22% se muestra neutral (n=150; 33,86%) o satisfecho (n=137; 30,93%) con su rol académico, mientras que un 61,41% expresa satisfacción con su salud. La satisfacción con su vida alcanza un 69,08%, siendo la más alta, pero el balance entre estudios y vida personal destaca como el aspecto más crítico, con un 43,57% de insatisfacción (tabla 4.3).

**Tabla 4.3 Satisfacción académica de estudiantes de medicina.**

Variable	Categorías	n	%
Satisfacción con su rol académico	Totalmente insatisfecho	7	1,58
	Muy insatisfecho	9	2,03
	Insatisfecho	43	9,71
	Ni satisfecho ni insatisfecho	150	33,86
	Satisfecho	137	30,93
	Muy satisfecho	55	12,42
	Totalmente satisfecho	19	4,29
	No informa	23	5,19
Satisfacción con su salud	Totalmente insatisfecho	6	1,35
	Muy insatisfecho	23	5,19
	Insatisfecho	88	19,87
	Ni satisfecho ni insatisfecho	53	11,96
	Satisfecho	137	30,93
	Muy satisfecho	87	19,64
	Totalmente satisfecho	48	10,84
	No informa	1	0,23

Satisfacción con su vida	Totalmente insatisfecho	8	1,81
	Muy insatisfecho	16	3,61
	Insatisfecho	47	10,61
	Ni satisfecho ni insatisfecho	65	14,67
	Satisfecho	160	36,12
	Muy satisfecho	115	25,96
	Totalmente satisfecho	31	7,00
	No informa	1	0,23
Satisfacción con el balance entre sus estudios y su vida personal	Totalmente insatisfecho	27	6,10
	Muy insatisfecho	56	12,64
	Insatisfecho	110	24,83
	Ni satisfecho ni insatisfecho	65	14,67
	Satisfecho	133	30,02
	Muy satisfecho	41	9,26
	Totalmente satisfecho	10	2,26
No informa	1	0,23	

n=443; n: Frecuencia absoluta; %: Porcentaje. Fuente: Elaboración propia.

## 4.2 Descripción del buen trato académico informado por estudiantes de medicina

### 4.2.1 Buen trato académico según estudiantes de medicina

Más del 85% de los estudiantes de medicina reportan que los y las docentes “siempre” o “casi siempre” mostraron conocer en profundidad los temas tratados en la asignatura (n=396; 89,39%) y más del 60% de los estudiantes informaron que sus docentes “siempre” o “casi siempre” citaron fuentes científicas actualizadas para sustentar sus clases (n=340;

76,75%), mostraron un manejo amplio de las diversas perspectivas existentes sobre los contenidos tratados (n=304; 68,62%), se aseguraron de tener disponibles los materiales necesarios para realizar la clase (n=304; 68,62%), mostraron de qué forma los temas de la asignatura se aplicaban al ejercicio laboral de la carrera (n=293; 66,14%), mostraron pasión por los temas tratados en la asignatura (n=277, 62,53%) y mostraron cuál es la utilidad de los temas tratados en la asignatura (n=296, 66,82%).

Por otro lado, más de 45% de los y las estudiantes de medicina informa que “nunca” o “casi nunca” se adaptan de las actividades del curso si los/las estudiantes presentaban necesidades especiales (n=201; 45,38%); los docentes se muestran acogedores ante los/las estudiantes que se encontraban psicológicamente afectados/as (n=208; 46,95%); se modifica la planificación del curso para ajustarla al ritmo de aprendizaje de los estudiantes (n=262; 59,14%); se realizan acciones para hacer más divertida la clase (n=216; 48,76%); reciben retroalimentaciones detalladas cuando entregaban las calificaciones (n=211; 47,63%).

Sumado a lo anterior, el 30% o más de los estudiantes de medicina reportaron que los y las docentes “nunca” o “casi nunca” establecieron conversaciones con los/las estudiantes fuera de clases sobre temas cotidianos ajenos a la asignatura (n=172; 38,83%), se movieron por la sala para mantener la atención de los/las estudiantes (n=144, 32,51%), realizaron actividades para conectar las temáticas de la asignatura con nuestros intereses (n=172; 38,83%), realizaron actividades para mantener a los/las estudiantes trabajando (n=153; 34,54%), realizaron actividades para entusiasmarlos con los temas tratados (n=158;

35,66%) ni hicieron reflexionar profundamente sobre los contenidos a los/las estudiantes (n=152; 34,31%), Tabla 4.4.

**Tabla 4.4 Distribución por ítem de la frecuencia de buen trato académico desde los docentes según estudiantes de medicina.**

Los/las docentes...	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	... dieron ejemplos de la vida cotidiana que clarificaron los temas tratados.	22	4,97	28	6,32	175	39,50	183	41,31	35
... hicieron preguntas a los/las estudiantes para mantenerles participando durante la clase.	3	0,68	25	5,64	151	34,09	205	46,28	59	13,32
... adaptaron las actividades del curso si los/las estudiantes presentaban necesidades especiales (p.e. limitación visual, dificultades de aprendizaje, dificultad motora, etc.).	118	26,64	83	18,74	108	24,34	79	17,83	55	12,42
... se mostraron acogedores ante los/las estudiantes que se encontraban psicológicamente	84	18,96	124	27,99	124	27,99	83	18,74	28	6,32

---

afectados/as (p.e. estresados, ansiosos, etc.)											
... nos corrigieron oportunamente cuando cometimos errores.	14	3,16	39	8,80	137	30,93	172	38,83	81	18,28	
... mostraron entusiasmo durante la clase.	9	2,03	22	4,97	185	41,76	195	44,02	32	7,22	
... nos felicitaron cuando mostramos un buen desempeño.	22	4,97	83	18,74	158	35,67	135	30,47	45	10,16	
... transmitieron a los/las estudiantes confianza en que todos podían tener éxito en el curso.	37	8,35	94	21,22	146	32,96	112	25,28	54	12,19	
... citaron fuentes científicas actualizadas para sustentar sus clases.	7	1,58	16	3,61	80	18,06	200	45,15	140	31,60	
... fueron receptivos ante las críticas de los/las estudiantes.	41	9,23	90	20,32	171	38,60	107	24,15	34	7,68	
... mostraron un manejo amplio de las diversas perspectivas existentes sobre los contenidos tratados.	10	2,26	24	5,42	105	23,70	199	44,92	105	23,70	
... fueron receptivos si algún/a estudiante traía nuevos antecedentes sobre los temas de la asignatura.	10	2,26	31	7,00	139	31,38	171	38,60	92	20,77	
... establecieron conversaciones con los/las estudiantes fuera de	54	12,19	118	26,64	172	38,83	71	16,03	28	6,32	

---

---

clases sobre temas cotidianos													
ajenos a la asignatura.													
... ignoraron las dificultades	46	10,38	140	31,60	143	32,28	88	19,87	26	5,87			
individuales de los/las estudiantes													
... modificaron la planificación del	11	2,48	28	6,32	142	32,05	180	40,63	82	18,51			
curso si ocurrían eventos													
inesperados.													
... se aseguraron de tener	5	1,13	26	5,87	108	24,38	199	44,92	105	23,70			
disponibles los materiales													
necesarios para realizar la clase.													
... se preocuparon por mantener un	12	2,71	32	7,22	151	34,09	180	40,63	68	15,35			
diálogo abierto con los/las													
estudiantes.													
... ofrecieron oportunidades de	24	5,42	84	18,96	149	33,63	141	31,83	45	10,16			
mostrar los aprendizajes logrados a													
través de distintas actividades de													
evaluación.													
... se movieron por la sala para	41	9,26	103	23,25	164	37,02	98	22,12	37	8,35			
mantener la atención de los/las													
estudiantes.													
... mostraron de qué forma los	9	2,03	25	5,64	116	26,19	182	41,08	111	25,06			
temas de la asignatura se aplicaban													
al ejercicio laboral de mi carrera.													

---

---

... se negaron a reconocer frente a los/las estudiantes si habían cometido algún error.	62	14,00	182	41,08	118	26,64	63	14,22	18	4,06
... realizaron actividades para conectar las temáticas de la asignatura con nuestros intereses.	48	10,84	124	27,99	177	39,96	74	16,70	20	4,52
... manejaron sus tonos de voz para mantener la atención de los/las estudiantes.	16	3,61	47	10,61	186	41,99	152	34,31	42	9,48
... mostraron pasión por los temas tratados en la asignatura.	4	0,90	14	3,16	148	33,41	199	44,92	78	17,61
... tuvieron una expresión corporal que mantuvo la atención de los/las estudiantes.	9	2,03	43	9,71	210	47,40	144	32,51	37	8,35
... realizaron actividades para mantener a los/las estudiantes trabajando activamente durante la clase.	26	5,87	127	28,67	191	43,12	76	17,16	23	5,19
... realizaron actividades para entusiasmarlos con los temas tratados.	30	6,77	128	28,89	188	42,44	77	17,38	20	4,52
... hicieron reflexionar profundamente sobre los contenidos a los/las estudiantes.	30	6,77	122	27,54	187	42,21	79	17,83	25	5,64

---

---

... modificaron la planificación del curso para ajustarla al ritmo de aprendizaje de los estudiantes.	126	28,44	136	30,70	110	24,83	48	10,84	23	5,19
... realizaron acciones para hacer más divertida la clase.	52	11,74	164	37,02	163	36,80	52	11,74	12	2,71
... nos motivaron a aprender más de los temas tratados en la asignatura.	20	4,52	53	11,96	189	42,66	138	31,15	43	9,71
... llamaron a los/las estudiantes por sus nombres de pila.	34	7,68	81	18,28	140	31,60	112	25,28	76	17,16
... nos dieron ejemplos que ayudan a simplificar los temas tratados.	13	2,94	21	4,74	180	40,63	176	39,73	53	11,96
... mostraron pasión por enseñar.	14	3,16	41	9,26	197	44,47	139	31,38	52	11,74
... mantuvieron un ritmo ágil durante la clase.	9	2,03	35	7,90	229	51,69	137	30,93	33	7,45
... mostraron conocer en profundidad los temas tratados en la asignatura.	3	0,68	2	0,45	42	9,48	215	48,53	181	40,86
... trataron la diversidad del estudiantado como algo positivo.	21	4,74	61	13,77	146	32,96	135	30,47	80	18,06
... reconocieron explícitamente si desconocían temáticas asociadas al curso.	33	7,45	53	11,96	118	26,64	145	32,73	94	21,22
... nos mostraron cuál es la utilidad de los temas que tratamos en la asignatura.	7	1,58	20	4,52	120	27,09	190	42,89	106	23,93

---

... realizaron retroalimentaciones 64 14,45 147 33,18 129 29,12 75 16,93 28 6,32

detalladas cuando entregaban las

calificaciones.

n=443. Fuente: Elaboración propia.

#### 4.2.2 Confiabilidad del cuestionario de buen trato académico.

De los nueve factores que componen la escala de buen trato académico, todos mostraron confiabilidades adecuadas ( $\omega$  y  $\alpha > 0,6$ ), siendo Pasión docente el factor con mayor puntaje con un Omega de McDonald de  $\omega=0,85$  (IC 95%=0.82-0.87) y un Alfa de Cronbach de  $\alpha=0,84$  (IC 95%=0.81-0.86) y Preocupación por el alumno el factor con menor puntaje con un Omega de McDonald de  $\omega=0,65$  (IC 95%=0.60-0.70) y un Alfa de Cronbach de  $\alpha=0,61$  (IC 95%=0.55-0.67), Tabla 4.5.

**Tabla 4.5 Confiabilidad y estadísticos descriptivos del cuestionario de buen trato académico percibido por estudiantes de medicina.**

	Agilidad en la clase	Apertura al diálogo	Dominio de la disciplina	Enseñanza contextualizada	Motivar a la participación	Pasión docente	Planificación flexible	Preocupación por el alumno	Retroalimentación efectiva
$\alpha$ de Cronbach (IC 95%)	0,84 (0,81-0,86)	0,78 (0,74-0,81)	0,71 (0,66-0,75)	0,73 (0,69-0,77)	0,84 (0,81-0,86)	0,84 (0,81-0,86)	0,76 (0,73-0,79)	0,61 (0,55-0,67)	0,76 (0,72-0,79)
$\omega$ de McDonald (IC 95%)	0,84 (0,82-0,87)	0,79 (0,75-0,82)	0,72 (0,68-0,77)	0,73 (0,69-0,77)	0,84 (0,82-0,86)	0,85 (0,82-0,87)	0,76 (0,73-0,80)	0,65 (0,60-0,70)	0,77 (0,73-0,80)
Mediana	3,00	3,60	4,00	3,50	3,17	3,67	3,17	3,00	3,25
Media	3,12	3,45	4,04	3,38	3,23	3,55	3,20	2,98	3,15
Desviación estándar	0,72	0,75	0,67	0,69	0,68	0,73	0,73	0,76	0,81
Rango intercuartílico	1,00	1,00	1,00	0,75	0,83	1,00	1,00	1,00	1,25
Asimetría	0,02	-0,38	-0,94	-0,27	0,02	-0,34	-0,13	0,04	-0,01

Error Típico de la Asimetría	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12
Curtosis	0,39	-0,16	2,16	0,60	0,45	0,79	-0,16	-0,57	-0,29
Error Típico de la Curtosis	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23
Shapiro-Wilk	0,99	0,98	0,92	0,98	0,99	0,96	0,99	0,98	0,99
Valor de p de Shapiro-Wilk	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	<0,05	< ,001	<0,01

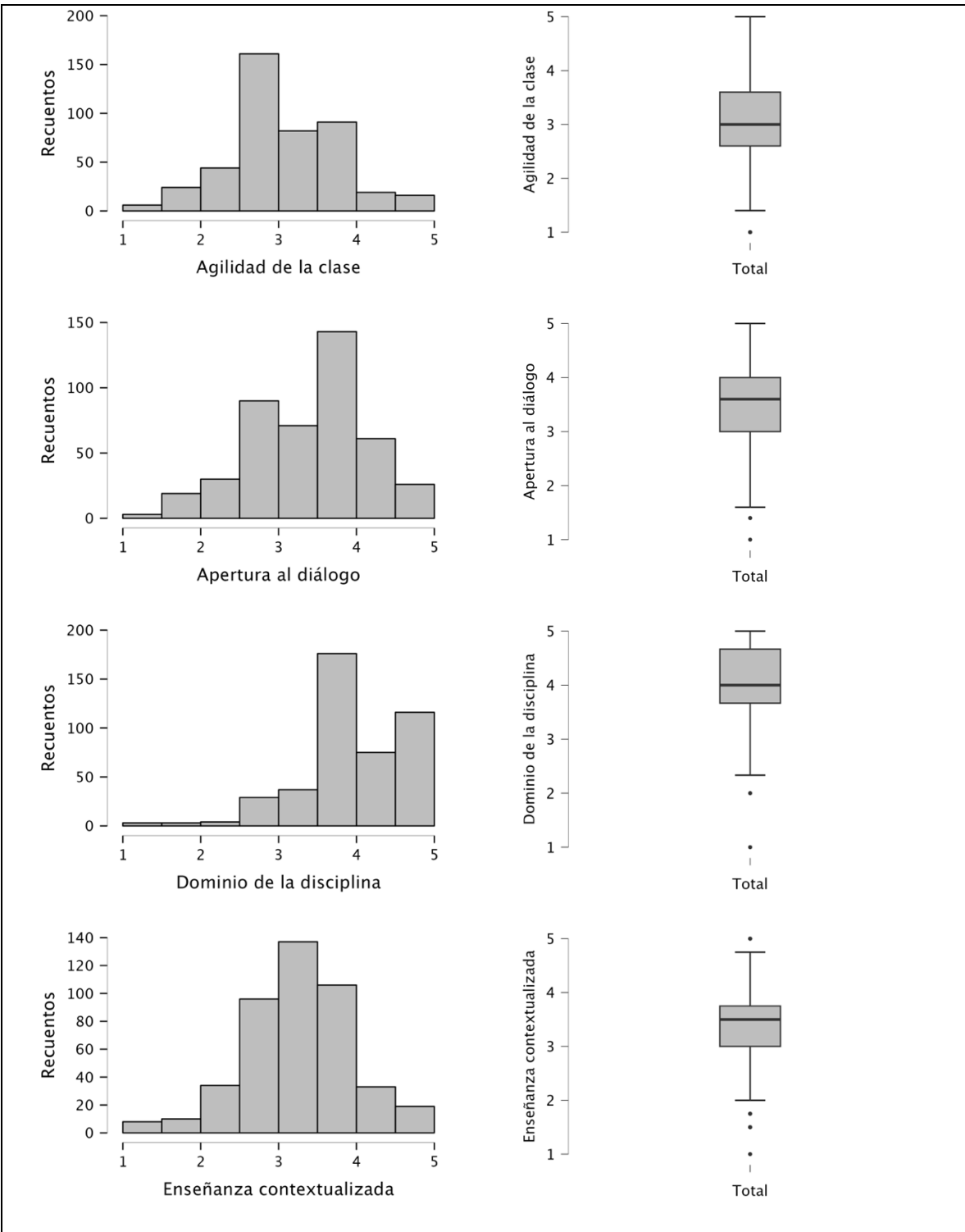
n=443; IC: intervalo de confianza;  $\alpha$ : Alpha;  $\omega$ : Omega; p: significación estadística. Fuente:

