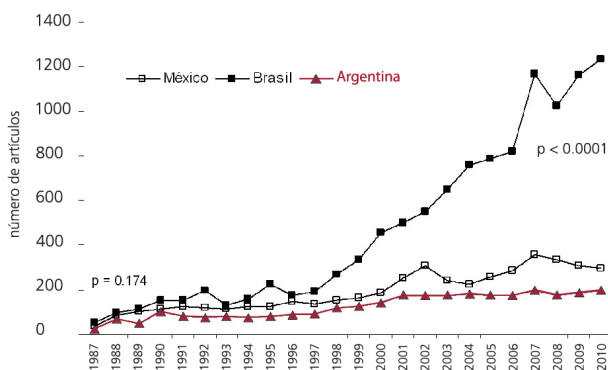


La esperada Beca SAC de Investigación

Al Director

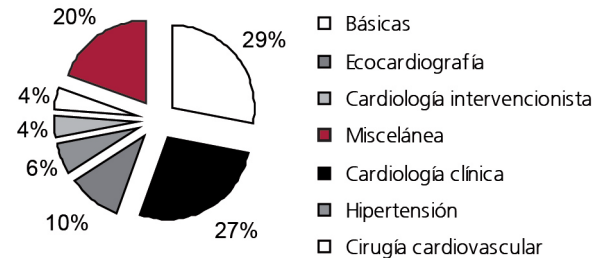
Dos razones me motivaron a reflexionar sobre la Carta del Presidente de la SAC aparecida en el número 3 de la *Revista*. (1) A mi entender, el reciente anuncio del lanzamiento de la Beca SAC de Investigación destinada a cardiólogos jóvenes trasciende de lo meramente económico a lo íntimamente emocional. En 1989 se concursó por última vez el Premio al Investigador Joven de la SAC. En esa oportunidad tuve el honor de ser finalista de dicho galardón, y aunque lamentablemente no lo gané, sentí que como joven me habían dado una gran oportunidad, que todo ese conjunto de hombres y honores que conformaban la adusta estructura de esa gran sociedad científica habían puesto sus ojos sobre una joven esperanza de su propio redil. Quien haya pasado por trance similar revivirá con mis palabras la embriagadora emoción de saberse partícipe de una pequeña gesta científica. En este sentido, el llamado a la Beca SAC seguramente renovará estos sentimientos en las jóvenes generaciones de cardiólogos investigadores.

Acertadamente el Dr. Barrero manifiesta que *la investigación cardiológica en nuestro país ha perdido posiciones en los últimos años*, afirmación que deseo complementar con algunos datos. El siguiente gráfico muestra el número de artículos cardiológicos publicados en *Pubmed/Medline* a través de los años por los tres países con más publicaciones en Latinoamérica:



Como sospechaba el Dr. Barrero, lamentablemente la Argentina se ha distanciado de Brasil a partir de la segunda mitad de la década de los noventa y su desempeño en cuanto a número de publicaciones cardiológicas no mejoró sustancialmente en el primer decenio del nuevo siglo. Compárese esta tendencia con la publicada para todos los artículos biomédicos argentinos en el número 4 de la *Revista*. (2)

Veamos ahora en el gráfico que sigue, a modo de ejemplo, las áreas temáticas de los artículos cardiológicos argentinos publicados en revistas indexadas entre 2004 y 2006:



Como puede observarse, los artículos en ciencias básicas, cardiología clínica y ecocardiografía abarcaron los dos tercios de las publicaciones. Por su parte y en el mismo período, las revistas con más publicaciones argentinas en cardiología fueron las siguientes:

Rev Esp Cardiol	6,3%
Eur J Echocardiogr	5,6%
Am J Physiol Heart Circ Physiol	4,9%
Int J Cardiol	3,5%
Am Heart J	3,5%
Cardiovasc Res	2,8%
Medicina (B Aires)	2,8%
J Invasive Cardiol	2,1%
Int J Cardiovasc Imaging	2,1%
Mol Cell Biochem	2,1%
J Hypertens	2,1%
Otras revistas	62,2%

Sobre un total de 81 revistas en las que se publicaron los artículos, se constata una dispersión importante en la distribución de éstos.

Como reflexión final, sabemos que está en nosotros transmitir el entusiasmo por la investigación y reclutar nuevos jóvenes para la ciencia. En esta línea, tanto esta Beca SAC para jóvenes cardiólogos como las que sigan ciertamente generarán los embriones de nuestros futuros talentos científicos.

