Artículo Original

Características generales de los estudiantes de postgrado y su impacto en el rendimiento académico: ¿cómo favorecer su desempeño?

General characteristics of postgraduate students and their impact on academic performance: how to enhance their success?

Piñango, Silvia

Silvia Piñango
pinangosilvia@gmail.com
Médico especialista en Cirugía general, Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Instructor en Escuela de Medicina Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela; y Jefe de Servicio III, de Cirugía, Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 15, núm. 3, e467, 2026
revistadpgmeducv@gmail.com

Recepción: 16 de junio de 2026
Aprobación: 12 de octubre de 2026

DOI: https://doi.org/10.37910/RDP.2026.15.3.e467

Cómo citar: Piñango, S. Características generales de los estudiantes de postgrado y su impacto en el rendimiento académico: ¿cómo favorecer su desempeño?. Rev. Digit Postgrado 2026; 15(3): e467.doi.10.37910/RDP.2026.15.3. e467

Resumen: Introducción: El desempeño académico de los estudiantes es influenciado por múltiples aspectos, la identificación de características de riesgo en la población que ingresa a estudios de cuarto nivel, contribuye al diseño de estrategias de fortalecimiento para los cursantes. Objetivo: Establecer la relación entre las características de ingreso de los estudiantes y el rendimiento académico, la deserción o la desincorporación. Método: Estudio de cohorte, prospectivo, que correlaciona los datos del concurso de ingreso de estudiantes, a los cursos de formación con el rendimiento de estos, durante y al finalizar el primer año de residencia de postgrado. Población constituida por discentes de postgrado de primer año. Resultados: Concursaron 1729 individuos, de los cuales ingresaron 648. Al final del primer año hubo 23 desincorporados. La edad (p=1), sexo (p=0,268), estado civil (p=1), nacionalidad (p=0,311), país (p=0,368), región de habitación (p=0,21), universidad (p=0,112), nota previa (p=0,373), resultado de la prueba de conocimientos(p=1), dominio instrumental del inglés (p=0,465), créditos del concurso (p=1) y sede (p=0,157) no demostraron estar asociados a la desincorporación. Por tipo de especialidad según médicas, quirúrgicas y pediátricas (p=0,002): el subgrupo de médicas o quirúrgicas -independientemente de la edad del estudiante- (p=0,001), el nivel como primera o segunda especialidad (p<0,001) y el promedio al final del primer año (p=0,004, R=1) demostraron tener una relación directa con la desincorporación, siendo el subgrupo de especialidades quirúrgicas de primer nivel, los factores de mayor impacto. Conclusiones: La deserción en postgrados quirúrgicos es un fenómeno externo a la capacidad del estudiante, predicho por el colapso del rendimiento en el primer año (p =0,004). Se requiere apoyo institucional preventivo, y mentorías, en lugar de criterios de ingreso más estrictos.

Palabras clave: Desempeño académico, Factores intrínsecos, Factores institucionales, Estudios de postgrado.

Abstract: Introduction: Students' academic performance is influenced by multiple factors. Identifying risk factors in the population entering postgraduate studies allows for the development of strategies to strengthen these students. Objective: To establish the relationship between students' entry characteristics and academic performance, dropout rates, or disenrollment. Method: A prospective cohort study correlating data from the student entrance exam for training programs with their performance during and at the end of their first year of postgraduate residency. The population consisted of first-year postgraduate students. Results: 1,729 individuals applied, of whom 648 were admitted. At the end of the first year, 23 students had disenrrolled. Age (p=1), sex (p=0,268), marital status (p=1), nationality (p=0,311), country (p=0,368), region of residence (p=0,21), university (p=0,112), previous grade (p=0,373), knowledge test result (p=1), instrumental command of English (p=0,465), competition credits (p=1) and venue (p=0,157) were not shown to be associated with disincorporation. The type of specialty (medical, surgical, or pediatric) (p=0,002), the subgroup of medical or surgical specialties (regardless of patient age) (p=0,001), the level (first or second specialty) (p<0,001), and the average grade at the end of the first year (p=0,004, R=1) were shown to have a direct relationship with dropout rates, with the subgroup of first-level surgical specialties having the greatest impact. Conclusions: Dropout rates in surgical postgraduate programs are a phenomenon external to the student's ability, predicted by the decline in performance during the first year (p=0,004). Preventive institutional support and mentorship are required instead of stricter admission criteria.