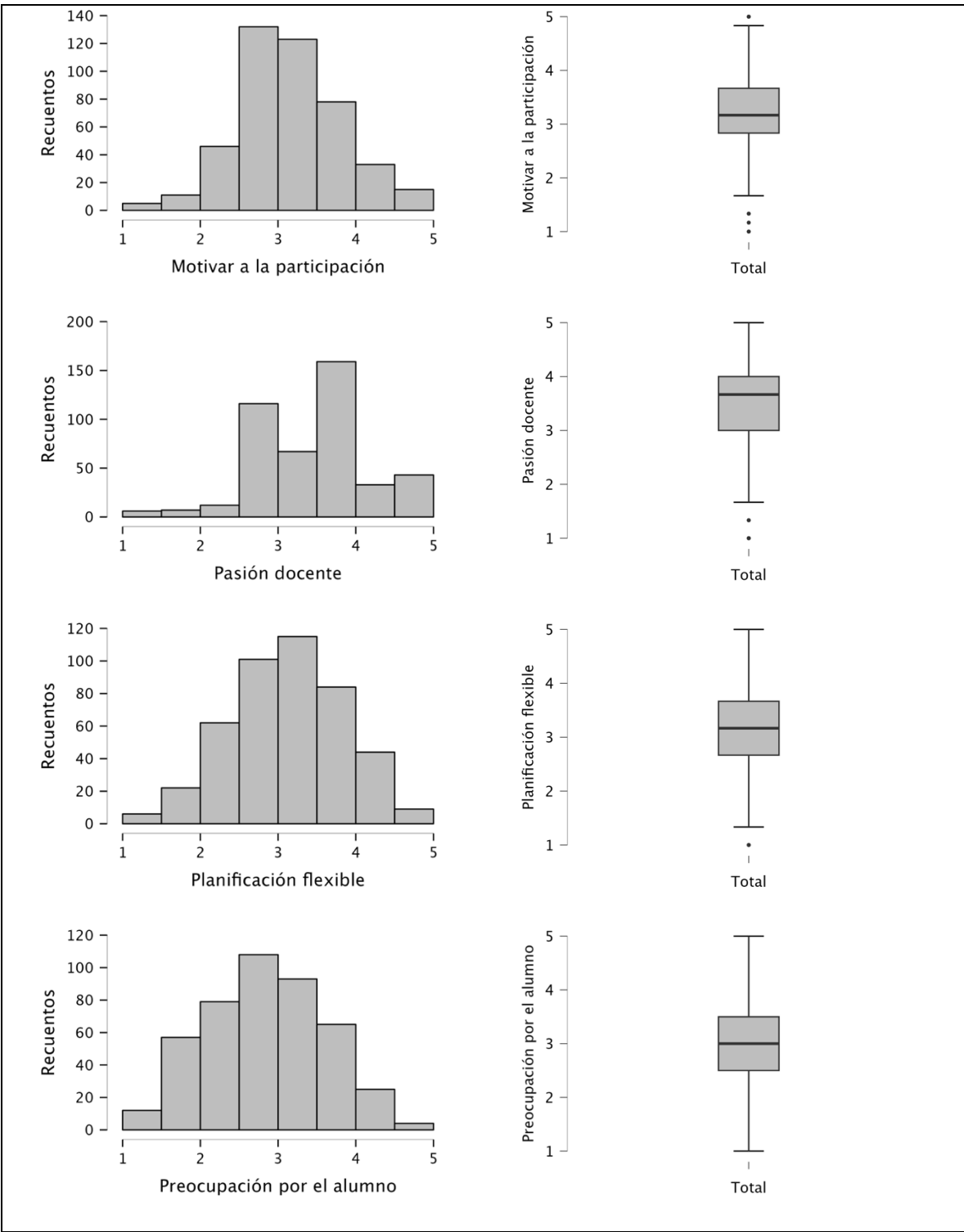
Elaboración propia.

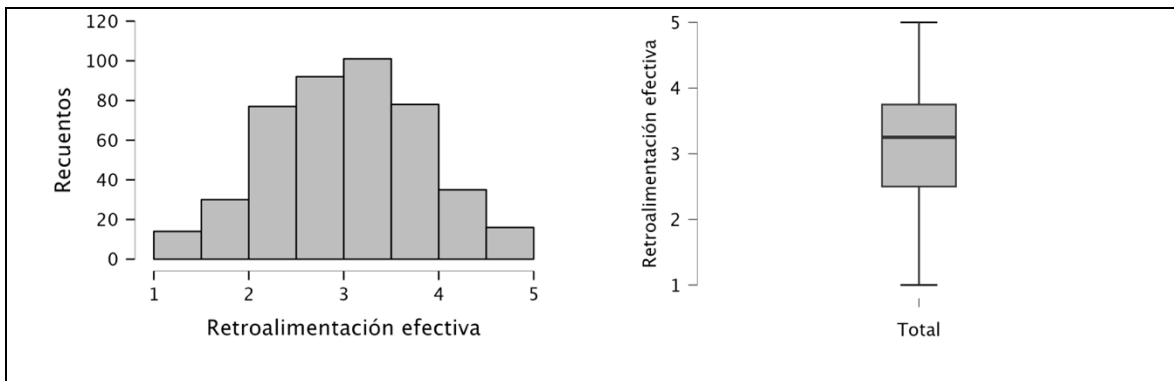
#### 4.2.3 Distribución de la muestra

Considerando los factores del cuestionario de buen trato académico según estudiantes de medicina, las prácticas docentes que se reportan como menos frecuentes son agilidad en la clase (M=3,12; Md=3,00; DE=0,72; RIC=1,00) y preocupación por el alumno (M=2,98; Md=3,00; DE=0,76; RIC=1,00) y la forma de buen trato académico informada con mayor frecuencia fue el dominio de la disciplina por el docente (M=4,04; Md=4,00; DE=0,67; RIC=1,00).

Al aplicar la prueba de Shapiro-Wilk resultó estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en todos los factores, por lo que la distribución de la muestra es distinta a la distribución normal. El factor Dominio de la disciplina presenta una distribución leptocúrtica (Curtosis=2,16), con una moderada asimetría negativa (Asimetría=-0,94). El resto de los factores son moderadamente simétricos con una distribución mesocúrtica, Tabla 4.5, Figura 4.1.







**Figura 4.1 Distribución de frecuencia de los factores de buen trato académico informado por estudiantes de medicina. Fuente: Elaboración propia.**

### 4.3 Buen trato académico según características sociodemográficas y académicas del estudiante de medicina

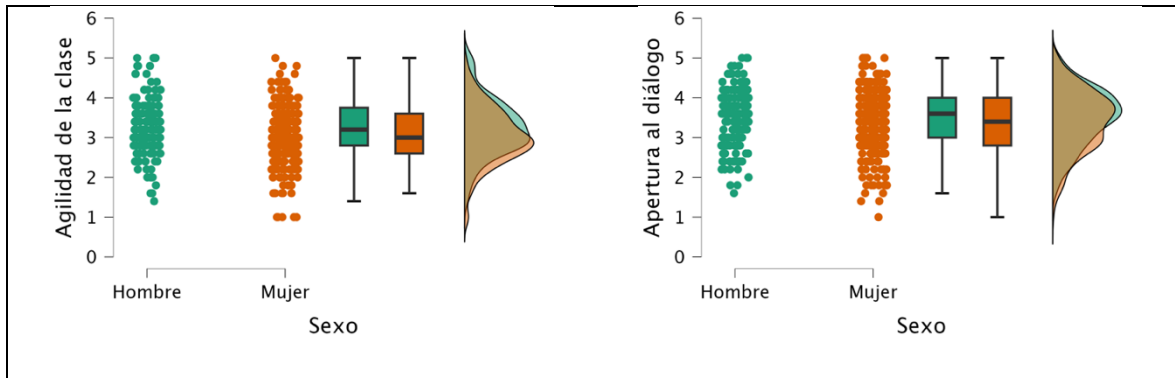
#### 4.3.1 Buen trato académico y sexo:

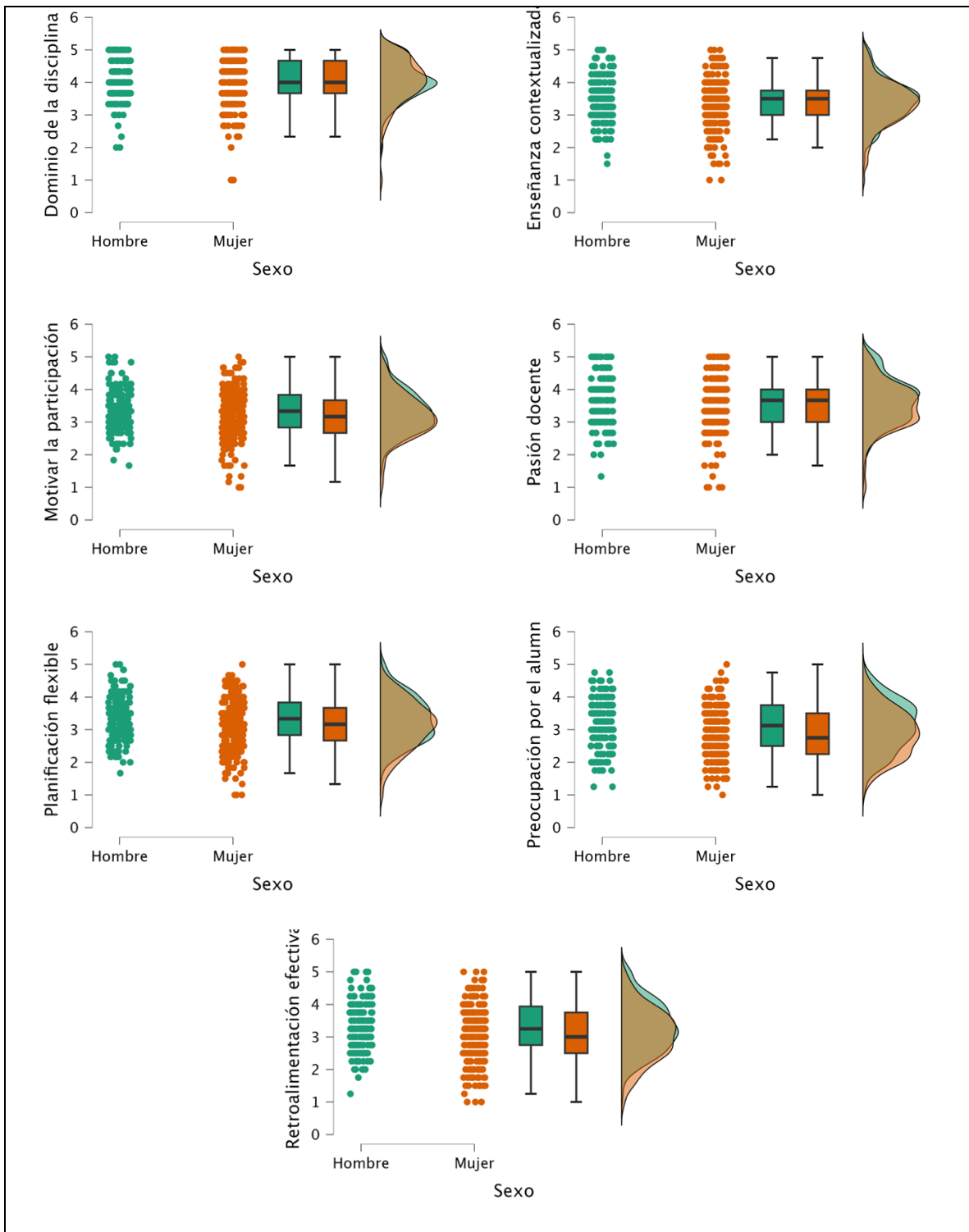
Para realizar la comparación de buen trato y sexo se excluyeron los estudiantes que marcaron la opción “otro” ya que eran muy pocos casos ( $n=4$ ; 0,90%). En el análisis se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en donde los hombres, en comparación con las mujeres, informaron con mayor frecuencia la agilidad en la clase ( $p<0,01$ ), motivación a la participación ( $p<0,05$ ), pasión docente ( $p<0,05$ ), planificación flexible ( $p<0,05$ ), preocupación por el alumno ( $p<0,001$ ) y retroalimentación efectiva ( $p<0,01$ ), Tabla 4.6, Figura 4.2.

**Tabla 4.6. Diferencias de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según sexo.**

	<b>W</b>	<b>p</b>
Agilidad en la clase	26594,00	<0,01*
Apertura al diálogo	24707,00	0,08
Dominio de la disciplina	22492,50	0,97
Enseñanza contextualizada	24029,00	0,21
Motivar a la participación	25152,00	<0,05*
Pasión docente	25123,00	<0,05*
Planificación flexible	25115,50	<0,05*
Preocupación por el alumno	26722,50	< 0,001*
Retroalimentación efectiva	26270,50	<0,01*

n=439; p: significación estadística; W: Contraste U de Mann-Whitney; \*: diferencia estadísticamente significativa. Fuente: Elaboración propia.