Dr. Raúl A. Borracci^{MTSAC}

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrero C. La investigación médica y la Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:306-7.
2. Borracci RA. El crecimiento de las publicaciones biomédicas argentinas y un tiempo mejor para la investigación. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:383-4.

Exámenes de selección múltiple para certificación - recertificación

Al Director

El trabajo de Galli y colaboradores (1) es una muy buena oportunidad para analizar y evaluar nuestras prácticas de evaluación. El examen de selección múltiple es un instrumento de evaluación muy utilizado tanto en el pregrado como en el posgrado, probablemente uno de los más difundidos. Contrariamente a su uso tan diseminado, no siempre se tiene en cuenta su diseño adecuado, fundamentalmente, como en todos los instrumentos de evaluación, en lo concerniente a la validez y la confiabilidad, características relevantes de toda evaluación.

El índice de Galofré (2) fue ideado para analizar la calidad de cada una de las preguntas de un examen de selección múltiple. Este trabajo muestra con datos muy interesantes lo que hay que mejorar en el diseño de las preguntas de estos exámenes en la certificación y la recertificación en la Sociedad Argentina de Cardiología. Ahora bien, aun elaborando exámenes de selección múltiple de mejor calidad, la pregunta es, en este caso, si son válidos para el objetivo que persiguen, para lo que quieren evaluar. Como señalan Norman y Cunnington, (3) en la certificación es necesario asegurar a la sociedad que el profesional ha demostrado los requerimientos mínimos de conocimiento, habilidades, comportamientos y actitudes (competencia) para la especialidad; la recertificación, en cambio, comienza con la asunción de que el profesional al estar certificado tiene los estándares mínimos. Lo que intenta resolver la recertificación es: ¿Ha mantenido el candidato el nivel de competencia?

La pregunta que cabe entonces es: ¿Un examen de selección múltiple es el mejor instrumento para evaluar el mantenimiento de esas competencias cuando (como en el caso que se presenta) las evidencias aportadas acerca de tal mantenimiento (antecedentes del *currículum vitae*) no alcanzan? Como describen Linn y Gronlund, (4) el examen de selección múltiple se puede utilizar para medir o analizar qué se conoce, qué se comprende e incluso qué hacer frente a determinada situación de salud, pero no lo que realmente hace en cada situación el profesional que rinde el examen. No es una buena herramienta tampoco para medir la habilidad para organizar y presentar ideas o para evaluar razonamiento en la resolución de problemas.

Sintetizando, el índice de Galofré sirve para analizar la construcción de cada pregunta del examen, pero no deberíamos dejar de lado su validez como un todo para evaluar lo que queremos evaluar.

Por ello me parece muy buena la propuesta de organizar una comisión para diseñar los exámenes, pero le ofrecería una tarea extra: analizar qué otras estrategias de evaluación utilizaría complementariamente con el examen de selección múltiple para

obtener información válida y confiable acerca de las competencias del profesional evaluado.

Dr. Alejandro Cragno

BIBLIOGRAFÍA

1. Galli A, Roiter H, De Mollein DP, Swieszkowski S, Atamañuk N, Ahuad Guerrero A y col. Evaluación de la calidad de las preguntas de selección múltiple utilizadas en los exámenes de Certificación y Recertificación en Cardiología en el año 2009. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:419-22.
2. Galofré A. Instrucciones para calcular un índice de calidad para preguntas de selección múltiple. Universidad Católica del Norte. Chile. 2006. www.saidem.org.ar/.../Galofré%20A.
3. Norman G, Cunnington J. Certification and recertification: are they the same? *Academic Medicine* 2000;75:617-9.
4. Linn R. & Gronlund N. *Measurement and Assessment in Teaching*. 7th ed. Prentice-Hall Inc; 1995.

Respuesta de los autores

Agradecemos los comentarios del Dr. Alejandro Cragno respecto de nuestra publicación "Evaluación de la calidad de las preguntas de selección múltiple utilizadas en los exámenes de Certificación y Recertificación en Cardiología en el año 2009", así como el interés que manifiesta sobre el tema.