Keywords: Academic performance, Intrinsic factors, Institutional factors, Postgraduate studies.

INTRODUCCIÓN

La formación de profesionales de cuarto nivel universitario en el área de medicina es una tarea muy importante, toda vez que estos especialistas ejercerán promoviendo y recuperando la salud de la población. En Venezuela, los principales centros de formación ejercen una labor educativa y asistencial, permitiendo el

aprendizaje a través de la práctica profesional diaria, manejando un volumen de pacientes que enriquece el proceso de capacitación de los estudiantes, y da respuesta a las necesidades de la comunidad.

En el proceso de formación, los cursantes están expuestos a diferentes factores que influyen sobre el desarrollo y la culminación exitosa del mismo. Desde el enfoque individual, la identificación de circunstancias que inciden en el desempeño del estudiante, favorece la planificación de medidas de apoyo para su desarrollo y la culminación de su aprendizaje. Y desde un enfoque grupal, el fortalecimiento de los educandos con factores de riesgo, promueve el desarrollo de planes de estudio con inclusión de todos sus miembros, manteniendo un ambiente de aprendizaje aceptable, y una distribución asistencial adecuada.

Esta investigación tiene como objetivo identificar cuáles condiciones adversas influyen en el desempeño académico de los estudiantes de postgrado, para posteriormente generar medidas que fortalezcan a los educandos con riesgo de bajo rendimiento.

La Coordinación de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina (CEPFM), presenta actualmente una oferta académica de postgrado para el ingreso anual de más de 600 nuevos cursantes, en 46 tipos de postgrado, en 17 sedes, cada una con características diferentes, según se evidencia en la base de datos interna de la CEPFM. Los aspirantes para estas opciones, proceden de distintos institutos de educación superior, nacionales e internacionales, con modelos educativos diversos. Este hecho plantea una realidad disímil, que debe adaptarse a la nueva realidad educativa en los programas correspondientes.

El desempeño académico de los estudiantes es multifactorial, pasa desde las características intrínsecas como edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, hasta los aspectos propios del programa y de la institución donde se desenvuelve.

La educación médica basada en competencias, promueve el desarrollo del talento y eficacia del individuo, promoviendo el aprendizaje y la evaluación continua del estudiante durante el transcurso del programa de formación. Esto incluye evaluaciones diagnósticas iniciales que permitan la retroalimentación oportuna y el fortalecimiento de los aspectos identificados como debilidades[(1)]. El reconocimiento de factores de riesgo que puedan afectar el desempeño de los discentes, permitirá implementar medidas de soporte que faciliten la incorporación y el desarrollo exitoso en los cursos de postgrado.

Así nos planteamos como pregunta de investigación: ¿Cuáles características de los datos recopilados en el ingreso de la cohorte de 2025, para los postgrados clínicos, están asociadas con bajo desempeño académico?

El desarrollo de esta investigación sienta las bases para líneas de investigación donde se determine la importancia de factores específicos en el desempeño académico, que permitan abordar de manera costo-efectiva a las poblaciones de riesgo a través de estrategias de aprendizaje, respaldo socio- económico, soporte familiar, etc.

Objetivo general: Identificar la relación entre características de ingreso de los estudiantes de postgrado y rendimiento académico, deserción o desincorporación de los programas de cuarto nivel.

Objetivos específicos 1) Identificar las variables demográficas y de formación profesional de los estudiantes que influyan sobre el desempeño académico. 2) Evaluar la magnitud y dirección del impacto de cada variable.