**Figura 4.2** Comparación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según sexo. Fuente: Elaboración propia.

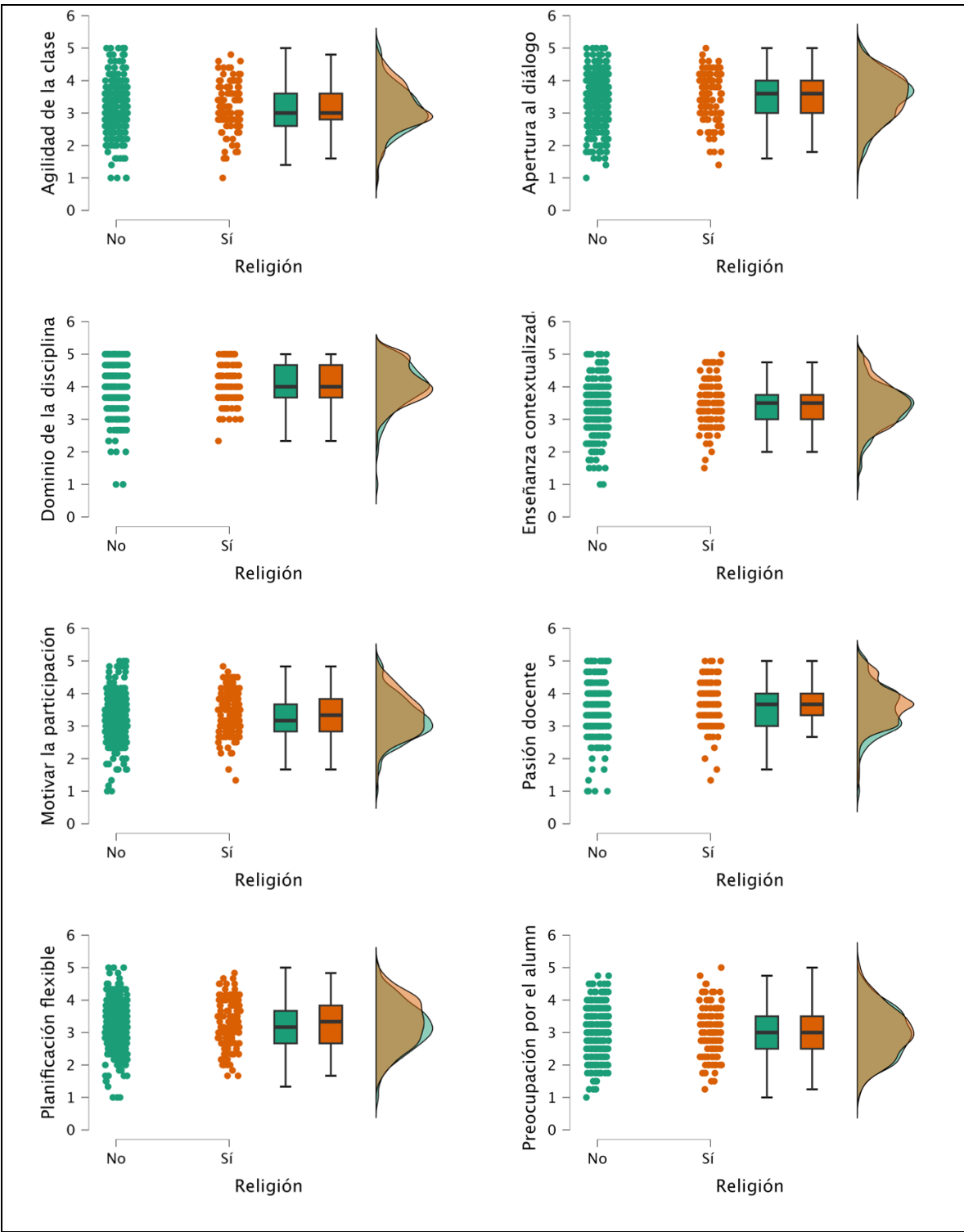
### 4.3.2 Buen trato académico y religión

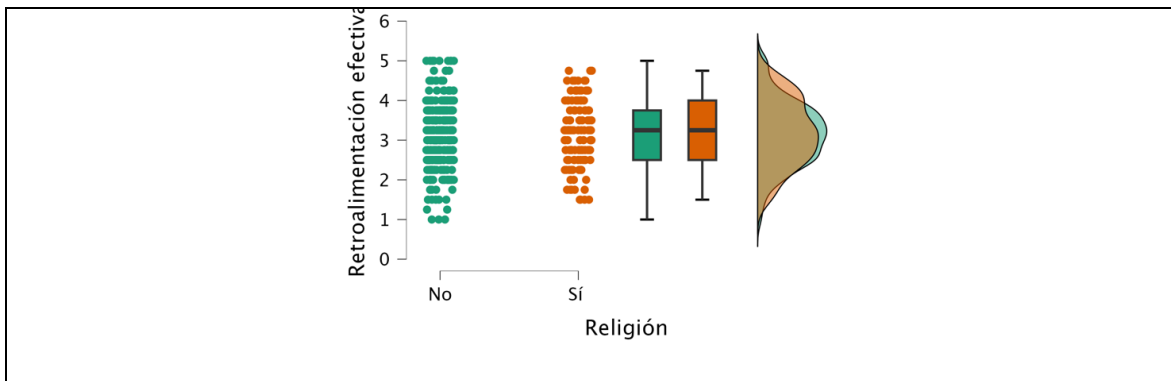
No hay diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia en que se informa buen trato académico desde los docentes al comparar estudiantes de medicina que profesan una religión y los que no, Tabla 4.7, Figura 4.3.

**Tabla 4.7. Diferencias en la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según religión.**

	<b>W</b>	<b>p</b>
Agilidad en la clase	18110,00	0,27
Apertura al diálogo	19067,50	0,77
Dominio de la disciplina	18738,50	0,56
Enseñanza contextualizada	17993,50	0,23
Motivar a la participación	17177,00	0,06
Pasión docente	17310,00	0,08
Planificación flexible	17558,50	0,12
Preocupación por el alumno	19021,00	0,74
Retroalimentación efectiva	18743,50	0,57

n=443; p: significación estadística; W: Contraste U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia.





**Figura 4.3** Comparación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según religión Fuente: Elaboración propia.

#### 4.3.3 Buen trato académico en estudiantes que cursaron una carrera previa

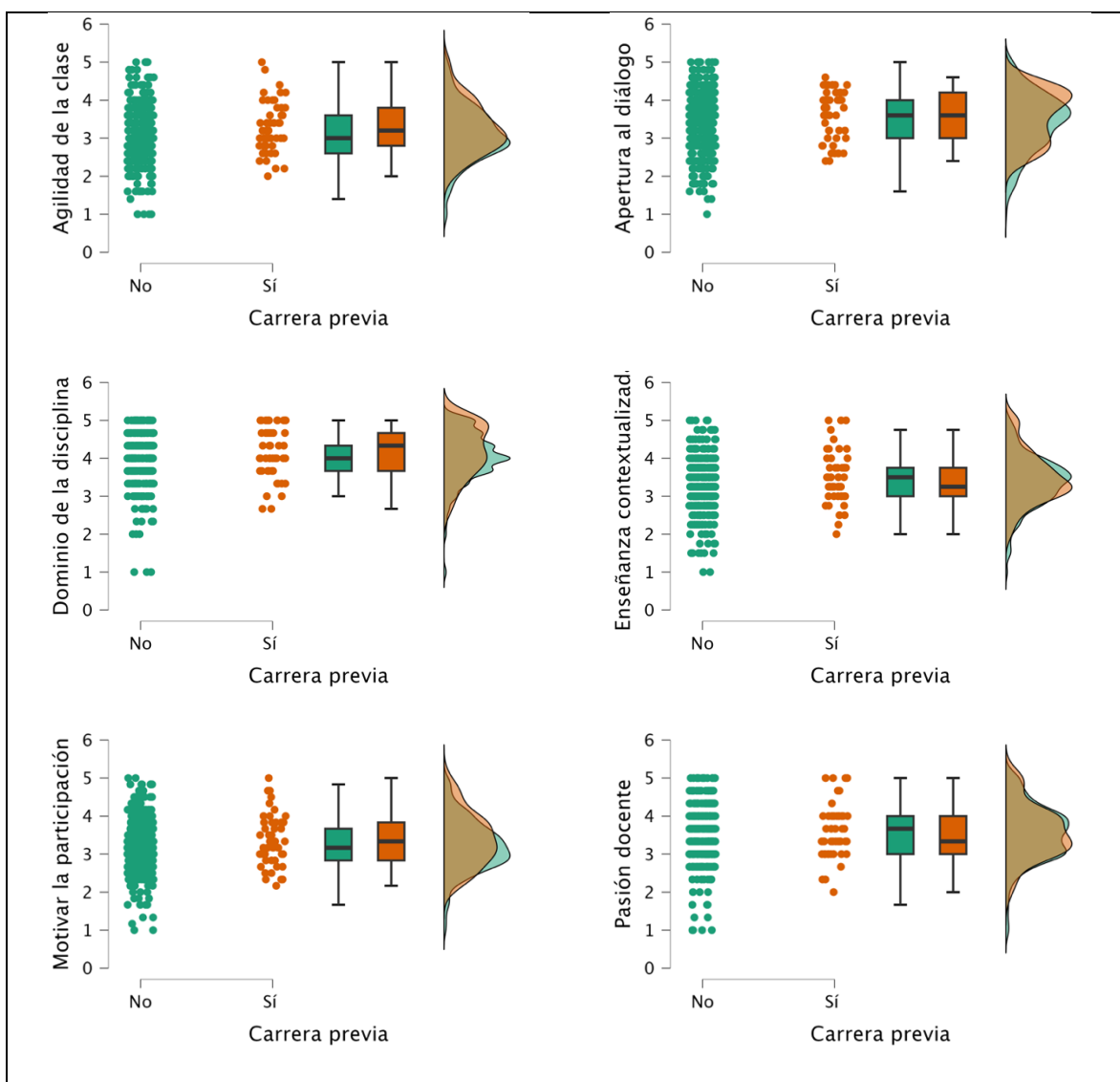
No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la frecuencia de buen trato académico informado por estudiantes de medicina que habían y no habían cursado previamente una carrera, Tabla 4.8, Figura 4.4.

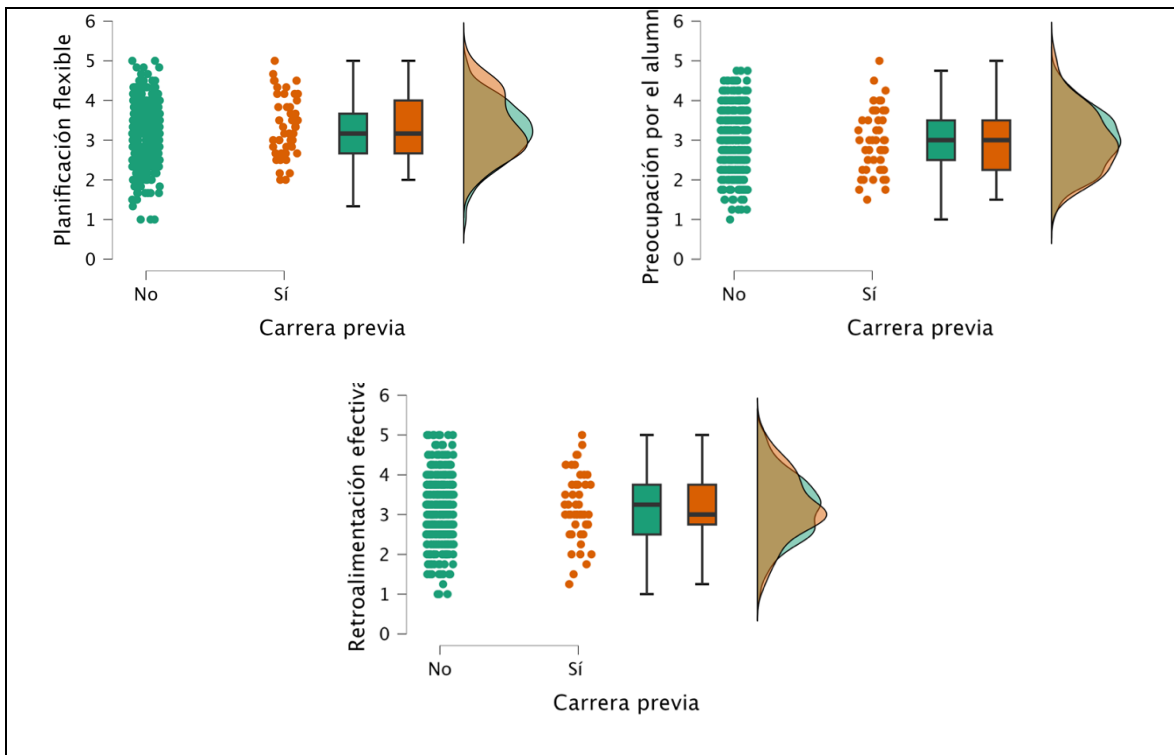
**Tabla 4.8. Diferencias en la frecuencia de buen trato académico según estudiantes de medicina que cursaron una carrera previa.**

	<b>W</b>	<b>p</b>
Agilidad en la clase	8431,50	0,15
Apertura al diálogo	8529,00	0,18
Dominio de la disciplina	8293,50	0,10
Enseñanza contextualizada	9017,00	0,45
Motivar a la participación	8490,00	0,17
Pasión docente	9460,50	0,82

Planificación flexible	8675,50	0,25
Preocupación por el alumno	10010,00	0,67
Retroalimentación efectiva	9296,00	0,67

n=443; p: significación estadística; W: Contraste U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia.





**Figura 4.4** Diferencias en la frecuencia de buen trato académico según estudiantes de medicina que cursaron una carrera previa. Fuente: Elaboración propia.

#### 4.3.4 Buen trato académico en estudiantes que cuidan un adulto mayor

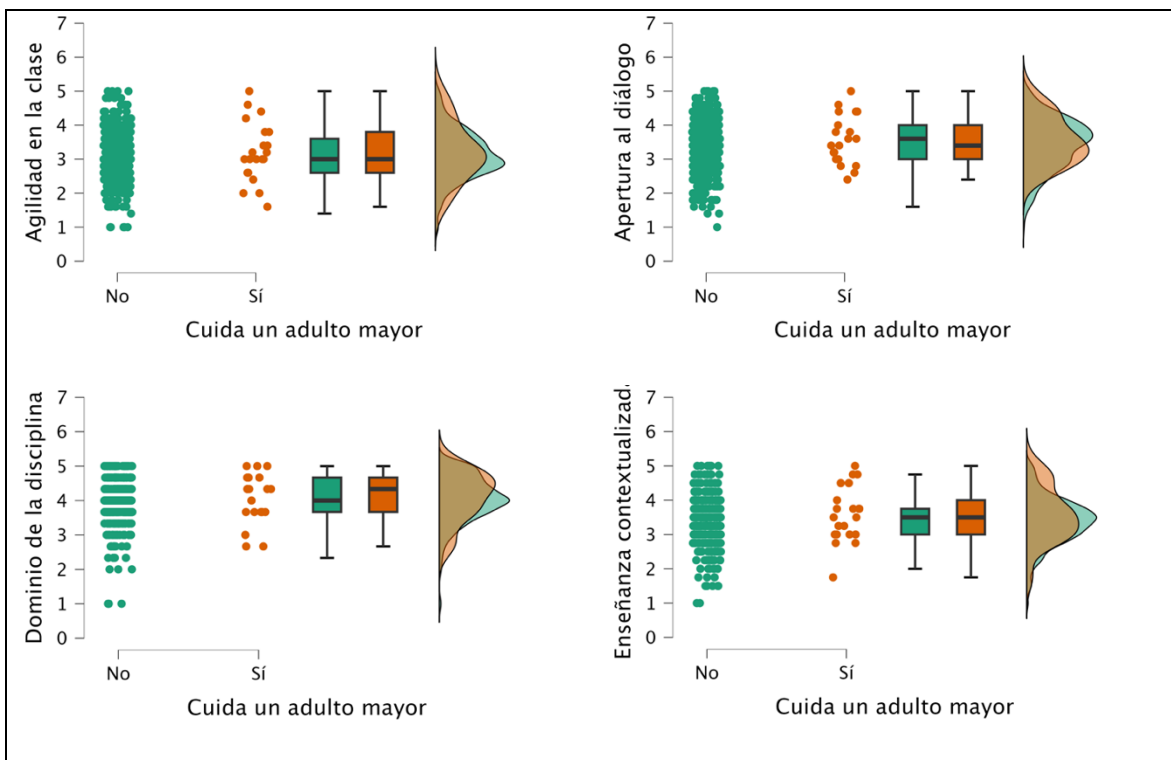
No hay diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de buen trato académico en estudiantes de medicina que cuidan de un adulto mayor y los que no, Tabla 4.9, Figura 4.5.