El objetivo del trabajo en cuestión fue aplicar un instrumento de evaluación de preguntas de selección múltiple (MCQ, según sus siglas en inglés), el índice de Galofré, a las preguntas utilizadas en los exámenes administrados por la SAC durante el año 2009, para Certificación y Recertificación de especialistas en Cardiología. La información obtenida será utilizada para empezar a construir un "banco de ítems" para archivar las buenas preguntas para futuras evaluaciones. "En el contexto de la evaluación educativa, un banco de ítems es un conjunto de preguntas referidas a un determinado dominio de aptitudes o conocimientos, almacenadas y clasificadas en función de su contenido y propiedades métricas". (1)

Son numerosas las publicaciones sobre las limitaciones de las preguntas de selección múltiple para evaluar desempeño profesional, como también lo son las que describen sus ventajas para evaluar los dos primeros niveles de la pirámide de Miller. (2) Cabe recordar que, dentro del dominio cognitivo, se pueden evaluar niveles taxonómicos superiores si las preguntas están bien construidas. (3)

Formatos innovadores para evaluar razonamiento clínico como los *scripts* (4) se han comenzado a desarrollar específicamente con contenidos de la especialidad, ya que un grupo de cardiólogos se ha entrenado en este tipo de instrumento. En la práctica, la construcción de *scripts* resulta muy costosa, en términos de tiempo y dedicación, dado que demanda la colaboración de unos 10 expertos para construir la clave de respuestas en cada uno de los ejercicios.

No fue nuestro objetivo establecer diferencias con otros modos de evaluación de aptitudes profesionales y/o de competencias clínicas. Portfolios, (5) mini-cex

(6) y OSCE (7, 8) son particularmente interesantes pero difíciles de construir y/o de implementar en nuestro contexto por falta de recursos materiales y escasa disponibilidad de recursos humanos. Portfolios sin supervisión y *feedback* adecuados, mini-cex con insuficiente número de observaciones y OSCE con escaso número de estaciones producen resultados poco confiables. Estos instrumentos se están utilizando en varios países (Estados Unidos, Canadá, España, Israel), en los que se cobra un importante arancel a los profesionales que se presentan a los exámenes; en nuestro medio todavía no se han utilizado para la certificación y/o recertificación de especialistas. Algunas Facultades de Medicina han comenzado a utilizar un OSCE como examen final de la carrera.

La Sociedad Argentina de Cardiología cuenta con un grupo de profesionales interesados en esta problemática y que, lentamente pero con continuidad, van mejorando los instrumentos de evaluación que se utilizan en las distintas instancias: formación de especialistas y recertificación periódica.

Es evidente que la complejidad de la evaluación médica, así como las consecuencias potenciales de los errores en ella, obligan a afrontar el reto con la participación interdisciplinaria de todos los actores interesados. Médicos y educadores en pos de un mismo objetivo: Mejores Médicos para una Medicina Mejor.

Dr. Héctor Roiter, Lic. Amanda Galli,

Dra. Daniela De Mollein

Área de Docencia, Sociedad Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Cervantes RJ, Moreno Rodríguez R. Universidad de Sevilla 2002. Construcción de un banco de ítems informatizado para la evaluación de conocimientos sobre una materia universitaria <http://www.aloj.us.es/gmbytdlc/fevaluacionenfmt.pdf> (visitado el 29 de octubre 2011).
2. Martínez Carretero JM. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE). Educación Médica; 2005. <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v8s2/metodos.pdf> (visitado el 25 de octubre 2011).
3. National Board of Medical Examiners; Susan M. Case y David B. Swanson. Cómo elaborar preguntas para evaluaciones escritas en el área de ciencias básicas y clínicas. <http://www.nbme.org/PDF/IWG-Sp/IWG-Spanish2006.pdf> (visitado el 26 de octubre 2011).
4. Brailovsky C. Evaluación del aprendizaje, estrategias innovadoras (script). <http://medicina.uach.cl/oficina/ofecs/pdf/SCRIPT-%20Brailovsky.pdf> (visitado el 29 de octubre 2011).
5. Quesada Jiménez F. ¿Qué es el portfollio? <http://www.semergen.es/semergen/microsites/opinion/opinion6/portafolio.pdf>
6. Alves de Lima A. Devolución constructiva. Una estrategia para mejorar el aprendizaje. Medicina (Buenos Aires) 2008;68:88-92.
7. Holsgrove G. Some hints for Preparing Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs). May 2010 <http://www.nebdn.org/documents/OSCEHintsGuideGH2010.pdf>
8. <http://www.oscehome.com/>

Evaluación del nivel de conocimientos en áreas básicas en un posgrado de Cardiología