MÉTODOS

El presente es un estudio de cohorte, prospectivo, analítico. La población estuvo constituida por los estudiantes de postgrado quienes concursaron en la CEPFM en el año 2024, para ingreso en el 2025. Los datos fueron obtenidos a través de la base de datos correspondiente a la inscripción y el desarrollo durante el primer año del curso en el 2025 hasta febrero 2026.

El análisis de los datos es descriptivo para las características generales de la muestra, prueba T de Student para comparación de dos grupos, prueba de Fisher, tablas de contingencia y U de Mann-Whitney.

Se solicitó permiso al Coordinador de Estudios de Postgrado para el uso de los datos, estableciéndose que la investigación no generaría sesgo ni repercutiría en la dinámica de los cursos, tampoco en los procesos de selección e inscripción en la Facultad. Aprobado por el comité de bioética respectivo. Los datos fueron analizados de forma anónima. El presente estudio no incluyó la participación de seres humanos, el uso de muestras biológicas, ni la intervención con animales de experimentación.

Para el análisis de los datos, se dividieron las variables siguiendo los siguientes principios:

a) Edad: Variable continua o en grupos: menores de 30 años, y mayores o iguales a 30 años.
b) Sexo: Masculino, femenino.
c) Estado civil: Soltero, casado, divorciado, viudo.
d) Nacionalidad: por país, venezolano o extranjero.
e) Universidades: tradicionales (inauguración anterior a 1970) y nuevas (inauguración posterior a 1970).
f) Regiones: Capital, Central, de los Llanos, Centro-Occidental, Zuliana, de los Andes, Nor Oriental, Insular y de Guayana. En una segunda agrupación se subdividió en "capital" para los procedentes de Distrito Capital, Miranda y La Guaira, o "extracapital" para los demás estados del país.
g) Nivel de especialidad: primaria (para primeros postgrados después del egreso como médico general), y secundarias (como segundo postgrado).
h) Foco de ejercicio profesional: Médico o quirúrgico.
i) Tipo de especialidad: médicas, quirúrgicas y pediátricas dependiendo de su foco principal de acción. No se incluyeron como adultos y pediátricos ya que hay especialidades médicas o quirúrgicas que actúan sobre pacientes de cualquier grupo etario como otorrinolaringología, psiquiatría, etc.
j) Nota previa y nota de prueba de conocimientos: Nota previa está referido a nota de los estudios de médico general o de algún postgrado previo que fuese prelación en el concurso. Nota de prueba de conocimientos, o nota de examen, se refiere a la nota de la evaluación escrita realizada a los postulados durante el concurso. Las escalas de puntuación son de 1-20 puntos. Se asumió como una variable continua o en dos grupos. En ambas variables se estableció un punto de corte de 15 puntos, siendo esto menor, mayor o igual a quince puntos.
k) Dominio instrumental del inglés: se refiere a la nota de la evaluación escrita para evaluar el dominio instrumental del inglés realizada a los postulados durante el concurso. La escala de puntuación es del 1 al 6 y no es excluyente del concurso. Se manejó como variable continua o por grupos con un puntaje menor a 4 puntos o mayor o igual a 4 puntos.
l) Créditos adicionales en el concurso: se refiere al puntaje obtenido por publicaciones científicas, años de ejercicio profesional, premios, docencia, etc. Se manejó de forma continua o como dos categorías: sin créditos adicionales o con créditos adicionales.
m) Ingreso a postgrado: ingresó o no ingresó al curso de postgrado correspondiente.
n) Promedio simple al primer año: se asumió como una variable continua con un rango de 1-20 puntos.
o) Actividad al primer año: activo (si se mantenía en el curso de postgrado para diciembre 2025) o inactivo (si ya había sido desincorporado del postgrado para la fecha de corte).
p) Causa de retiro: se identificaron las opciones: renuncia, desincorporación por bajo promedio ponderado, desincorporación por materia aplazada, por trámite administrativo (inasistencias, otros problemas de comportamiento dentro de la institución), u otras causas.

RESULTADOS

Descripción general Se obtuvo datos de 1729 individuos, del sexo femenino: 62,3 %, de edad menor o igual a 30 años: 59,4 %, principalmente solteros (94.4 %), procedentes de 13 países, como Venezuela (92,1 %), Colombia (4,4 %) y República Dominicana (2 %). En cuanto a estado de origen: Distrito Capital (18,3 %), Guárico (11,5 %). La región Capital, De los Llanos, Central y Centro-Occidental representó el 74,1 % de los postulados.

El análisis descriptivo evidencia que los estudiantes activos e inactivos presentan perfiles de ingreso equivalentes en edad, competencia académica previa, con promedios de notas casi idénticos (13,8 vs 14,3 respectivamente). La prueba de Shapiro-Wilk ($p < ,001$) confirmó que la mayoría de las variables no tienen una distribución normal, validando el uso de pruebas exactas para el análisis de las asociaciones.

Sexo, edad y estado civil: El análisis estadístico del sexo, la edad y el estado civil en los grupos activos e inactivos reflejaron que no había influencia de estas variables sobre la desincorporación del estudiante.

Distribución geográfica: El análisis de la nacionalidad evidencia 3,26 % de inactividad en los venezolanos y 6,06 % en los extranjeros con un N = a 614 y 33 respectivamente (p=0,311). Colombia muestra una inactividad de 7,1 % y EE.UU., Haití, Perú y Rep. Dominicana tienen una retención del 100 %, con un Test exacto de Fisher de p = 0,368 para el análisis por países. Este hecho nos confirma que no hay una relación significativa entre el país de origen y la inactividad, siendo el indicador V de Cramer de 0,046, lo cual nos in La distribución geográfica nacional identifica los siguientes aspectos resaltantes:

- Distrito Capital: Tiene el mayor número de inactivos en total (8 personas), lo que representa un 5,6% de sus 143 participantes. Este es un valor por encima de la media.
- Zulia y Mérida: Ambos tienen 1 inactivo de solo 9 personas, lo que eleva su tasa al 11,1%.
- Extranjeros: 1 de 33 (3,0 %).
- Guárico: 2 de 68 (2,9 %).
- Bolívar (30), Apure (29), Falcón (28), Carabobo (26), y Portuguesa (18): no presentaron desincorporación.

A pesar de estas diferencias, el valor de p = 0,876 evidencia que el estado de residencia no influye de manera general en la inactividad. Este hecho se corrobora en la distribución por regiones, p = 0,290, o por zonas como la capital o extra capital, p = 0,210.

Distribución por universidades: El promedio general de inactividad al finalizar el primer año es de 3,4 %. Este hecho se distribuye de manera relevante en las siguientes universidades de origen:

- UNERG: Es la universidad con más inactivos en términos absolutos (3 personas), pero también es una de las que más alumnos tiene (125). Su tasa de inactividad es del 2,4 %.
- UNELLCRG: Tiene 3 inactivos de 90 alumnos (3,3 %).
- UDO: Presenta 2 inactivos de 68 alumnos.
- UCV: Presenta 6 inactivos de 112 alumnos (5,3 %).
- LUZ, UCLA, ULA: Presentan 0 % de desincorporaciones.

La segmentación de las universidades en "Nuevas' o "Tradicionales" arroja un Test exacto de Fisher (p = 0,112) y un Chi-cuadrado (p = 0,094), indicando que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre las universidades "Nuevas" y las "Tradicionales" en cuanto a la inactividad, aunque hay una tendencia más cercana que para las variables de Sexo o Edad. Aun siendo el porcentaje de inactivos en las tradicionales del doble que en las nuevas (4,6 % vs 2,2%), esta diferencia puede deberse al azar o al tamaño muestral.

Distribución por características académicas

a) Nota previa: El registro arrojó que el grupo "Menor de 15 puntos" tenía 7 inactivos de 279 (2,51 %), mientras que "Mayor o igual a 15 puntos" tenía 14 inactivos de 337 (4,15 %). El p-valor del Test exacto de Fisher fue de 0,373.
b) Nota de prueba de conocimientos: "Menor de 15 puntos" con 14 inactivos de 351 (3,98 %), y "Mayor o igual a 15 puntos" con 0 inactivos de 22 (0 %), con una p = 1 y un V de Cramer de 0,049, que nos indica que no hay asociación.
c) Dominio del inglés: El resultado arrojó que "Menor de 4 puntos" (Nivel bajo/medio) tuvo 8 inactivos de 262 (3,05 %) y "Mayor o igual a 4 puntos" (Nivel alto) presentó 1 inactivo de 106 (0,94 %) con una p = 0,456.
d) Créditos adicionales: El análisis de los resultados evidencia que "Con Créditos Adicionales" tuvo 8 inactivos de 205 (3,90 %), y "Sin Créditos Adicionales" presentó 2 inactivos de 54 (3,70%). (p=1). La fuerza de asociación (V de Cramer) Valor (0,004) muestra el valor más bajo que hemos visto en los análisis. Esto indica que la asociación es nula.

Distribución según especialidad, tipo y nivel de la misma: Se incluyeron 65 especialidades identificándose las siguientes diferencias:

- Medicina Interna: es la que más bajas registra en números absolutos (4 personas de 63, o sea 6,3 %).
- Obstetricia y Ginecología: tiene 4 desincorporaciones de 63 ingresos (6,3 %).
- Cirugía General: tiene 2 desincorporaciones de 57 (3,5 %).
- Oftalmología: tiene 2 desincorporaciones de 19 (10,5 %).
- Neurocirugía: registra 2 desincorporaciones de 9 postulados (22,2 %).
- Anestesiología (56 estudiantes) y Radiodiagnóstico (41 estudiantes), tienen 0 inactivos.

La agrupación de las especialidades según su tipo identificó que las "Quirúrgicas" tenían 16 inactivos de 234 (6,84 %), las "Médicas" tenían 5 inactivos de 344 (1,45 %) y las "Pediátricas" tenían 1 inactivo de 57 (1,75 %). El Test exacto de Fisher arrojó una $p = 0{,}002$ identificando una relación real entre el tipo de especialidad y la deserción.

La agrupación en especialidades "Médicas" y "Quirúrgicas" arroja que las primeras tuvieron 6 inactivos de 401 (1,5 %), las segundas registraron 16 inactivos de 234 (6,8 %), con un Test de Fisher $p<0.001$ y un Valor de Cramer de 0,141, siendo el tipo de especialidad un factor determinante en el estado de actividad del estudiante.

El análisis del nivel de la especialidad arrojó que la "Primera" especialidad tenía 5,25 % de inactividad mientras que la "Segunda" tuvo 0 %, con un Test de Fisher <0,001.

El subgrupo de las especialidades quirúrgicas como "Primera" especialidad tuvo 16 inactivos de 189 estudiantes, mientras que como "Segunda" especialidad no tuvo desincorporaciones, obteniendo un Test exacto de Fisher de $p = 0{,}047$. Para las primeras especialidades médicas, aunque el Chi-cuadrado da 0,038, el Test exacto de Fisher dio 0,065. El análisis de los subgrupos arrojó una $p < ,001$.

Distribución por sede: El análisis de las sedes contra el número de desincorporaciones arrojó un Test exacto de Fisher de 0,157, estadísticamente podemos decir que no existe una asociación significativa entre el hospital sede y la inactividad. El análisis de V de Cramer de 0,293 indica una asociación moderada donde una muestra más grande de inactivos, podría provocar que esta variable sí resultara significativa, apuntando directamente a ciertos hospitales como focos de deserción.

Distribución de actividad al final del primer año: Al término del primer año se registraron 22 estudiantes inactivos, siendo la principal causa la renuncia voluntaria.

Descripción de los inactivos: Se realizó una comparación de rangos mediante la prueba U de Mann-Whitney para identificar disparidades entre los grupos. Mientras que para la edad ($p =0{,}602$) y la nota previa ($p =0{,}528$) resultaron ser variables estadísticamente independientes del estatus de permanencia, el promedio del primer año de postgrado reveló una diferencia significativa con un tamaño del efecto máximo $p = ,004$, $r = 1{,}00$.

La inactividad no responde a una falta de aptitud académica inicial, sino a un deterioro agudo del desempeño durante el primer año de residencia, donde el promedio general desciende de 16,4 a 10,3 puntos en los casos registrados.

DISCUSIÓN

El análisis integral de la inactividad en la cohorte estudiada, revela un fenómeno donde las variables del nivel de la especialidad y el entorno hospitalario superan en peso a las características individuales o méritos previos del cursante.

La independencia de la inactividad respecto a los méritos académicos de ingreso, representa una ruptura con los paradigmas establecidos. Los resultados de la prueba U de Mann-Whitney confirmaron que no existen diferencias significativas en la nota previa ($p = 0{,}528$) ni en la edad ($p =0{,}602$) entre activos e inactivos. De hecho, los estudiantes inactivos mostraron una mediana de notas de ingreso ligeramente superior (15,8 vs 15,2), lo que sugiere que la institución pierde talento humano con alto potencial.

El desempeño previo (notas e inglés) no guarda relación con la permanencia (p = 1,000). Este resultado coincide con las investigaciones de Simpson et al quienes establecieron que los test de admisión no predicen el desempeño del estudiante.(2)

En su lugar, factores no cognitivos como la estabilidad emocional, son los que realmente sostienen al residente en momentos de crisis. El hecho de que estudiantes con trayectorias académicas brillantes y promedios superiores a 15 puntos presenten tasas de inactividad similares a sus pares, sugiere que la institución debe evaluar la resiliencia emocional en sus procesos de selección, más allá de la acumulación de créditos académicos.

No obstante, el rendimiento durante el primer año de postgrado marca una divergencia crítica (p =0,004, r = 1,00). El descenso drástico del promedio de 16,4 a 10,3 puntos en el grupo inactivo, orienta hacia que el fracaso académico es un síntoma de desadaptación y no una causa preexistente. Mata et al. indican la presencia de síntomas de depresión en hasta 15,8 % de los estudiantes al finalizar el primer año de residencia, este deterioro suele ser el resultado de una carga de trabajo abrumadora que compromete el tiempo de estudio, explicando por qué la renuncia (68 %) es el principal motivo de salida, y no la expulsión por falta de capacidad. El entendimiento de la cultura de los programas y los ambientes de trabajo puede ayudar a comprender porque ocurre la desadaptación del individuo.(3)

Por otro lado, la concentración de la inactividad en las especialidades quirúrgicas (p <0,001) y exclusivamente en quienes cursan su primera especialidad (p =0,047), refuerza la teoría de situación de riesgo en los primeros años de las especialidades quirúrgicas. Existen transiciones en la formación médica, entendidos como momentos de aprendizaje intenso que conforman desafíos para los estudiantes, los programas de medicina y la atención sanitaria. Con frecuencia, este proceso de transformación del estudiante se deja al azar. (4) Chaou *et al.* proponen que la preparación para el ejercicio profesional en el postgrado debe comenzar desde el pregrado e incluir el desarrollo de su identidad profesional, el trabajo en equipo y lo que se espera durante las rotaciones clínicas.5 Por esta condición multifactorial, los estudiantes evolucionan con el tiempo, y presentan fluctuaciones temporales y diferencias individuales como respuesta a los años iniciales de postgrado.

Así, se observa que la retención del 100 % observada en los cursantes de Segunda Especialidad, sugiere que la experiencia previa actúa como un factor de resiliencia profesional.

La significativa tasa de inactividad en especialidades quirúrgicas (p<0,001) se alinea con la literatura global que describe al quirófano como un entorno de alta demanda psicomotora y emocional. Elmore *et al.* detectaron criterios de algún grado de burnout en hasta 69 % de los 665 estudiantes incorporados en el estudio. Estas características pueden desencadenar una alteración en la conducat y una desincorporación de los programas.(6)

A diferencia de las primeras especialidades, en los residentes quirúrgicos de segundas, la desincorporación es nula, pudiendo deberse a diversos factores tales como: 1) los de "Segunda" ya conocen el sistema hospitalario y tienen más experiencia manejando el estrés; 2) el compromiso con el área específica suele ser mayor; 3) los que tenían probabilidad de renunciar, posiblemente ya lo hicieron durante su primera especialidad.

Aunque no se halló una asociación estadística global significativa entre la sede hospitalaria y la inactividad (p =0,157), se observaron disparidades clínicas relevantes. Mientras centros como la Maternidad Concepción Palacios mantuvieron retención total, el Hospital Miguel Pérez Carreño presentó la tasa de desincorporación más elevada (16,6%). Shanafelt *et al.* documentan que centros con mayor volumen de horas de trabajo por semana y en la primera línea de atención presentan niveles de burnout superiores, lo cual podría explicar esta tendencia.(7)

Finalmente, la neutralidad de variables como el sexo, país de origen (p =0,368) y dominio del inglés (p = 0,456), ratifica que el programa es inclusivo y que las barreras de permanencia son estrictamente estructurales y vinculadas al ejercicio de la especialidad.

CONCLUSIONES

La inactividad al final del primer año no está vinculada a la capacidad académica previa, edad, sexo, estado civil o nacionalidad. El proceso de selección funciona correctamente, captando aspirantes talentosos motivo por el cual el foco no debe estar en endurecer los requisitos de entrada. El perfil de mayor vulnerabilidad es el residente que inicia su primer postgrado en el área quirúrgica. La combinación de inexperiencia en el sistema de residencias y la alta exigencia técnica del quirófano es el principal detonante de la deserción. Existe un colapso en el rendimiento académico durante el primer año exclusivo de los futuros inactivos (p = ,004). Este descenso en el promedio actúa como un indicador inequívoco de una inminente desincorporación. La mayoría de las bajas ocurren por renuncia voluntaria y no por incapacidad intelectual. Esto sugiere que las causas son externas al estudiante (estrés laboral, condiciones de la especialidad o problemas administrativos). Las renuncias no son un problema de "calidad del estudiante", sino un problema de "exigencia o condiciones de la especialidad".

RECOMENDACIONES

- Mentorías focalizadas: Implementar programas de acompañamiento técnico y emocional específicos para residentes de primer nivel en áreas quirúrgicas.
- Sistemas de alerta: Monitorear activamente a cursantes cuyo promedio descienda de 13 puntos en el primer semestre, interviniendo con apoyo institucional antes de que se pueda producir la renuncia.

REFERENCIAS

1. Román M, Díez E. Currículum y enseñanza: Una didáctica centrada en procesos. Madrid: Editorial EOS; 1994.
2. Simpson PL, Scicluna HA, Jones PD, Cole AM, O'Sullivan AJ, Harris PG, et al. Predictive validity of a new integrated selection process for medical school admission. BMC Med Educ. 2014 Apr 23; 14:86. doi: 10.1186/1472-6920-14-86.
3. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2015 Dec 8; 314(22): 2373-2383. doi: 10.1001/jama.2015.15845.
4. Sá J, Strand P, Hawthorne K, Da Silva A, Kitto S. Transitions in medical education: Filling in the blanks. Educ Med. 2021; 22(6): 346-351. doi: 10.1016/j.edumed.2021.07.001.
5. Chaou CH, Yu SR, Chang YC, Ma SD, Tseng HM, Hsieh MJ, et al. The evolution of medical students' preparedness for clinical practice during the transition of graduation: a longitudinal study from the undergraduate to postgraduate periods. BMC Med Educ. 2021 May 6; 21(1): 260. doi: 10.1186/s12909-021-02679-8.
6. Elmore LC, Jeffe DB, Jin L, Awad MM, Turnbull IR. National Survey of Burnout among US General Surgery Residents. J Am Coll Surg. 2016 Sep; 223(3): 440-451. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.05.014.
7. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. Mayo Clin Proc. 2015 Dec; 90(12): 1600-1613. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023.