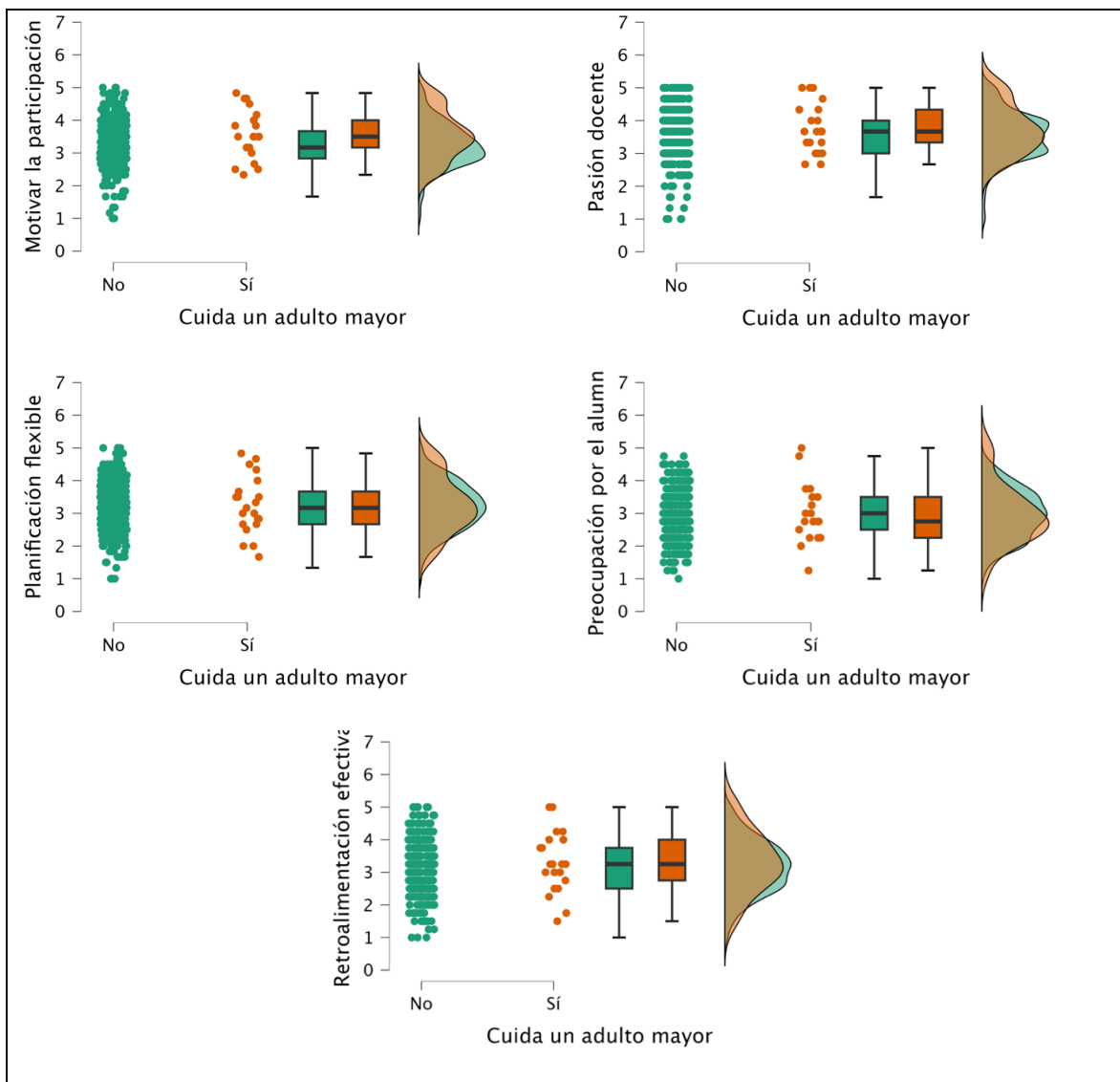
**Tabla 4.9.** Diferencias en la frecuencia de buen trato académico según estudiantes de medicina que tienen a su cuidado un adulto mayor.

W	p
---	---

Agilidad en la clase	4212,50	0,70
Apertura al diálogo	4238,00	0,74
Dominio de la disciplina	4141,00	0,61
Enseñanza contextualizada	3825,50	0,29
Motivar a la participación	3324,50	0,05
Pasión docente	3834,50	0,29
Planificación flexible	4373,50	0,92
Preocupación por el alumno	4676,00	0,67
Retroalimentación efectiva	4019,00	0,47

n=443; p: significación estadística; W: Contraste U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia.





**Figura 4.5** Diferencias en la frecuencia de buen trato académico según estudiantes de medicina que tienen a su cuidado un adulto mayor. Fuente: Elaboración propia.

#### 4.3.5 Buen trato académico y edad

Estudiantes de medicina más jóvenes son los que informan con mayor frecuencia buen trato académico, con una correlación débil y una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), exceptuando la enseñanza contextualizada y la motivación a la participación que no tienen una relación estadísticamente significativa, Tabla 4.10.

#### **4.3.6 Buen trato académico y nivel cursado**

Mientras menor es el nivel cursado por el o la estudiante de medicina hay una mayor frecuencia de buen trato académico, con una correlación débil y una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), exceptuando la motivación a la participación en donde la relación no es estadísticamente significativa, Tabla 4.10.

#### **4.3.7 Buen trato académico y año de ingreso**

Estudiantes de medicina cuyo ingreso a la universidad es más reciente reportan con mayor frecuencia buen trato académico, con una correlación débil y una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), exceptuando la enseñanza contextualizada en donde la relación no es estadísticamente significativa, Tabla 4.10.

#### **4.3.8 Buen trato académico y asignaturas prácticas**

Mientras menos prácticas y más teóricas eran las asignaturas mayor frecuencia de buen trato académico es informada por estudiantes de medicina, con una correlación débil y una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), exceptuando la motivación a la participación en donde la relación no es estadísticamente significativa, Tabla 4.10.

#### **4.3.9 Buen trato académico e ingreso mensual familiar**

Estudiantes de medicina que reportan mayores ingresos informan con mayor frecuencia dominio de la disciplina por el docente, con una correlación débil y una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). El resto de los factores no presenta relaciones estadísticamente significativas, Tabla 4.10.

#### **4.3.10 Buen trato académico y asignaturas asincrónicas.**

Mientras menos asincrónicas y más sincrónicas eran las asignaturas mayor frecuencia de buen trato académico es informada por estudiantes de medicina, con una correlación débil y una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en la agilidad en la clase, pasión docente, planificación flexible y preocupación por el alumno. Sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa en la apertura al diálogo, dominio de la disciplina, enseñanza contextualizada, motivación a la participación y retroalimentación efectiva, Tabla 4.10.

#### **4.3.11 Buen trato académico y el número de estudiantes por sesión**

En el análisis de la relación entre el buen trato académico y el número de estudiantes de medicina por sesión o clase, se identificaron algunas relaciones estadísticamente significativas. Se observó que, a mayor número de estudiantes en el aula, se informaba mayor frecuencia de agilidad en la clase ( $p < 0,05$ ), apertura al diálogo ( $p < 0,01$ ), pasión docente ( $p < 0,05$ ) y planificación flexible ( $p < 0,01$ ), todas con una correlación débil. Por otro lado, en cuanto al dominio de la disciplina, enseñanza contextualizada, motivación a la

participación, preocupación por el alumno y retroalimentación efectiva, no se identificaron relaciones estadísticamente significativas, Tabla 4.10.

**Tabla 4.10. Relación de la frecuencia de buen trato académico informado por estudiantes de medicina con las variables sociodemográficas y académicas.**

		Edad	Ingreso	Nivel	Asignatura práctica	Asignatura asincrónica	N° estudiantes por sesión	Ingreso mensual familiar
Agilidad en la clase	Rho de Spearman	-0,16	0,21	-0,23	-0,21	-0,11	0,11	-0,01
	Valor p	< ,001*	< ,001*	< ,001*	< ,001*	<0,05*	<0,05*	0,82
Apertura al diálogo	Rho de Spearman	-0,17	0,22	-0,22	-0,18	-0,08	0,12	0,06
	Valor p	< ,001*	< ,001*	< ,001*	< ,001*	0,09	<0,01*	0,20
Dominio de la disciplina	Rho de Spearman	-0,12	0,13	-0,14	-0,11	0,01	0,04	0,12
	Valor p	<0,05*	<0,01*	<0,01*	<0,05*	0,87	0,43	<0,05*
Enseñanza contextualizada	Rho de Spearman	-0,09	0,09	-0,10	-0,11	-0,06	0,08	0,04
	Valor p	0,06	0,06	<0,05*	<0,05*	0,21	0,08	0,47
Motivar a la participación	Rho de Spearman	-0,04	0,10	-0,09	-0,06	-0,07	-0,02	0,03
	Valor p	0,41	<0,05*	0,06	0,23	0,14	0,68	0,51
Pasión docente	Rho de Spearman	-0,16	0,23	-0,22	-0,21	-0,11	0,10	<0,01
	Valor p	< ,001*	< ,001*	< ,001*	< ,001*	<0,05*	<0,05*	0,93
Planificación flexible	Rho de Spearman	-0,25	0,278	-0,29	-0,25	-0,10	0,13	0,06
	Valor p	< ,001*	< ,001*	< ,001*	< ,001*	<0,05*	<0,01*	0,21
Preocupación por el alumno	Rho de Spearman	-0,13	0,16	-0,15	-0,11	-0,10	0,06	0,04
	Valor p	<0,01*	< ,001*	<0,01*	<0,05*	<0,05*	0,21	0,47
Retroalimentación efectiva	Rho de Spearman	-0,12	0,13	-0,15	-0,10	-0,07	0,08	0,06
	Valor p	<0,05*	<0,01*	<0,01*	<0,05*	0,12	0,11	0,20

n=443. Fuente: Elaboración propia. \*: correlación estadísticamente significativa

#### 4.3.12 Buen trato académico y satisfacción con el rol académico

Estudiantes de medicina satisfechos con su rol académico reportan una mayor frecuencia buen trato académico, con una correlación débil y una relación estadísticamente

significativa ( $p < 0,01$ ), excepto en la preocupación por el alumno en donde no se encontró una relación estadísticamente significativa.

#### **4.3.13 Buen trato académico y satisfacción con la salud**

Hay una relación directa entre la satisfacción con la salud y la frecuencia informada de buen trato académico según estudiantes de medicina, que resulta estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ), con una correlación débil en sus nueve factores.

#### **4.3.14 Buen trato académico y satisfacción con la vida**

Estudiantes de medicina que refieren estar satisfechos con su vida informan más frecuentemente buen trato académico. Esta relación resultó ser estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ), con una correlación débil en todos los factores.

#### **4.3.15 Buen trato académico y satisfacción con el balance entre sus estudios y su vida personal**

Estudiantes de medicina que expresan satisfacción con el balance entre los estudios y su vida personal reportan una mayor frecuencia de buen trato académico. Esta relación resultó ser estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ), con una correlación débil en todos los factores de buen trato académico, Tabla 4.11.

**Tabla 4.11. Relación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico y sus niveles de satisfacción**

		Satisfacción con su rol académico	Satisfacción con su salud	Satisfacción con su vida	Satisfacción con el balance entre sus estudios y su vida personal
Agilidad en la clase	Rho de Spearman	0,13	0,19	0,14	0,22
	Valor p	<0,01	< 0,001	<0,01	< 0,001
Apertura al diálogo	Rho de Spearman	0,16	0,26	0,17	0,23
	Valor p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Dominio de la disciplina	Rho de Spearman	0,14	0,20	0,18	0,20
	Valor p	<0,01	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Enseñanza contextualizada	Rho de Spearman	0,13	0,23	0,21	0,20
	Valor p	<0,01	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Motivar a la participación	Rho de Spearman	0,13	0,16	0,16	0,21
	Valor p	<0,01	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Pasión docente	Rho de Spearman	0,20	0,17	0,17	0,22
	Valor p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Planificación flexible	Rho de Spearman	0,15	0,24	0,17	0,23
	Valor p	<0,01	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Preocupación por el alumno	Rho de Spearman	0,09	0,17	0,16	0,23
	Valor p	0,06	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Retroalimentación efectiva	Rho de Spearman	0,17	0,24	0,21	0,27
	Valor p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

n=443; Valor p: significación estadística. Fuente: Elaboración propia.

#### **4.3.16 Buen trato académico y Universidad.**

Existen diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia informada de todos los factores de buen trato académico entre universidades ( $p < 0,01$ ), Tabla 4.12.

**Tabla 4.12. Diferencia de la frecuencia de buen trato académico informado por estudiantes de medicina asociadas a la universidad.**

Factor	H	gl	p
Agilidad en la clase	21,18	5	< 0,001
Apertura al diálogo	17,34	5	<0,01
Dominio de la clase	30,35	5	< 0,001
Enseñanza contextualizada	25,95	5	< 0,001
Motivar a la participación	17,40	5	<0,01
Pasión docente	25,88	5	< 0,001
Planificación flexible	28,83	5	< 0,001
Preocupación por el alumno	24,76	5	< 0,001
Retroalimentación efectiva	15,61	5	<0,01

n=443; H: Contraste de Kruskal-Wallis; p: significación estadística; gl: grados de libertad.

Fuente: Elaboración propia.

#### **4.3.16.1 Comparación de buen trato académico entre Universidades**

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de buen trato académico informado ( $p < 0,05$ ) entre la Universidad 6 y las Universidades 1, 2 y 3, donde los estudiantes de medicina de la universidad 6 informan mayor frecuencia de buen trato académico.

Con respecto a la comparación de la Universidad 6 y la Universidad 5, existe una mayor frecuencia de buen trato académico informada por los estudiantes de la Universidad 6, con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), exceptuando la apertura al diálogo, enseñanza contextualizada y pasión docente, donde no hay diferencias significativas.

Al comparar la Universidad 6 con la Universidad 4 se observan diferencias estadísticamente significativas, donde los estudiantes de la Universidad 6 informan con mayor frecuencia la apertura al diálogo ( $p < 0,01$ ), planificación flexible ( $p < 0,05$ ) y preocupación por el alumno ( $p < 0,01$ ), sin embargo, el resto de los factores de buen trato académico no presentan diferencias estadísticamente significativas.

Las Universidades 1 y 3 tienen diferencias estadísticamente significativas, en donde los estudiantes de la Universidad 1 informan mayor con mayor frecuencia dominio de la disciplina por parte de sus docentes ( $p < 0,001$ ), pasión docente ( $p < 0,05$ ), planificación flexible ( $p < 0,05$ ) y retroalimentación efectiva ( $p < 0,05$ ).