Al Director

Toda iniciativa que esté orientada al mejoramiento de la calidad de la educación debe ser apreciada y estimulada. Es por ello que el artículo "Evaluación del nivel de conocimientos en áreas básicas en un posgrado de Cardiología" de Daniela P. De Mollein y colaboradores merece toda la atención en este sentido. (1) Los autores identifican en base a comentarios de docentes expertos en las comúnmente llamadas "ciencias básicas" que los estudiantes de la carrera de Especialista en Cardiología podrían tener déficits en sus conocimientos en dichas disciplinas. Para estudiar el problema, los autores evalúan a través de una prueba de selección de opciones múltiples a los estudiantes de los dos niveles del curso. De los resultados, concluyen que dichos conocimientos son insuficientes.

A partir de ello aparecen ciertas reflexiones que espero aporten a las conclusiones del estudio:

1. El conocimiento de un experto o especialista está organizado en redes de conocimiento conocidas como *illness scripts*. (2) La formación de tales *scripts* conlleva una larga práctica supervisada con *feedback* efectivo. El papel de los llamados "conocimientos básicos" en el desempeño de un experto parece ser mínimo. (2) ¿Cómo definieron los autores cuáles son los conocimientos "básicos" necesarios (validez de contenido) para que los estudiantes se vuelvan competentes como expertos o especialistas? ¿De qué manera se aseguró que esos conocimientos fueran relevantes a la hora de desarrollar las competencias como experto? ¿Cómo se aseguró que 50 ítems representaran "significativamente" los contenidos de las "ciencias básicas"?
2. Estudios llevados a cabo durante los últimos 30 o 40 años en la formación de competencias o habilidades complejas muestran que la tarea que debe desarrollar el experto debería ser entrenada en niveles crecientes de complejidad a través de escenarios de enseñanza complejos, completos y significativos más que construirlas "disciplina" sobre "disciplina" en ambientes descontextualizados. (3) Un riesgo de este tipo de enseñanza es que el conocimiento pueda transformarse en "inerte", es decir, que no esté disponible en el momento que sea necesario aplicarlo. La prueba de selección de opciones múltiples no es un método adecuado para evaluar dichas competencias, ya que en mayor medida lo que evalúa es el conocimiento "inerte", que no es el que utiliza el experto o especialista en su desempeño. ¿Qué relevancia tiene en la construcción de las competencias esta insuficiencia de conocimientos básicos, de acuerdo con los resultados de este estudio?

3. El estudio no aporta ninguna evidencia de la confiabilidad ni del error de la medida de la prueba aplicada a esta población de estudiantes. Esto amenaza la validez interna de la investigación.
4. Es muy loable, y merece todo el apoyo, el objetivo final de mejorar la formación de los jóvenes especialistas, pero los cambios deberían estar más orientados a implementar estrategias de enseñanza que impliquen un aprendizaje más significativo e integrado, con supervisión adecuada en la práctica y devolución de alta calidad. (4)

Dr. Eduardo Durante

Director de la Maestría en Educación para Profesionales de la Salud. Instituto Universitario - Hospital Italiano de Buenos Aires

BIBLIOGRAFÍA

1. De Mollein DP, Atamañuk AN, Swieszkowski SP, Lapresa SB, Roiter HG, Galli A y col. Evaluación del nivel de conocimientos en áreas básicas en un posgrado de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:408-12.
2. Charlin B, Boshuizen HP, Custers EJ, Feltovich PJ. Scripts and clinical reasoning. *Medical Education* 2007;41:1178-84.
3. Janssen-Noordman A, Merriënboer J, Van Der Vleuten CP, Scherpbier A. Design of integrated practice for learning professional competences. *Medical Teacher* 2006;28:447-52.
4. Alves de Lima AE. Devolución constructiva: Una estrategia para mejorar el aprendizaje. *Medicina (Buenos Aires)* 2008;68:88-92.

Respuesta de los autores

Agradecemos los comentarios del Dr. Eduardo Durante respecto de nuestro trabajo "Evaluación del nivel de conocimientos en áreas básicas en un posgrado de Cardiología", así como el interés que manifiesta sobre el tema. Aceptamos las observaciones metodológicas y aclaramos que los contenidos explorados en el cuestionario fueron consensuados por un grupo de expertos.