Las Universidades 1 y 4 tienen diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia informada de enseñanza contextualizada ( $p < 0,01$ ) y motivación a la participación ( $p < 0,05$ ), en donde los estudiantes de la Universidad 4 las reportan con mayor frecuencia. Por otro lado, al comparar las Universidades 1 y 5 solo difieren en un factor, en donde los estudiantes de la Universidad 5 reportan con mayor frecuencia la enseñanza contextualizada, con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las Universidades 1 y 2.

Las Universidades 2 y 3 tienen diferencias estadísticamente significativas, en donde los estudiantes de la Universidad 2 informan con mayor frecuencia dominio de la disciplina por parte de sus docentes ( $p < 0,05$ ), pasión docente ( $p < 0,05$ ) y planificación flexible ( $p < 0,05$ ).

En la comparación de la Universidad 2 con las Universidades 4 y 5 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los factores de buen trato académico.

Las Universidades 3 y 4 tienen diferencias estadísticamente significativas, en donde los estudiantes de la Universidad 4 informan con mayor frecuencia el dominio de la disciplina ( $p < 0,001$ ), enseñanza contextualizada ( $p < 0,01$ ), motivación a la participación ( $p < 0,01$ ), pasión docente ( $p < 0,001$ ), planificación flexible ( $p < 0,05$ ) y retroalimentación efectiva ( $p < 0,05$ ), en cambio la agilidad de la clase, apertura al diálogo y preocupación por el alumno, no tienen diferencias estadísticamente significativas.

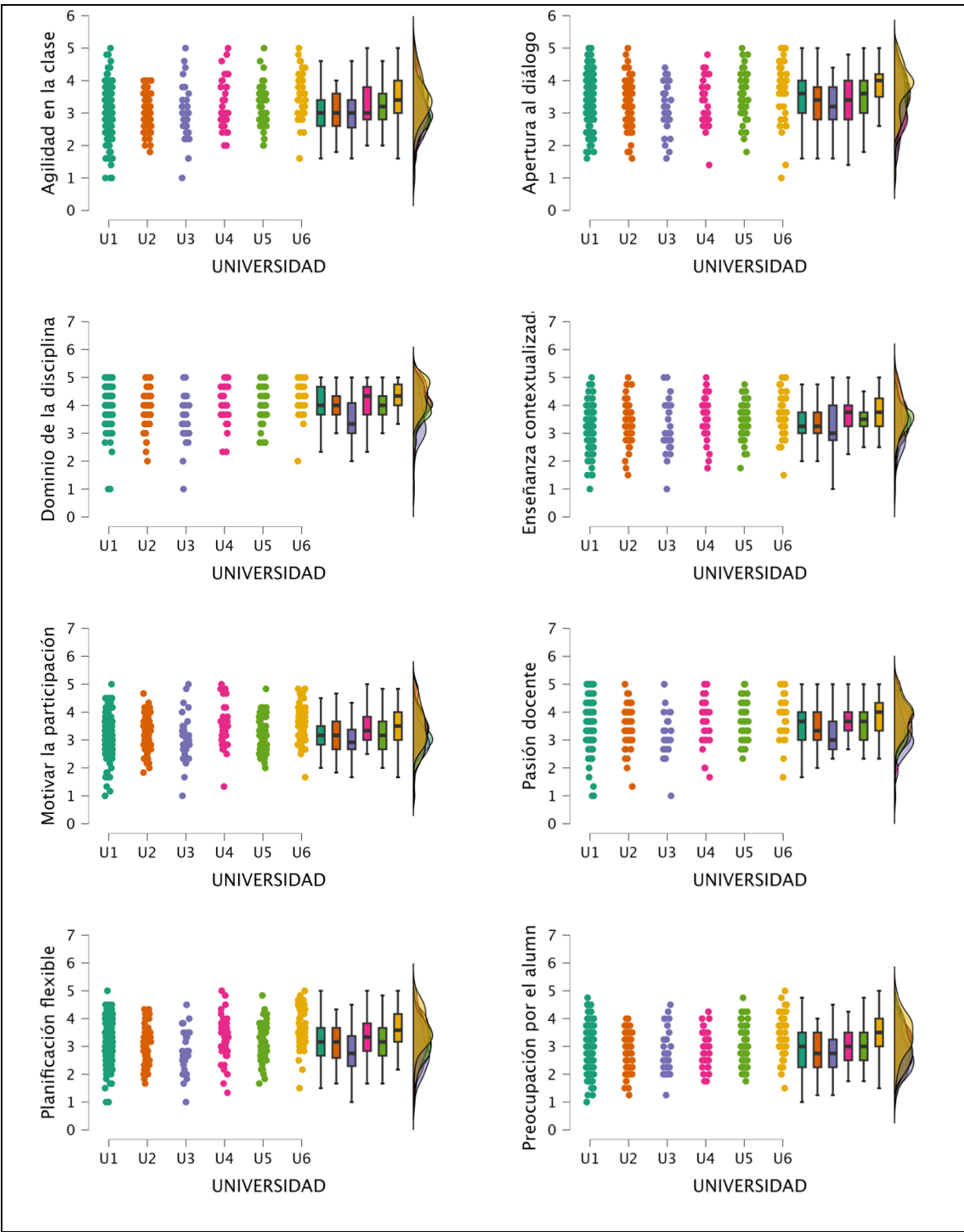
Hay diferencias estadísticamente significativas entre las Universidades 3 y 5, en donde los estudiantes de la Universidad 5 informan con mayor frecuencia apertura al diálogo ( $p < 0,05$ ), dominio de la disciplina ( $p < 0,01$ ), pasión docente ( $p < 0,001$ ), planificación flexible ( $p < 0,05$ ) y retroalimentación efectiva ( $p < 0,05$ ), en cuanto a la agilidad de la clase, enseñanza contextualizada, motivación a la participación y preocupación por el alumno, no existen diferencias estadísticamente significativas.

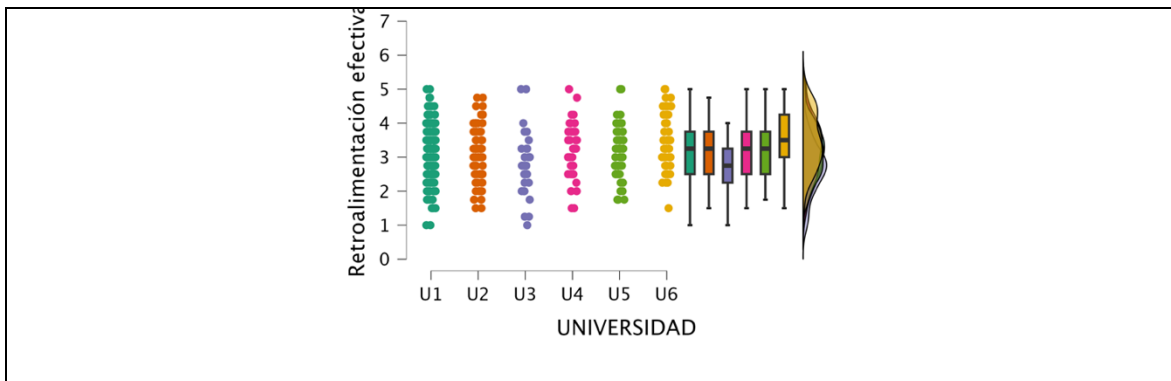
Por último, en la comparación de la Universidad 4 con la Universidad 5, no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los factores de buen trato académico, Tabla 4.13, Figura 4.6.

**Tabla 4.13. Comparación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según universidad.**

Comparaciones Post-hoc de Dunn		Agilidad en la clase	Apertura al diálogo	Dominio de la disciplina	Enseñanza contextualizada	Motivar a la participación	Pasión docente	Planificación flexible	Preocupación por el alumno	Retroalimentación efectiva
U1 - U2	z	-0,52	1,17	1,45	-1,14	-0,53	-0,06	-0,57	0,81	0,15
	p	0,60	0,24	0,15	0,26	0,60	0,95	0,57	0,42	0,88
U1 - U3	z	0,30	1,60	3,89	0,71	1,00	2,48	2,32	1,09	2,31
	p	0,77	0,11	< 0,001	0,48	0,32	<0,05	<0,05	0,28	<0,05
U1 - U4	z	-1,57	0,61	-1,06	-2,81	-2,45	-1,91	-0,82	-0,17	-0,61
	p	0,12	0,54	0,29	<0,01	<0,05	0,06	0,41	0,86	0,54
U1 - U5	z	-1,48	-0,93	1,08	-1,97	-0,53	-1,71	-0,11	-0,90	-0,04
	p	0,14	0,35	0,28	<0,05	0,60	0,09	0,91	0,37	0,97
U1 - U6	z	-4,31	-2,97	-2,51	-4,20	-3,23	-3,36	-4,34	-4,30	-2,70
	p	< 0,001	<0,01	<0,05	< 0,001	<0,01	< 0,001	< 0,001	< 0,001	<0,01
U2 - U3	z	0,61	0,65	2,49	1,38	1,23	2,24	2,43	0,44	1,94
	p	0,55	0,52	<0,05	0,17	0,22	<0,05	<0,05	0,66	0,05
U2 - U4	z	-1,01	-0,27	-1,93	-1,68	-1,78	-1,63	-0,33	-0,71	-0,64
	p	0,31	0,79	0,05	0,09	0,08	0,10	0,74	0,48	0,52
U2 - U5	z	-0,83	-1,70	-0,24	-0,75	-0,03	-1,37	0,35	-1,39	-0,15
	p	0,41	0,09	0,81	0,45	0,98	0,17	0,73	0,17	0,88
U2 - U6	z	-3,23	-3,40	-3,23	-2,67	-2,32	-2,79	-3,22	-4,25	-2,40
	p	<0,01	< 0,001	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01	< 0,001	<0,05
U3 - U4	z	-1,39	-0,80	-3,86	-2,65	-2,60	-3,37	-2,44	-0,99	-2,27
	p	0,16	0,42	< 0,001	<0,01	<0,01	< 0,001	<0,05	0,32	<0,05
U3 - U5	z	-1,26	-2,01	-2,62	-1,96	-1,22	-3,30	-2,08	-1,56	-2,02
	p	0,21	<0,05	<0,01	0,05	0,22	< 0,001	<0,05	0,12	<0,05
U3 - U6	z	-3,24	-3,41	-5,04	-3,52	-3,08	-4,43	-4,98	-3,91	-3,83
	p	<0,01	< 0,001	< 0,001	< 0,001	<0,01	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
U4 - U5	z	0,27	-1,19	1,67	0,99	1,70	0,41	0,62	-0,50	0,49
	p	0,79	0,24	0,09	0,32	0,09	0,68	0,54	0,62	0,62
U4 - U6	z	-1,82	-2,66	-0,93	-0,70	-0,30	-0,84	-2,46	-2,97	-1,45
	p	0,07	<0,01	0,35	0,49	0,77	0,40	<0,05	<0,01	0,15
U5 - U6	z	-2,34	-1,68	-2,89	-1,87	-2,21	-1,40	-3,44	-2,79	-2,17
	p	<0,05	0,09	<0,01	0,06	<0,05	0,16	< 0,001	<0,01	<0,05

n=443; p: significación estadística; z: puntaje z. Fuente: Elaboración propia.





**Figura 4.6** Comparación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según universidad. Fuente: Elaboración propia.

#### 4.3.17 Orientación sexual y buen trato académico:

Para realizar la comparación de buen trato y orientación sexual, se incluyeron heterosexual, homosexual y bisexual. Se excluyeron los estudiantes que marcaron la opción “asexual” (n=12; 2,71%) y “otro” (n=4; 0,90%), ya que eran muy pocos casos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la agilidad en la clase ( $p < 0,05$ ), preocupación por el alumno ( $p < 0,05$ ) y retroalimentación efectiva ( $p < 0,05$ ), según la orientación sexual informada por el estudiante de medicina, Tabla 4.14.

**Tabla 4.14. Diferencias en la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según la orientación sexual.**

Factor	H	gl	p
Agilidad en la clase	6,51	2	<0,05*
Apertura al diálogo	2,31	2	0,32
Dominio de la clase	0,90	2	0,64

Enseñanza contextualizada	1,70	2	0,43
Motivar a la participación	4,34	2	0,11
Pasión docente	3,62	2	0,16
Planificación flexible	4,53	2	0,10
Preocupación por el alumno	6,41	2	<0,05*
Retroalimentación efectiva	8,82	2	<0,05*

n=427; H: Contraste de Kruskal-Wallis; p: significación estadística; gl: grados de libertad; \*: diferencia estadísticamente significativa. Fuente: Elaboración propia.

#### 4.3.17.1 Comparación del buen trato académico según orientación sexual

Hay diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia reportada de buen trato académico entre estudiantes con orientación sexual heterosexual y homosexual en la agilidad de la clase ( $p < 0,05$ ), preocupación por el alumno ( $p < 0,05$ ) y retroalimentación efectiva ( $p < 0,01$ ), donde los estudiantes con orientación sexual homosexual las informan con mayor frecuencia.

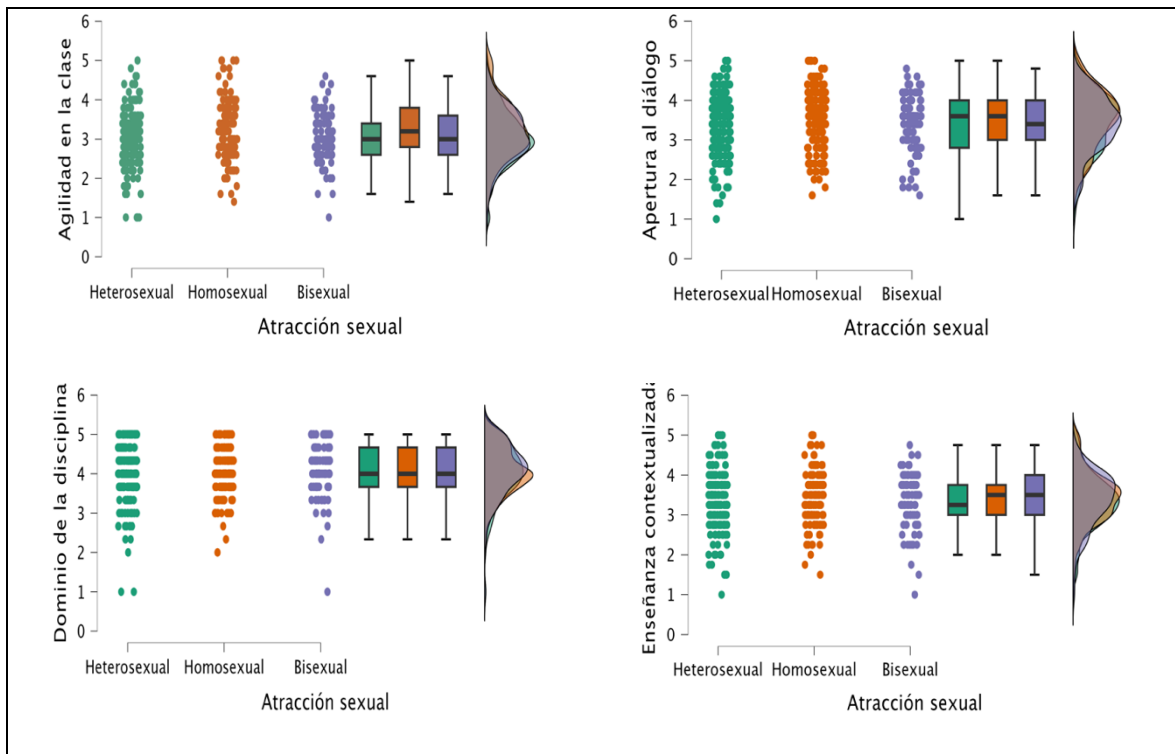
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia informada de buen trato académico entre estudiantes que reportan tener una orientación sexual heterosexual y bisexual.

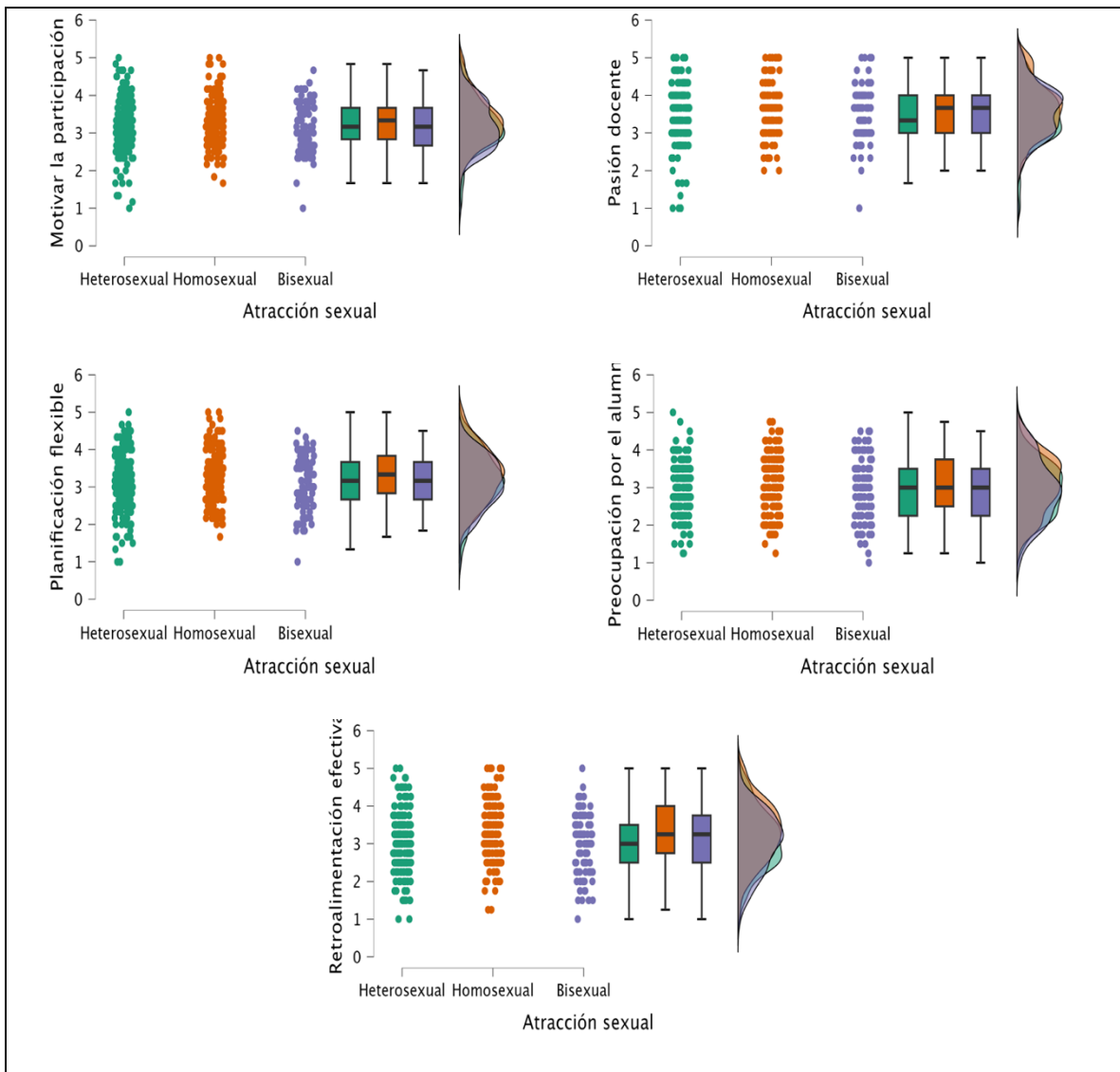
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estudiantes con orientación sexual homosexual y bisexual, donde los primeros informaron una frecuencia mayor de preocupación por el alumno ( $p < 0,05$ ), planificación flexible ( $p < 0,05$ ) y retroalimentación efectiva ( $p < 0,05$ ), Tabla 4.15, Figura 4.7.

**Tabla 4.15 Comparación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según la orientación sexual.**

Comparaciones Post-hoc de Dunn		Agilidad en la clase	Apertura al diálogo	Dominio de la disciplina	Enseñanza contextualizada	Motivar a la participación	Pasión docente	Planificación flexible	Preocupación por el alumno	Retroalimentación efectiva
Heterosexual - Homosexual	z	-2,54	-1,38	0,13	-1,18	-1,63	-1,90	-1,48	-2,27	-2,65
	p	<0,05	0,17	0,89	0,24	0,10	0,06	0,14	<0,05	<0,01
Heterosexual - Bisexual	z	-0,79	0,08	-0,82	-0,97	0,58	-0,83	0,86	0,18	0,25
	p	0,43	0,94	0,41	0,33	0,56	0,41	0,39	0,86	0,80
Homosexual - Bisexual	z	1,36	1,22	-0,89	0,06	1,91	0,79	2,05	2,06	2,44
	p	0,17	0,22	0,37	0,96	0,06	0,43	<0,05	<0,05	<0,05

n=427; p: significación estadística; z: puntaje z. Fuente: Elaboración propia.





**Figura 4.7** Comparación de la frecuencia informada por estudiantes de medicina de buen trato académico según la orientación sexual. Fuente: Elaboración propia.

## V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio revela diversas facetas sobre la percepción del buen trato académico en estudiantes de medicina en Chile, lo que pone en evidencia tanto las prácticas educativas que ya se sabe que promueven un ambiente de bienestar, que se presentan en la realidad como aquellas que requieren ser mejoradas.

Los resultados sugieren que los docentes frecuentemente demuestran dominio de la disciplina, pero otras prácticas, como la adaptación de actividades al ritmo de aprendizaje de los estudiantes o la preocupación por su bienestar emocional, son menos frecuentes. Esto concuerda con estudios que destacan que los educadores médicos tienden a priorizar la enseñanza de contenidos, pero no siempre logran incorporar prácticas que apoyen consistentemente a los estudiantes(43). Además, aunque un alto porcentaje de docentes reporta entender su rol como facilitadores(44), persiste una brecha entre la percepción de los docentes y las necesidades expresadas por los estudiantes, especialmente en lo que respecta al apoyo individualizado.

El dominio de la disciplina por parte de los docentes fue la práctica percibida con mayor frecuencia, lo que respalda la importancia de un conocimiento sólido y actualizado en la educación médica. Estudios previos han demostrado que los educadores con un dominio adecuado de su área no solo son percibidos como más efectivos, sino que también mejoran el aprendizaje estudiantil(45). Asimismo, el vínculo entre la capacitación pedagógica y el

dominio de la disciplina refuerza la idea de que la formación docente debe ser una prioridad en las instituciones médicas(46).

Por otro lado, la adaptación de actividades a las necesidades de los estudiantes y otras estrategias inclusivas fueron percibidas con menor frecuencia, lo que sugiere oportunidades significativas para mejorar. La falta de adaptaciones podría estar relacionada con desafíos estructurales dentro del sistema educativo, más allá de las competencias individuales de los docentes(46). Este fenómeno también se refleja en investigaciones que sugieren que la gestión inclusiva en instituciones educativas, como se observa en el estudio de Solis-Grant et al., subraya la importancia de políticas claras y estrategias institucionales que promuevan la inclusión y la adaptación a la diversidad estudiantil (47). La implementación efectiva de estas políticas, junto con el fortalecimiento de prácticas inclusivas dentro de la cultura organizacional, podría reducir las barreras que los estudiantes enfrentan en su experiencia educativa. Además, como indica Saleem et al., la percepción de los docentes sobre su rol como facilitadores médicos refleja una necesidad de mayor preparación y conciencia sobre la importancia de la inclusión en la enseñanza, lo cual también podría ser aplicable en contextos más amplios fuera de la educación médica (44).

Un estudio reciente enfatiza que factores como el sentido de pertenencia, la autoeficacia académica y la identificación profesional emocional juegan un rol central en el compromiso de los estudiantes. La dimensión emocional de la identidad profesional, en particular, fue identificada como un nodo clave que influye directamente en la motivación y en la

percepción del entorno educativo (48). Estos hallazgos sugieren que prácticas docentes más personalizadas y centradas en el bienestar emocional del estudiante podrían fortalecer su sentido de pertenencia y, por ende, su compromiso académico.

Este estudio revela que prácticas como la retroalimentación detallada o el ajuste del ritmo de enseñanza son percibidas con menor frecuencia, lo que podría estar afectando la satisfacción general de los estudiantes con su experiencia educativa. Esto se vincula con las observaciones de Li et al., quienes plantean que la autoeficacia académica es fundamental para que los estudiantes desarrollen confianza en sus capacidades y, al mismo tiempo, perciban las intervenciones docentes como un soporte real para su aprendizaje (48).

Es importante considerar las consecuencias de no implementar adecuadamente estas prácticas. Una enseñanza poco efectiva no solo impacta negativamente el rendimiento académico, sino que también puede disminuir la motivación y satisfacción de los estudiantes (44).

Los resultados de este estudio refuerzan la necesidad de que las instituciones de educación médica promuevan prácticas docentes que no solo aseguren el dominio disciplinar, sino que también prioricen la atención a las necesidades individuales de los estudiantes. Esto requiere no solo capacitar a los docentes, sino también implementar cambios estructurales para garantizar un entorno educativo más inclusivo y adaptativo. Generar un entorno que fortalezca el sentido de pertenencia y la autoeficacia estudiantil puede mejorar significativamente la percepción de las prácticas docentes y el compromiso académico, lo

que sugiere un camino clave para abordar las áreas de mejora identificadas en este estudio(48).

La percepción de buen trato académico fue significativamente mayor entre los estudiantes de sexo masculino, quienes reportaron con mayor frecuencia prácticas académicas positivas en comparación con las mujeres. Esto podría estar vinculado a dinámicas de poder y a la competitividad en el ambiente académico(49). Estos hallazgos coinciden con estudios previos que destacan cómo las percepciones de trato pueden variar según el género, evidenciando que las mujeres son más propensas a experimentar situaciones de abuso(2, 50, 51).

La diferencia en la percepción del trato entre hombres y mujeres en educación superior, particularmente en medicina, está influenciada de manera significativa por sesgos de género que se manifiestan en diversas formas. Investigaciones han evidenciado que estos sesgos afectan las evaluaciones de desempeño, la percepción de la enseñanza y las trayectorias profesionales, perpetuando inequidades en el campo académico y profesional. Una revisión reciente sobre evaluaciones de desempeño, encontró que el 62.5% de los estudios sobre estudiantes de medicina documentaron la presencia de sesgos de género, siendo los hombres más propensos a recibir evaluaciones de desempeño más altas en comparación con las mujeres(52). Estos resultados se explican, en parte, por suposiciones implícitas sobre los roles de género, donde se favorecen rasgos masculinos como la asertividad y la competencia técnica por sobre rasgos asociados culturalmente con lo femenino, como la empatía o la colaboración(53).

En las evaluaciones docentes, también se observan sesgos de género que afectan la percepción de la enseñanza. Estudios han demostrado que las evaluaciones de los profesores reflejan, en muchos casos, la adherencia a normas de género tradicionales, más que la efectividad real en la enseñanza. Por ejemplo, las mujeres docentes que exhiben rasgos asertivos suelen enfrentar rechazo o crítica, mientras que los hombres que eligen especialidades consideradas "femeninas" pueden experimentar represalias sociales (53). Esto no solo impacta la percepción de las estudiantes mujeres como aprendices, sino también la de sus profesoras como modelos a seguir, perpetuando un ciclo de sesgo institucional y cultural.

Frente a estos hallazgos, resulta crucial destacar que las intervenciones dirigidas a mitigar estas inequidades suelen centrarse en fortalecer las competencias individuales de las mujeres en lugar de abordar los problemas sistémicos y culturales subyacentes. Una revisión sistemática enfatizó que la mayoría de las intervenciones actuales buscan "equipar" a las mujeres para enfrentar entornos sesgados, pero no proponen cambios estructurales e institucionales que promuevan ambientes educativos inclusivos y equitativos(54). En esta línea, Winkel et al. destacan la urgencia de implementar políticas y prácticas inclusivas que generen un cambio cultural en la educación médica, eliminando sesgos y garantizando un buen trato académico para todos los estudiantes, independientemente de su género(55).

Por otra parte, los estudiantes más jóvenes y aquellos que se encuentran en los primeros años del programa señalaron con mayor frecuencia la presencia de prácticas de buen trato

académico. Esto se alinea con investigaciones previas en Chile que abordan el maltrato hacia los estudiantes de medicina, las cuales indican que, a medida que los estudiantes avanzan en su formación, aumenta notablemente la percepción de comportamientos abusivos, como el abuso verbal, psicológico y sexual(51). Asimismo, los estudiantes mayores y aquellos en niveles más avanzados experimentan mayores niveles de desmoralización y reportan exigencias desreguladas, problemas que son más comunes en cuarto y sexto año, mientras que son menos frecuentes en los primeros años de estudio(2). lo que sugiere que las primeras etapas de la formación médica pueden estar mejor orientadas hacia prácticas pedagógicas más reguladas en comparación a la etapa clínica, en donde las altas demandas académicas y de servicio pueden generar un entorno más rígido y menos centrado en el bienestar de los estudiantes.

Es interesante observar en este estudio que las asignaturas más teóricas y sincrónicas presentan mayores frecuencias de buen trato académico, mientras que las asignaturas prácticas y asincrónicas parecen ser más propensas a carecer de prácticas pedagógicas positivas. Esto pudiese tener relación con el nivel formativo que caracteriza a estos contextos educativos, donde las clases teóricas y sincrónicas se concentran en los primeros años de la carrera y las asignaturas prácticas se presentan en los últimos años donde la percepción de maltrato es mayor(2). Si hablamos de las dimensiones de los grupos, las clases teóricas y sincrónicas se caracterizan por darse en grupos grandes, por lo que, que exista mayor percepción de buen trato en este contexto difiere con la literatura que señala que la enseñanza en grupos pequeños fomenta un entorno de aprendizaje más solidario y

comprometido, mejorando la satisfacción y la interacción estudiantil(56, 57). Asimismo, la comunicación y la interacción en grupos pequeños permiten una retroalimentación más personalizada y apoyo constante(58; 59). Desde la perspectiva del profesorado, estos entornos son más efectivos para motivar a los estudiantes y fomentar el aprendizaje autodirigido(59). En este sentido, los estudiantes en grupos pequeños perciben un mayor apoyo académico y social, lo que es crucial para su experiencia de aprendizaje (57), mientras que la colaboración entre pares fortalece aún más la red de apoyo estudiantil(56). Sin embargo, algunos estudios sugieren que los grupos grandes también pueden ofrecer perspectivas diversas y fomentar la competencia, lo que podría beneficiar los resultados del aprendizaje en ciertos contextos(58). Aunque la literatura sugiere que los grupos pequeños tienden a generar experiencias más positivas, la efectividad de las clases en grandes grupos no debe ser descartada. Su éxito depende de factores clave como la interacción docente-estudiante, la aplicación de estrategias activas de enseñanza y una gestión adecuada del aula. Cuando estas condiciones están presentes, se puede crear un entorno de aprendizaje más estructurado, donde la participación y la motivación de los estudiantes se fortalecen, contribuyendo a una percepción más positiva del trato académico(60).