El Curso Bienal de Cardiología es uno de los componentes del posgrado que ofrece la UBA; (1) la Carrera de Especialista en Cardiología se basa en la Residencia y se complementa con "clases teóricas" dictadas en la Sociedad Científica. En este marco, el Curso que se dicta en la SAC se desarrolla según un diseño instruccional tradicional. Sin duda alguna, la adquisición de las competencias profesionales se logra en *escenarios de complejidad creciente*, como corresponde al programa de la Residencia. (2)

En el Curso se combinan clases expositivas y presentaciones de casos a cargo de especialistas invitados y ateneos bibliográficos a cargo de los residentes; estas actividades podrían catalogarse como "*supportive information*" que los estudiantes pueden encontrar en textos, conferencias, *videotapes* y recursos multimedia, tal como señalan Janssen-Noordman y colaboradores. (3)

La formación de conceptos es un tema central de las investigaciones y teorías del aprendizaje. En el marco de las teorías computacionales del aprendizaje, el enfoque semántico (teoría de los esquemas-guiones-marcos-estereotipos) se ha ocupado no sólo de la forma

en que se representa la información, sino también por cómo se adquiere.

David Ausubel (1918-2008), médico y psicólogo, desarrolló el concepto de *aprendizaje significativo* destacando que la nueva información se integra a la estructura cognitiva del sujeto modificándola; señala la importancia de los conocimientos previos como condicionantes de los nuevos aprendizajes. En la misma línea de los procesos de asimilación y acomodación descriptos por Jean Piaget (1896-1980). (4-6)

El cuestionario aplicado como **Evaluación del nivel de conocimientos de los residentes en áreas básicas de la cardiología** sólo tenía como propósito explorar esos conocimientos previos facilitadores de los nuevos aprendizajes; en ningún momento se pensó que fuese un instrumento para evaluar competencias profesionales. Los resultados del estudio publicado han servido como insumo para el intercambio con los Jefes de Servicio de Cardiología responsables de los programas de residencias y para introducir modificaciones en la organización del Curso Bienal.

Finalmente, queremos destacar que la SAC participa activamente en la promoción de que *los cambios deberían estar más orientados a implementar estrategias de enseñanza que impliquen un aprendizaje más significativo e integrado, con supervisión adecuada en la práctica y devolución de alta calidad*, como propone el Dr. Durante, ya que interviene, como entidad evaluadora, en el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (7) y los profesionales que participan en esta tarea entienden que la evaluación está orientada al mejoramiento de la calidad.

Dra. Daniela De Mollein, Lic. Amanda Galli,
Dr. Héctor Roiter

BIBLIOGRAFÍA

1. UBA. Resolución (CS) N° 4657. Expte. N° 509.820/04.
2. Consenso de Educación Médica. *Rev Argent Cardiol* 1999;67(Supl 3).
3. Janssen-Noordman A, Merriënboer J, Van Der Vleuten CP, Scherpbier A. Design of integrated practice for learning professional competences. *Medical Teacher* 2006;28(5):450.
4. Pozo JI. Teorías cognitivas del aprendizaje. Madrid: Morata; 1993.
5. Gardner H. La nueva ciencia de la mente. Historia de la revolución cognitiva. Buenos Aires: Paidós; 1996.
6. Moreira MA. Organizadores previos y aprendizaje significativo. *Revista Chilena de Educación Científica* 2008;7(2):23-30.
7. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Resolución Ministerial N°450/06 y Resolución Ministerial N°1342/07.

Experiencias adversas en la relación docente-estudiante

Al Director

La comunicación entre docentes y estudiantes es compleja, entre otros motivos porque la diferencia de

rol es lo que afecta la simetría en las funciones de la comunicación. Asimismo, no se puede perder de vista el carácter de modelo de rol que tienen los docentes en la formación de profesionales de la salud. (1)

Buena parte de la bibliografía se refiere a los problemas de esta relación como acoso y abuso; una definición conveniente es utilizar el término “experiencia adversa” y definirlo como el tratamiento innecesariamente dañino, injurioso u ofensivo infligido de una persona a otra. (2)

Son extensas las descripciones en la literatura que aborda esta problemática. La mayoría de estos estudios, basados en encuestas, muestran que más de la mitad de los estudiantes perciben algún grado de abuso a lo largo de sus carreras. Las mujeres y las minorías étnicas son las más vulnerables. Las rotaciones clínicas son el ámbito donde más frecuentemente se producen.