Otro hallazgo relevante es la diferencia en la percepción del buen trato académico según la universidad de procedencia. Cada facultad tiene su propia cultura institucional que influye en las experiencias educativas, el trato y en las estrategias que puedan ser utilizadas para abordarlo(21). Según Solis-Grant et al., la cultura institucional se manifiesta a través de

políticas y prácticas específicas que afectan directamente la percepción de inclusión y el apoyo dentro de la comunidad universitaria(61).

La investigación señala que la falta de una definición clara de inclusión y la ausencia de protocolos establecidos generan diferencias significativas en la aplicación de prácticas pedagógicas inclusivas entre universidades(61). La falta de institucionalización de estas políticas puede limitar el desarrollo de entornos inclusivos y equitativos en distintas universidades(47). Por ello, establecer políticas interinstitucionales permitiría unificar criterios y garantizar un trato justo para todos los estudiantes, independientemente de su contexto académico(61).

En este sentido, las variaciones entre universidades se convierten en una invitación a generar espacios de colaboración interuniversitaria. Compartir buenas prácticas académicas, establecer marcos de actuación comunes y fortalecer políticas inclusivas permitiría mejorar la calidad de la experiencia educativa. Esta cooperación podría mitigar la fragmentación institucional y garantizar un entorno académico más justo y equitativo para toda la comunidad universitaria(47, 61)

El estudio también revela que la satisfacción general del estudiante con su rol académico, salud, vida personal y balance entre estudios y vida se relaciona de manera significativa con la percepción del buen trato académico. En este sentido, el bienestar psicológico juega un rol fundamental, ya que los rasgos emocionales, como la curiosidad, están directamente relacionados con experiencias académicas satisfactorias(62). Además, factores cognitivos sociales, como la autoeficacia y la percepción de apoyo ambiental, explican gran parte de la

variabilidad en la satisfacción académica, lo que sugiere que los estudiantes que se sienten respaldados y seguros de sus capacidades reportan mayor satisfacción (63).

Por otra parte, la resiliencia tiene un papel crucial en la mediación entre el burnout académico y la satisfacción con la vida, demostrando que el fomento de esta capacidad puede mejorar el bienestar general y la satisfacción en la formación médica(64). Esto subraya la necesidad de abordar tanto los factores psicológicos individuales como los ambientales en la educación médica, con el fin de promover una formación integral y satisfactoria para los futuros profesionales de la salud.

Es esencial fomentar entornos educativos donde el respeto, la empatía y la flexibilidad se consoliden como valores fundamentales. Las universidades deben comprometerse a desarrollar e implementar estrategias que promuevan estas prácticas. A pesar de los avances, sigue siendo crucial profundizar en la investigación sobre el buen trato académico y su influencia en el bienestar y desarrollo de los futuros médicos, promoviendo políticas que fortalezcan el entorno educativo en beneficio tanto de los estudiantes como del profesorado.

La creación de estándares mínimos y estrategias compartidas entre instituciones, basadas en investigaciones como esta, puede ser un camino para avanzar hacia una cultura educativa más inclusiva y respetuosa, alineada con las necesidades de los estudiantes de medicina en su formación profesional.

Una limitación de este estudio fue que se incluyeron seis escuelas de medicina de las 37 que hay en Chile(65). Por otro lado, no se consideraron variables contextuales más amplias, como la carga académica total, las prácticas institucionales o la capacitación docente específica en buen trato académico. Además, la proporción reducida de estudiantes con características específicas, como orientación sexual diversa, responsabilidad de cuidado o experiencia en otra carrera, podría haber introducido sesgos en la interpretación de los resultados.

Para futuras líneas de investigación, sería interesante profundizar en un estudio posterior que explore si los factores identificados actúan como causa o consecuencia en la percepción del trato académico. Asimismo, se sugiere ampliar la muestra para incluir una mayor diversidad de instituciones y estudiantes, incorporar variables contextuales y personales más detalladas, y emplear diseños metodológicos longitudinales que permitan analizar cambios en la percepción del buen trato a lo largo del tiempo.

## **Conclusión**

La percepción del buen trato académico en estudiantes de medicina refleja una compleja interacción entre factores sociodemográficos, académicos y personales. Este estudio revela que los estudiantes más jóvenes y en niveles iniciales tienden a experimentar un mayor nivel de buen trato, mientras que, a medida que avanzan en su formación, esta percepción disminuye. Para abordar esta brecha, resulta esencial implementar programas de

capacitación docente que no solo refuercen el dominio disciplinar, sino que también prioricen aspectos como la preocupación por el bienestar emocional y la adaptación al ritmo de aprendizaje. Estas acciones permitirían no solo cerrar las brechas percibidas, sino también mejorar el apoyo en etapas académicas avanzadas, donde el estrés y las demandas son mayores.

El estudio también señala diferencias significativas según género: los hombres reportan con mayor frecuencia prácticas como la motivación a la participación y la retroalimentación efectiva. Este hallazgo pone de manifiesto la necesidad de incorporar políticas institucionales inclusivas que promuevan un trato equitativo en las aulas. Sensibilizar a los docentes sobre la equidad de género y fomentar una cultura que valore la diversidad son pasos fundamentales para construir entornos más justos y respetuosos en las carreras de medicina.

Asimismo, el tipo de asignatura y su metodología de enseñanza resultan ser determinantes en la percepción del buen trato. Las clases teóricas y sincrónicas se asocian a experiencias más positivas, mientras que las prácticas y asincrónicas presentan desafíos significativos. Por lo tanto, adaptar las estrategias pedagógicas en estos contextos se convierte en una prioridad.

Otro aspecto crucial es la variabilidad entre universidades, lo que evidencia la influencia de las culturas institucionales en las experiencias de los estudiantes. Establecer estándares compartidos de calidad docente y promover buenas prácticas institucionales de manera

transversal fortalecería la percepción del buen trato, independientemente de la institución en la que estudien.

Por último, se destaca la relación entre las condiciones socioeconómicas y la percepción del dominio disciplinar por parte de los docentes. Este hallazgo invita a reflexionar sobre las desigualdades presentes en la educación médica y la necesidad de implementar programas de apoyo económico y psicosocial para estudiantes en situación de vulnerabilidad. Garantizar un entorno más equitativo no solo enriquecerá la experiencia educativa, sino que también contribuirá al bienestar integral de los futuros médicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Averbuch T, Eliya Y, Van Spall HGC. Systematic review of academic bullying in medical settings: Dynamics and consequences. Vol. 11, BMJ Open. BMJ Publishing Group; 2021.
2. Bastías-Vega N, Pérez-Villalobos C, Alvarado-Figueroa D, Schilling-Norman MJ, Espinoza-Riffo M, Parra-Ponce P, et al. Maltrato en el pregrado de la carrera de Medicina: percepción de los estudiantes Students' perception about mistreatment in undergraduate medical training. Vol. 149, EDUCACIÓN MÉDICA Rev Med Chile. 2021.
3. Chadaga AR, Villines D, Krikorian A. Bullying in the American graduate medical education system: A national cross-sectional survey. Vol. 11, PLoS ONE. Public Library of Science; 2016.
4. Gan R, Snell L. When the learning environment is suboptimal: Exploring medical students' perceptions of "mistreatment." Vol. 89, Academic Medicine. Lippincott Williams and Wilkins; 2014. p. 608–17.
5. Paredes OL, Sanabria-Ferrand PA, González-Quevedo LA, Moreno SP. "BULLYING" EN LAS FACULTADES DE MEDICINA COLOMBIANAS, MITO O REALIDAD. Vol. 18, ReviStA. 2010.
6. Peckston DC, Urwin R, McMullan R, Westbrook J. Student and clinician perceptions of medical student mistreatment: A cross-sectional vignette survey. BMJ Open. 2022 Sep 14;12(9).
7. Sánchez NF, Bonilla LP, Rodríguez ML, Sandoval G, Alzate JP, Murcia NV, et al. Frequency of bullying perceived in clinical practices of last year interns of a medicine school: Cross sectional study. Revista Facultad de Medicina. 2016;64(3):447–52.
8. Silver HK. Medical Students and Medical School. JAMA [Internet]. 1982;247(3):309–10. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/>
9. Vanstone M, Cavanagh A, Molinaro M, Connelly CE, Bell A, Mountjoy M, et al. How medical learners and educators decide what counts as mistreatment: A qualitative study. Med Educ. 2023;
10. Feldman NL, Lewis JL, Patel CK, Ackerman SF, Howe AK, Harari DY, et al. The Other Side of Medical Student Mistreatment: Teaching Cultural Competency Across the Generational Divide. MedEdPORTAL. 2019 Oct 25;15:10847.
11. Silver HK, Glick AD. Medical Student Abuse Incidence, Severity, and Significance. JAMA [Internet]. 1990;263(4):527–32. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/>

12. Broad J, Matheson M, Verrall F, Taylor AK, Zahra D, Alldridge L, et al. Discrimination, harassment and non-reporting in UK medical education. *Med Educ*. 2018 Apr 1;52(4):414–26.
13. Premadasa IG, Wanigasooriya NC, Thalib L, Ellepola ANB. Harassment of newly admitted undergraduates by senior students in a Faculty of Dentistry in Sri Lanka. *Med Teach*. 2011 Oct;33(10).
14. Baldwin DC, Daugherty SR. Do residents also feel “abused”? Perceived mistreatment during internship. *Acad Med*. 1997;72(10 Suppl 1):S51-3.
15. Daugherty SR, Baldwin DC, Rowley BD. Learning, Satisfaction, and Mistreatment During Medical Internship A National Survey of Working Conditions. *JAMA [Internet]*. 1998;279(15):1194–9. Available from: <https://jamanetwork.com/>
16. Ahmer S, Yousafzai AW, Bhutto N, Alam S, Sarangzai AK, Iqbal A. Bullying of medical students in Pakistan: A cross-sectional questionnaire survey. *PLoS One*. 2008 Dec 8;3(12).
17. Alzahrani HA. Bullying among medical students in a Saudi medical school. *BMC Res Notes*. 2012;5.
18. Bastías N, Fasce E, Ortiz L, Pérez C, Schaufele P. Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. *Rev Educ Cienc Salud*. 2011;8(1):45–51.
19. Carrillo-Esper R, Gómez-Hernández K. Bullying durante el pre y posgrado de la formación médica. *Rev Invest Med Sur Mex*. 2014;21(4):172–6.
20. Menesini E, Salmivalli C. Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. *Psychol Health Med*. 2017 Mar 6;22:240–53.
21. Walvoord EC, Howenstine MS, Allen BL, Ribera AK, Nabhan ZM, Tori AJ, et al. Engaging All Stakeholders to Create a Trusted, Data-Driven, Process Improvement Approach to Addressing Learner Mistreatment. *Teach Learn Med*. 2022;
22. Lind KT, Osborne CM, Badesch B, Blood A, Lowenstein SR. Ending student mistreatment: early successes and continuing challenges. *Med Educ Online*. 2020 Jan 1;25(1).
23. Hill KA, Samuels EA, Gross CP, Desai MM, Sitkin Zelin N, Latimore D, et al. Assessment of the Prevalence of Medical Student Mistreatment by Sex, Race/Ethnicity, and Sexual Orientation. *JAMA Intern Med*. 2020 May 1;180(5):653–65.
24. Scheitle CP, Remsburg T, Platt LF. Science Graduate Students’ Reports of Discrimination Due to Gender, Race, and Religion: Identifying Shared and Unique Predictors. *Socius*. 2021;7.

25. Dornan T, Mann K, Scherpbier A, Spencer J. Medical education: theory and practice. Edinburgh: Elsevier; 2011.
26. Hafferty FW. Beyond curriculum reform confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*. 1998 Apr;73(4):403–7.
27. Dyrbye LN, Satele D, West CP. Association of Characteristics of the Learning Environment and US Medical Student Burnout, Empathy, and Career Regret. *JAMA Netw Open*. 2021 Aug 9;4(8):E2119110.
28. Mazer LM, Bereksnyei Merrell S, Hasty BN, Stave C, Lau JN. Assessment of Programs Aimed to Decrease or Prevent Mistreatment of Medical Trainees. *JAMA Netw Open*. 2018 Jul 6;1(3):e180870.
29. Riskin A, Erez A, Foulk TA, Kugelman A, Gover A, Shoris I, et al. The impact of rudeness on medical team performance: A randomized trial. *Pediatrics*. 2015 Sep 1;136(3):487–95.
30. Armijo-Rivera S, Vicencio-Clarke S, Maldonado Holtheuer M, Pérez González L. Reflexiones y recomendaciones sobre la seguridad psicológica en educación basada en simulación en el pregrado. *Revista Chilena de Enfermería*. 2024 Jul 19;6.
31. Pérez-Villalobos C, Martínez-Cifuentes R, Armijo-Rivera S, Ventura-Ventura J, Cruzat-Mandich C. Teaching Good Treatment Questionnaire: Psychometric analysis in health students. *PLoS One* (under review)
32. Ortega-Bastidas J, Baquedano-Rodríguez M, Bastías-Vega N, Pérez-Villalobos C, Schilling-Norman MJ, Parra-Ponce P, et al. Natural Semantic Networks: The Concept of Mistreatment and Good Treatment in Students of Health Careers. *Behavioral Sciences* [Internet]. 2024 Nov 10;14(11):1072. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-328X/14/11/1072>
33. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. Metodología de la investigación [Internet]. 6th ed. México: McGraw-Hill; 2014 [cited 2023 Dec 7]. 505 p. Available from: [https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n\\_Sampieri.pdf](https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf)
34. Cataldo R, Arancibia M, Stojanova J, Papuzinski C. General concepts in biostatistics and clinical epidemiology: Observational studies with cross-sectional and ecological designs. *Medwave*. 2019 Sep 1;19(8).
35. Real academia española. (s.f.). Estado civil. <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>.