Las consecuencias sobre los estudiantes pueden ser serias y pueden afectar, en forma individual, el desarrollo de actitudes de los estudiantes, su aprendizaje de ciertas disciplinas y el desarrollo de la carrera en general. Los estudiantes que son foco de experiencias adversas son más proclives a la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y alcohol, así como a desarrollar falta de confianza en sus capacidades. (3) Además de las consecuencias individuales, el clima educacional puede afectarse y algunos instrumentos dan cuenta de las actitudes de maltrato de docentes a estudiantes y pacientes en su evaluación. (4)

El trabajo de Rancich y colaboradores (5) nos permite reflexionar sobre estos eventos en nuestro país y, junto con sus publicaciones previas, coincidir en que las frecuencias son similares a las observadas en otros lugares del mundo. Resulta preocupante el alto peso que las experiencias aparecen en situación de examen. Esto probablemente está condicionado por la persistencia de los exámenes orales no estructurados que le dan un amplio poder al docente y sobre todo generan una gran incertidumbre en los estudiantes. Fácilmente podría reducirse con la introducción de exámenes que limiten la posibilidad de los docentes de definir arbitrariamente los resultados.

Llama la atención la nula referencia a cuestiones de género y de acoso sexual. El anonimato debería ofrecer suficiente protección para que puedan ser referidas por los estudiantes. Tal vez en este punto una de las dificultades puede proceder de las diferencias interindividuales en la valoración de las conductas consideradas abusivas, así como la aceptación generalizada de tratos que en otros contextos serían considerados impropios.

Resultan muy interesantes los recortes cualitativos de los propios textos de los estudiantes, que denotan la imperiosa necesidad de intervenir en la búsqueda de soluciones a estos problemas.

Es responsabilidad de las autoridades garantizar el clima educacional y deberían planificar evaluaciones formales que les permitan detectar las situaciones como las comentadas en la investigación de Rancich y

colaboradores como primer paso para abordar el problema, seguido de medidas que contribuyan a prevenir y remediar estas experiencias adversas en los programas educacionales.

Dr. Marcelo García Diéguez
gdieguez@criba.edu.ar

BIBLIOGRAFÍA

1. Kenny NP, Mann KV, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: Reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med* 2003;78:1203-10.
2. Wilkinson TJ, Gill DJ, Fitzjohn J, Palmer CL, Mulder RT. The impact on students of adverse experiences during medical school. *Med Teach* 2006;28:129-35.
3. Richman JA, Flaherty JA, Rospenda KM, Christensen ML. Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. *JAMA* 1992;267:692-4.
4. Cragno A, del Valle M, García Diéguez M, Manassero L, Martínez Urquiza R, Villalba R y col. Evaluación del ambiente educacional de la carrera de medicina de la Universidad Nacional del Sur. Aplicación del DREEM: análisis preliminar de los datos. Presentado en la Conferencia Argentina de Educación Médica, Pilar, octubre 2009.
5. Rancich AM, Donato M, Gelpi RJ. Incidentes moralmente incorrectos en la relación docente-alumno en educación médica. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:423-8.

Respuesta de los autores

Agradecemos la carta del Dr. Marcelo García Diéguez y su interés por nuestro trabajo “Incidentes moralmente incorrectos en la relación docente-alumno en educación médica”.

En relación con su comentario acerca de que hubiese sido conveniente utilizar el término “experiencia adversa” y definirlo como el “tratamiento innecesariamente dañino, injurioso u ofensivo infligido de una persona a otra”, (1) compartimos el concepto y su caracterización. Sin embargo, preferimos usar el término “incidente moralmente incorrecto”, ya que en nuestro trabajo se pretendió que los estudiantes identificaran con libertad actos de sus docentes que estuviesen en contra de lo que ellos consideran el orden moral en educación médica, es decir, un hecho que no sigue las normas propias del grupo al cual corresponde. (2) Finalmente, agradecemos nuevamente la carta del Dr. Diéguez y sus sugerencias.

Dra. Ana María Rancich
arancich@fmed.uba.ar
Dr. Martín Donato^{MTSAC}
mdonato@fmed.uba.ar
Dr. Ricardo J. Gelpi^{MTSAC}
rgelpi@fmed.uba.ar

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilkinson TJ, Gill DJ, Fitzjohn J, Palmer CL, Mulder RT. The impact on students of adverse experiences during medical school. *Med Teach* 2006;28:129-35.
2. Beauchamp TL & Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1994. p. 3.