36. Real Academia Española. Estereotipo [Internet]. Diccionario de la lengua española. Madrid: RAE; [citado 2024 Nov 14]. Disponible en: <https://dle.rae.es/estereotipo>.
37. Real Academia Española. Racial [Internet]. Diccionario de la lengua española. Madrid: RAE; [citado 2024 Nov 14]. Disponible en: <https://dle.rae.es/racial?m=form>.
38. Espejel García MV, Jiménez García M. Nivel educativo y ocupación de los padres: Su influencia en el rendimiento académico de estudiantes universitarios. RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo. 2019 Oct 9;10(19).
39. Instituto Nacional del Cáncer. Religión [Internet]. Diccionario de cáncer del NCI. 2023 [citado el 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/religion>.
40. Vinaccia Alpi S, Parada N, Quiceno JM, Riveros Munévar F, Vera Maldonado LA. Satisfaction with life Scale (SWLS): validity, reliability and assessment analysis in college students from Bogotá (Col) as sample. Psicogente. 2019 Jul 1;22(42).
41. Vergara-Morales J, Del Valle M, Diaz A, Perez MV. Adaptation of the academic satisfaction scale in Chilean University Students. Psicol Educ (Madr). 2018;24(2):99–106.
42. Troncoso-G D, Pérez-V C, Vaccarezza-G G, Aguilar-A C, Muñoz-N N. ¿Se relaciona la capacitación docente con las prácticas pedagógicas en académicos de carreras de la salud de Chile?. Rev Med Chile [Internet]. 9 de junio de 2017 [citado 16 de diciembre de 2024];145(5). Disponible en: <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/5682>
43. Ahmed MH. Are good attributes of medical teachers more important than the learning style: a glimpse into the future of medical education and learning. J Public Health Emerg. 2018;2:18. doi: 10.21037/jphe.2018.05.01.
44. Saleem Q, Aslam F, Usman M, Sarfraz F, Noor-Ul-Ain, Sarfraz F. Perception of faculty members as role of medical facilitator in private sector medical college. Pakistan J Med Health Sci [Internet]. 2023 Jun [cited 2024 Dec 17];17(04):384. doi: 10.53350/pjmhs2023174384.
45. Shah D, Patel V J. Self-perception of medical faculties and students regarding the attributes of an effective medical teacher. IP Int J Compr Adv Pharmacol. 2020;5(3):125-9. doi: 10.18231/j.ijcaap.2020.026.
46. Moen J, Shuck C. Medical educator teaching habits: origins, decisions, and strategies—a phenomenological inquiry (METHODS-PI). Discov Educ. 2024;3:253. doi: 10.1007/s44217-024-00362-w.

47. Solis-Grant MJ, Espinoza-Parçet C, Sepúlveda-Carrasco C, Pérez-Villalobos C, Rodríguez-Núñez I, Pincheira-Martínez C, et al. Inclusion at universities: Psychometric properties of an inclusive management scale as perceived by students. *PLoS ONE*. 2022;17(1):e0262011. doi:10.1371/journal.pone.0262011
48. Li Y, Wu L, Li F, Fang P, Liu X, Wu S. Analysis of factors influencing medical students' learning engagement and its implications for teaching work—a network analysis perspective. *BMC Med Educ*. 2024;24:918. doi:10.1186/s12909-024-05908-y
49. Justicia Justicia F, Benítez Muñoz JL, Fernández de Haro E. Artículo Caracterización del acoso psicológico en el contexto universitario A description of mobbing in a university setting. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2006;22(3):293–308.
50. Dawood MH, Roshan M, Daniyal M, Sohail S, Perveen H, Islam UU. Gender Inequity in Clinical Clerkships and its Influence on Career Selection: A Cross-Sectional Survey. *J Med Educ Curric Dev*. 2024 Jan;11.
51. Maida S AM, Herskovic M V, Pereira S A, Salinas-Fernández L, Esquivel C C. Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Rev Méd Chile [Internet]*. 2006 [cited 2024 Sep 20];134:1516–23. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872006001200004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200004&lng=es).
52. Yaman R, Hagen KM, Ghaith S, Luong H, Almader-Douglas D, Langley NR. Gender bias in medical education: A scoping review. *Clin Teach*. 2023 Aug;20(4):e13592. doi: 10.1111/tct.13592. Epub 2023 May 25. PMID: 37227068.
53. Babal JC, Webber S, Nacht CL, Nackers KAM, Tiedt K, Allen A, Allen BJ, Kelly MM. Recognizing and Mitigating Gender Bias in Medical Teaching Assessments. *J Grad Med Educ*. 2022 Apr;14(2):139-143. doi: 10.4300/JGME-D-21-00774.1. Epub 2022 Apr 14. PMID: 35463180; PMCID: PMC9017261.
54. Lydon S, O'Dowd E, Walsh C, O'Dea A, Byrne D, Murphy AW, O'Connor P. Systematic review of interventions to improve gender equity in graduate medicine. *Postgrad Med J*. 2022 Apr;98(1158):300-307. doi: 10.1136/postgradmedj-2020-138864. Epub 2021 Feb 26. PMID: 33637640.
55. Winkel AF, Telzak B, Shaw J, Hollond C, Magro J, Nicholson J, Quinn G. The Role of Gender in Careers in Medicine: a Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Literature. *J*

- Gen Intern Med. 2021 Aug;36(8):2392-2399. doi: 10.1007/s11606-021-06836-z. Epub 2021 May 4. PMID: 33948802; PMCID: PMC8342686.
56. Ali Abdi M, Mikhail D, Abdi B, Mustafa D, Ibrahim S. An Analysis of Medical Students' Learning Experiences in Small Group-Based Teaching in Kurdistan Region-Iraq. *J. Contemp. Med. Sci.* [Internet]. 2024 Feb. 26 [cited 2024 Dec. 16];10(1). Available from: <https://www.iocms.org/index.php/jcms/article/view/1418>
57. Nayak B S, Sridevi V, Sahu P, Subbaramaiah N, Telang L, Goudappala P, Halappa Kariappa C, Sharma A, Sagari K M, S Nayak A. Students' engagement and perceptions of small group tutorial classes among undergraduate medical students. *J Adv Med Educ Prof.* 2021 Jan;9(1):18-25. doi: 10.30476/jamp.2020.86925.1280. PMID: 33521137; PMCID: PMC7846713.
58. Jagzape AT, Kumar M, Ghritlahre N. Enhancing Medical Education through the "Distribute, Discuss, and Develop" Method: A Comparative Study of Small-Group Discussions. *Cureus.* 2024 Apr 25;16(4):e59012. doi: 10.7759/cureus.59012. PMID: 38800236; PMCID: PMC11127711.
59. Sasikumar S, Devaki PR, RenukaDevi MR. Faculty perspectives of small group teaching experience in medical school in Tamil Nadu. *J Educ Health Promot.* 2022 Jul 29;11:215. doi: 10.4103/jehp.jehp\_8\_22. PMID: 36177410; PMCID: PMC9514274.
60. Jerez O, Orsini C, Ortiz C, Hasbun B. Which conditions facilitate the effectiveness of large-group learning activities? A systematic review of research in higher education. *Learn Res Pract.* 2021;7(2):147–64. doi:10.1080/23735082.2020.1871062.
61. Solis-Grant MJ, Bretti-López MJ, Espinoza-Parçet C, Pérez-Villalobos C, Rodríguez-Núñez I, Pincheira-Martínez C, Sepúlveda-Carrasco C. Inclusion in the university: Who assumes responsibility? A qualitative study. *PLoS One.* 2023 Jan 20;18(1):e0280161. doi: 10.1371/journal.pone.0280161. PMID: 36662715; PMCID: PMC9858406.
62. Colonnello V, Leonardi G, Farinelli M, Russo PM. The relationship of psychological health and primary emotional traits in medical students. *Med Teach.* 2023 Jul;45(7):717-723. doi: 10.1080/0142159X.2022.2152662. Epub 2022 Dec 9. PMID: 36488198.
63. An M, Ma X, Wu H. Medical students' academic satisfaction: Social cognitive factors matter. *Med Educ.* 2023 Dec;57(12):1239-1247. doi: 10.1111/medu.15070. Epub 2023 Mar 12. PMID: 36868559.

64. Wang Q, Sun W, Wu H. Associations between academic burnout, resilience and life satisfaction among medical students: a three-wave longitudinal study. *BMC Med Educ.* 2022 Apr 5;22(1):248. doi: 10.1186/s12909-022-03326-6. PMID: 35382810; PMCID: PMC8980514.
65. Gnecco P. Situación de la Formación Médica en Chile de Pregrado y Postgrado al año 2024 y sus Desafíos: una mirada desde el Colegio Médico de Chile. *CMS [Internet]*. 2 de agosto de 2024 [citado 20 de enero de 2025];64(2):61-9. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/2019>

## ANEXOS

### Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del Proyecto:** Del maltrato al buen trato: Creación colaborativa de estrategias de intervención en carreras de la salud.

**Investigadora Responsable:** Nancy Bastías Vega, Profesor Asistente del Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

**Institución patrocinante:** Universidad de Concepción

**Instituciones secundarias:** Universidad Católica del Norte, Universidad de Valparaíso, Universidad Finis Terrae, Universidad de Chile, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Universidad de Los Lagos, Universidad Austral de Chile y Universidad de Aysén.

#### **Co-investigadores:**

Universidad de Concepción: Maritza Espinoza Riffo, Cristhian Pérez Villalobos y Débora

Alvarado

Universidad Católica del Norte: María Isabel Ríos Teillier

Universidad de Valparaíso: Catherine Soto Faúndes

Universidad Finis Terrae: Carolina Williams Oyarce

Universidad de Chile: José Peralta Camposano

Universidad Católica de la Santísima Concepción: Marcela Hechenleitner Carvallo

Universidad de Los Lagos: Alejandra Ricouz Moya

Universidad Austral de Chile: Ricardo Arteaga San Martín

Universidad de Aysén: Ximena Paredes Villarroel

**Patrocinador:** Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT Regular 1221913)

## **INFORMACIÓN**

**Introducción:** El presente formulario de Consentimiento Informado le permitirá evaluar, juzgar y decidir si desea libre y voluntariamente participar en este estudio. Lea esta hoja informativa con atención. Puede que existan algunas palabras o conceptos que no entienda. Si eso ocurre, por favor, siéntase en confianza de solicitar que le sean explicados de mejor manera los conceptos. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarle a la Investigadora Responsable cuando desee.

**Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo comparar los cambios en el maltrato académico y en las prácticas pedagógicas promotoras de ambientes de aprendizaje asociados a la implementación de estrategias para mejorar la relación entre docentes y estudiantes de

carreras de la salud de Chile que han sido elaboradas colaborativamente por los actores implicados.

**Razón por la que se le invitó a participar:** Se le ha invitado a participar porque este estudio incluye alumnos regulares de programas de pregrado del área de la salud de las nueve universidades participantes, considerando como tales a Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina, Nutrición y Dietética, Obstetricia y Puericultura, Psicología, Odontología, Química y Farmacia, Tecnología Médica y Terapia Ocupacional. Se excluirá a aquellos que se hayan ausentado más de dos meses en cada semestre evaluado, cualquiera sea la causal.

**Participación voluntaria:** Su participación será LIBRE y VOLUNTARIA. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, usted no será afectado en ninguna forma. También puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que lo desee sin que esto implique sanción o reproche hacia usted por esta decisión.

**Diseño del estudio:** El estudio al que se le invita es de carácter mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos en un diseño de triangulación concurrente, en que ambas fases son paralelas y se retroalimentan entre sí. La fase cuantitativa será de carácter longitudinal, seguirá un diseño cuasiexperimental de series temporales. La fase cualitativa, por su parte, se ejecutará desde una lógica de investigación, en donde se convocará a las comunidades

de todas las universidades participantes para identificar problemáticas compartidas en la relación profesor-alumno en la formación en salud, se construirán colaborativamente estrategias para disminuir el maltrato y favorecer las prácticas promotoras de ambientes de aprendizaje, se implementarán participativamente de manera nacional y se evaluarán los resultados recolectando datos cualitativos y complementándolos con los datos cuantitativos.

**Procedimiento:** Su participación consistirá en una actividad de la fase cuantitativa, e implica, responder una encuesta en línea compuesta por cuatro cuestionarios: 1) el Cuestionario de Maltrato Académico, 2) el Cuestionario de Prácticas Pedagógicas promotoras de Ambientes de Aprendizaje, 3) Cuestionario Sociodemográfico y 4) Cuestionario de Contexto de la Docencia. Esta actividad requerirá que contribuya al estudio con 15 minutos de su tiempo, como máximo, y será realizada en el momento y lugar que sea más cómodo para Ud. Debido al carácter exclusivamente educacional del estudio no se requerirá en ningún momento información relativa a actividades propias de la atención en salud.

**Duración:** El proyecto tendrá una duración de cuatro años, en los cuales se solicitará su participación una vez por semestre. Sin embargo, usted puede elegir libremente participar en las ocasiones que estime conveniente. Que acepte participar en una ocasión no lo obliga a hacerlo nuevamente, y que se abstenga en un momento no le resta la posibilidad de

participar

posteriormente.

**Riesgos:** En esta investigación no se identifican riesgos en contra de su bienestar físico. No obstante, es posible que genere cambios en su percepción y satisfacción sobre la formación en la que ha participado y sobre su actuar en este contexto. Por lo mismo, los investigadores se comprometen a invitarle gratuitamente instancias de apoyo socioemocional adicional en retribución a su participación en el estudio.

**Beneficios:** Se espera que este estudio permita identificar los principales problemas en la formación de carreras de la salud que favorecen la aparición del maltrato entre docentes y estudiantes, y a partir de esto generar colaborativamente estrategias que permitan resolver dichas problemáticas, disminuir e idealmente eliminar el maltrato y estimular prácticas que promuevan ambientes de aprendizaje. Estas estrategias, a su vez, serán implementadas y sus resultados se evaluarán progresivamente en encuentros en los que usted podrá nuevamente participar.

**Incentivos:** Los participantes no recibirán retribución económica ni académica por su participación. Pero, serán invitados gratuitamente a instancias de capacitación pedagógica adicional en retribución a su participación en el estudio.

**Confidencialidad desde los investigadores:** La información que Ud. entregue será resguardada codificando la identidad de todos los participantes. En esta ocasión le pediremos que se identifique con su RUT únicamente para poder parear los resultados de los distintos semestres y hacer un análisis longitudinal, pero en ningún momento se hará un análisis individualizado de sus respuestas. Además, su RUT será reemplazado por un código identificador antes de almacenar la base de datos que permitirá anonimizar sus respuestas. El sistema de códigos sólo será conocido por la Investigadora Responsable y su identidad no será considerada durante el procesamiento de los datos ni en ningún otro momento. Los datos serán almacenados en computadores resguardados con clave y podrán acceder a los datos relacionados al estudio SÓLO el equipo de investigación y el Comité Ético-Científico revisor si así lo considera oportuno. La Investigadora Responsable estará a cargo de la custodia de toda la información del estudio.

**Publicación de resultados:** Al finalizar esta investigación, el conocimiento que se obtenga del estudio se difundirá hacia la comunidad científica y académica, tanto en seminarios, congresos y artículos publicados en revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos. En todas estas instancias se mantendrá el anonimato de la identidad de todas las personas e instituciones participantes. Se le proporcionará un resumen ejecutivo si Ud. lo solicita.

**A quién contactar:** Cualquier pregunta respecto al desarrollo de la investigación o sobre los

resultados de ésta, parcial o final, puede contactar con la investigadora responsable, **Nancy Bastías Vega**, escribiéndole a su correo electrónico nbastias@udec.cl o llamándole al fono +56 41 2204932. También puede solicitar información adicional a la presidenta del Comité de Ético Científico de la Facultad de Medicina, **Dra. Isabel Cottin Carrazana**, al fono +56 41 2204935 o al correo electrónico cecmedicina@udec.cl, o a la presidenta del Comité de Ética de la Universidad de Concepción, **Dra. Andrea Rodríguez Tastets**, al fono +56 41 2204302.

## 1. DECLARACIÓN

Confirmando que he leído y entendido la información presentada en esta página, y declaro que acepto que la información proporcionada será recopilada, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en la ficha informativa, que he decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna, y que sé que haciendo esto no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

- Sí, acepto participar libre y voluntariamente bajo las condiciones establecidas
- No, no acepto libre y voluntariamente bajo las condiciones establecidas

2. Si te interesa recibir los resultados del estudio, por favor, indícanos tu correo electrónico. Hacerlo es voluntario. Si así lo decides, por favor, procura escribirlo correctamente.

- No
- Sí. Indique su correo electrónico: