

ESCALA DE EXPERIENCIA DE OSTRACISMO PARA ADOLESCENTES: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS EN ESTUDIANTES DE CARRERAS DE LA SALUD¹

OSTRACISM EXPERIENCE SCALE FOR ADOLESCENTS: PSYCHOMETRIC PROPERTIES IN CHILEAN HEALTH SCIENCES STUDENTS

JOSSELINNE TOIRKENS-NIKLITSCHKE *

SONIA OSSES-BUSTINGORRY **

CRISTHIAN E. PÉREZ-VILLALOBOS ***

LILIANA ORTIZ-MOREIRA ****

NANCY BASTÍAS-VEGA *****

RESUMEN

Introducción: El ostracismo, forma de violencia social, puede afectar psicológica y académicamente a los estudiantes de carreras de la salud. Empero, no existen herramientas válidas para medirla en población chilena. **Objetivo:** Evaluar la estructura factorial y confiabilidad de la Escala de Experiencia de Ostracismo para Adolescentes (OES-A, por su sigla en inglés) en estudiantes de carreras de la salud chilenos. **Material y método:** 322 estudiantes de seis carreras de la salud respondieron la Escala de Experiencia de Ostracismo para Adolescentes y un cuestionario sociodemográfico, previo consentimiento informado. Se realizó un análisis factorial exploratorio del cuestionario y se evaluó su consistencia interna. **Resultados:** Se identificó dos factores: excluido e ignorado, presentando todos sus ítems cargas significativas en un único factor. Sus confiabilidades fueron altas y la correlación entre factores fue directa. **Conclusión:** Se aporta evidencia a favor de la validez y confiabilidad de la OES-A para evaluar ostracismo en estudiantes de carreras de la salud de Chile.

Palabras clave: Aislamiento social, acoso escolar, estudiantes del área de la salud, educación en salud, estudio de validación.

ABSTRACT

Introduction: Ostracism, a kind of social violence, could affect the psychological and academic performance of Health students. Nonetheless, there is no validated tool to assess this variable in the Chilean population. **Objective:** To evaluate the validity and reliability of Ostracism Experiences Scale for Adolescents (OES-A) in health

¹ Trabajo financiado por el proyecto FONDECYT Regular 1121002.

* Psicóloga. Doctora (c) en Ciencias de la Educación. Doctorado en Ciencias de la Educación. Facultad de Educación, Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. E-mail: jtoirkensn@gmail.com

** Profesora. Doctora en Ciencias de la Educación. Doctorado en Ciencias de la Educación. Facultad de Educación, Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. E-mail: sonia.osses@ufrontera.cl

*** Psicólogo. Doctor (c) en Ciencias de la Educación. Departamento de Educación Médica, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. E-mail: cperezv@udec.cl

**** Médico cirujano. Magíster en Educación Superior mención en Pedagogía Universitaria. Departamento de Educación Médica, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. E-mail: lilianaortiz@udec.cl

***** Enfermera. Magíster en Educación Médica en Ciencias de la Salud. Departamento de Educación Médica, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. E-mail: nbastias@udec.cl

sciences students. Method: 322 students from six different health sciences university programs were chosen by a quote sampling method. After an informed consent was signed, they were surveyed and they answered the OES-A and a sociodemographic questionnaire. An exploratory factorial analysis of OES-A was performed and its internal consistency was assessed. Results: Outcomes are consistent with a factorial structure of two factors: excluded and ignored, with items having significant loadings in one single factor. Reliability was high for both these factors. These factors showed direct and significant correlation. Conclusion: Evidence supports the validity and reliability of OES-A as a tool to assess Ostracism in students of health sciences.

Key words: Personal isolation, bullying, students, health occupations, health education, validation studies.

Fecha recepción: 12/05/15 Fecha aceptación: 16/04/17

INTRODUCCIÓN

El ambiente educativo o clima es un factor importante en los procesos de enseñanza-aprendizaje, entendiéndose como la percepción acerca de aquello que emerge al interactuar en un grupo humano y que influye en el bienestar y la consecución de logros de los miembros de dicho grupo (1). Para los estudiantes, el clima consistiría en sentirse acogido en su ambiente educativo y estaría asociado con los estados de ánimo y sentimientos presentes cuando interactúan con sus pares y docentes, así como el agrado y tranquilidad al encontrarse en dicho ambiente y la sensación de pertenencia a la institución y a los grupos de pares (2).

La alta exigencia presente en los contextos de formación médica genera complicaciones a la hora de promover un ambiente educativo que promueva la integración y sentido de pertenencia. Lo anterior se respalda en diversas investigaciones que indican una alta prevalencia de conductas de acoso, intimidación o *bullying* en estos contextos. Entre dichas investigaciones se encuentra un estudio realizado en el ámbito de la enfermería respecto al acoso moral en su ambiente de trabajo y desarrollo, relevando la necesidad de investigar sobre los factores condicionantes de este tipo de violencia, dado que aunque son estos profesionales quienes deben ser agentes promotores de la salud en sus equipos de tra-

bajo, la posibilidad de hacerlo disminuye al estar expuestos a situaciones de maltrato (3).

Por otra parte, en estudios realizados en el Reino Unido con residentes de medicina, el 84% de dichos estudiantes reportaron haber experimentado una o más situaciones de *bullying*, generando gran preocupación por los altos niveles de intimidación y maltrato presentes en los procesos de formación de médicos (4).

En un estudio similar, respecto a situaciones de acoso o menosprecio vividas por los estudiantes de 16 escuelas de medicina representativas de EEUU, un 42% indicó haber experimentado acoso y el 84%, menosprecio durante su proceso formativo (5). En cuanto a la situación en Chile, se encontró que las conductas de acoso, intimidación y *bullying* provenía mayoritariamente de médicos no docentes y médicos docentes, planteándose que este fenómeno podría deberse a la repetición de conductas negativas a las que ellos mismos fueron expuestos cuando fueron formados (6).

Las evidencias presentadas, así como otros estudios, indican que existe una alta susceptibilidad de los estudiantes de ciencias de la salud a experimentar situaciones de maltrato, acoso o discriminación (7). La violencia entre pares en las facultades de Medicina es un problema complejo y frecuente, que puede repercutir negativamente en los sujetos, produciendo efectos secundarios dañinos que se pueden mantener muchas veces ocultos, con-

virtiéndose en un factor de riesgo para la salud de los profesionales y generando, a su vez, malos modelos y dificultades en sus procesos de formación (3, 8). Por otra parte, la preocupación por la prevalencia del maltrato en los contextos formativos del área radica en que si estos estudiantes han sufrido dichas situaciones, a menos que tengan una gran capacidad de resiliencia y/o inteligencia emocional, carecerán de las actitudes y valores que deben estar presentes en los procesos de atención sanitaria de calidad al interactuar con otros desde sus futuros roles profesionales (3, 6).

Entre estas manifestaciones de violencia, el *bullying* resume actos de intimidación entre pares, consistentes en acciones negativas, e incluyendo diferentes tipos de maltrato y exclusiones sociales que pueden ser directas o indirectas (7). Entre los diversos tipos de exclusión, uno que ha adquirido creciente interés es el ostracismo.

El ostracismo consistiría en negar a un sujeto –sistemática e intencionadamente– la posibilidad de interacción social, evitando cualquier intento de conversación o contacto (9). Por tanto, en el ostracismo los sujetos serían rechazados y excluidos, suponiéndose una amenaza a sus necesidades humanas de pertenencia o reconocimiento social, lo que puede generar la búsqueda de aceptación por parte de los demás u optar por alejarse del grupo que lo ha rechazado (10).

Respecto a los efectos que puede producir el ostracismo se encuentran: efectos cognitivos, observándose que al manipular sentimientos de rechazo se presentan serios déficit en el comportamiento inteligente y la autorregulación en comparación a grupos en condiciones normales; efectos emocionales, como disminución de la autoestima, del sentido de pertenencia y la generación de aplanamiento emocional; efectos conductuales, donde las personas rechazadas tienden a ayudar menos a las demás, a ser más agresivos y hostiles; así como también, los efectos físicos, pues investigaciones han demostrado que la exclusión produce un efecto físico si-

milar al dolor, entre otros (11). También se aprecia que ser víctima de exclusión social provoca que las habilidades prosociales disminuyan en los sujetos, no siendo capaces de entender apropiadamente las necesidades de los demás, lo que disminuiría la inclinación por prestar ayuda (12).

Es importante señalar que el proceso de enseñanza-aprendizaje se ve afectado cuando los estudiantes son víctimas de maltrato, presentándose dificultades en los procesos de atención y concentración, así como problemas en el rendimiento académico, debido al desgaste continuo de las víctimas en la búsqueda de apoyo social, al poner en marcha conductas evitativas del maltrato o por la constante dedicación de tiempo a pensar en dicha situación (13, 14). Asimismo, el estar expuesto a estas situaciones de maltrato acrecienta las posibilidades de deserción de los estudios por parte de quienes son víctimas del ostracismo debido a la baja sensación de pertenencia o fusión con su grupo de pares (8, 10).

Desde la década de los noventa, su estudio se ha realizado a través de diversas situaciones experimentales, manipulando las condiciones de ostracismo (15-18). En cuanto a su evaluación, entre los instrumentos para medir el ostracismo se encuentra la *Ostracism Experiences Scale for Adolescents* (OES-A) (19), donde se le conceptualiza como una manifestación específica de *bullying* que genera la experiencia de ser excluido e ignorado por otros. Las propiedades psicométricas de la OES-A han sido evaluadas en una investigación en estudiantes de nivel secundario en los Estados Unidos. En este estudio, aunque la versión original tenía 19 ítems, un análisis factorial exploratorio permitió excluir un ítem por tener cargas factoriales no significativas y siete por presentar cargas cruzadas, quedando en una versión final de 11 ítems que mostró un adecuado ajuste en un análisis factorial confirmatorio, considerando dos factores correlacionados, asociados, al sentirse: Excluido (*excluded*) de un grupo social e

Ignorado (*ignored*) por los pares (19).

Aunque tanto en Latinoamérica como en Chile cada vez son más frecuentes los estudios sobre ambiente educativo en carreras de la salud (20-25), hay pocos estudios que aborden específicamente las manifestaciones de violencia (6), como el ostracismo. Con el objetivo de favorecer la investigación en esta área, la presente investigación se propone aportar evidencia de la validez y confiabilidad de la Escala de Experiencia de Ostracismo para Adolescentes (OES-A), específicamente en estudiantes de carreras de la salud, instrumento pertinente, considerando que muchos de los estudiantes de pregrado se encuentran en la etapa de moratoria psicosocial denominada adolescencia tardía (26).

Objetivo general

Evaluar la estructura factorial y consistencia interna de la Escala de Experiencia de Ostracismo para Adolescentes (OES-A) en estudiantes de carreras de la salud de Chile.

Hipótesis

Pese al carácter exploratorio del análisis psicométrico llevado a cabo, se hipotetiza que se identificarán dos factores en el OES-A en estudiantes universitarios chilenos, los que por su composición coincidirán con los factores identificados por Gilman et al. (19): Excluido e Ignorado. Adicionalmente, se hipotetiza que éstos presentarán altas confiabilidades.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo, mediante un diseño no experimental y transversal.

La población objetivo del estudio correspondía a alumnos regulares de programas de pregrado de la salud de una universidad tradicional. Fue encuestada una muestra, no probabilística por cuotas, de 322 estudiantes,

cubriendo seis de las ocho carreras de la salud de la universidad en que se hizo el estudio, ya que dos se abstuvieron de participar: Odontología y Kinesiología. Los alumnos fueron contactados personalmente en instalaciones de la universidad. Se eliminaron de la muestra a aquellos participantes que presentaron omisiones (valores perdidos) en la OES-A. Así, se obtuvo una muestra válida de 301 estudiantes que fue empleada en el estudio, de los cuales 166 (55,15%) eran mujeres y 98 (32,56%) hombres, con 37 casos que no informaron el dato. Sus edades oscilaron entre los 18 y los 31 años ($M=21,73$; $D.E.=2,42$). La mayoría había egresado de establecimientos particulares subvencionados ($n=129$; 42,86%), con 81 (26,91%) egresados de establecimientos municipalizados, 55 (18,27%) particulares pagados y 36 no informados.

Los alumnos en su mayoría se encontraban hace 2 años en la universidad ($n=59$; 19,60%) y el grupo más numeroso era de Medicina ($n=74$; 24,58%), aunque fueron consultadas seis carreras diferentes (Tabla 1).

Todos los estudiantes respondieron la Escala de Experiencia de Ostracismo para Adolescentes, que consiste en la traducción al español de la *Ostracism Experiences Scale for Adolescents* (OEA-A) diseñada por Gilman et al. (19). El objetivo de este instrumento es evaluar las percepciones generales que las personas tienen en torno a dos subtipos de ostracismo: ser ignorado por los pares y ser excluido por éstos, sin que esté asociado a ninguna persona o situación específica (19).

El instrumento está compuesto por 11 afirmaciones que evalúan las dos dimensiones del ostracismo antes mencionadas: Ignorado y Excluido, a través de una escala Likert de 5 alternativas (1=Nunca o casi nunca, 2=Rara vez, 3=A veces, 4=A menudo y 5=Siempre o casi siempre), en donde un mayor puntaje indica un mayor nivel de ostracismo.

La escala aplicada consiste en una retrotraducción al castellano, realizada por el equipo investigador, de la versión original en inglés. Esto implicó una traducción al caste-

Tabla 1. Distribución de los estudiantes según carrera y años de permanencia en la universidad.

Variable	n	%
Carrera		
Medicina	74	24,58
Enfermería	44	14,62
Fonoaudiología	24	7,97
Química y Farmacia	50	16,61
Nutrición y dietética	34	11,3
Tecnología Médica	40	13,29
No informa	35	11,63
Total	301	100
Años desde el ingreso		
1	28	9,3
2	59	19,6
3	48	15,95
4	46	15,28
5	38	12,62
6	24	7,97
7 o más	23	7,64
Total	301	100

n=Número de casos; %: Porcentaje de casos

llano por parte de un psicólogo bilingüe, la posterior traducción de esta versión al inglés por parte de un educador hablante nativo del inglés, y la comparación de las dos versiones en inglés para verificar su coherencia semántica, y, por tanto, la pertinencia de la versión intermedia en castellano. La versión original en inglés había sido validada en estudiantes de secundaria estadounidenses, en donde un análisis factorial exploratorio y uno confirmatorio avalaron la estructura de dos factores, eliminando 8 reactivos. Adicionalmente, en este estudio se mostró su validez de criterio, asociando sus puntajes a una mayor depresión y una menor satisfacción global (19). No existen estudios que hayan aplicado la escala en población hispanohablante.

Los estudiantes también respondieron un

cuestionario sociodemográfico, el cual fue omitido por un 11,63% de los participantes ($n=35$).

Todos los estudiantes participaron del proceso de firma de consentimiento informado, visado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, en donde se les explicó los objetivos del estudio, el tipo de participación solicitada y se les garantizó la confidencialidad y voluntariedad de su colaboración.

Para el análisis de los datos se realizó un análisis factorial exploratorio (EFA) para obtener evidencia de la validez de constructo de la OES-A, aplicando método de Ejes principales (AEP), que es recomendado para escalas compuestas (27, 28, 29), y rotación Promax. Adicionalmente, se evaluó la consis-

tencia interna de los factores identificados y la capacidad discriminativa de los ítems. Finalmente se estimó la correlación entre los factores. Para el análisis se consideró como significativo un $p < 0,05$. El procesamiento estadístico se llevó a cabo en el software STATA SE11.0.

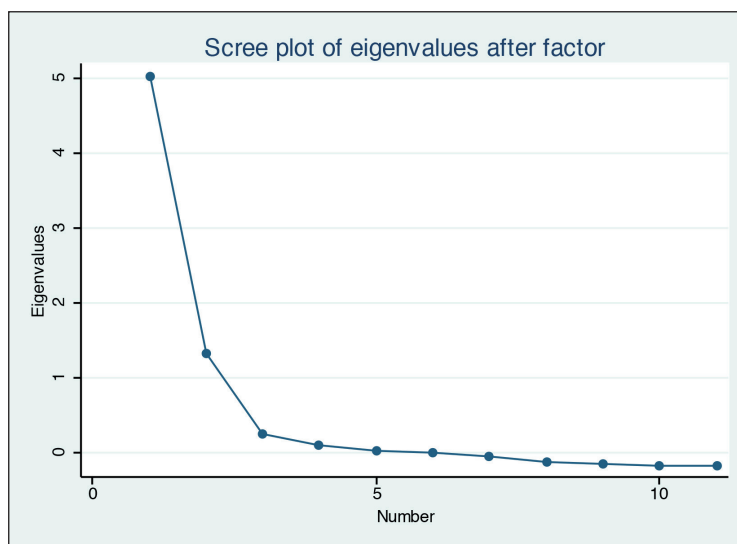
RESULTADOS

La pertinencia del EFA fue avalada por un estadístico adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,89 y una prueba de

esfericidad de Barlett estadísticamente significativa, $\chi^2[55]=1915,56; p < 0,001$.

El número de factores fue determinado aplicando tres criterios que coincidieron en una estructura de dos factores: 1) el criterio de Kaiser-Guttman (27, 28) que identificó dos factores con valores propios (*eigenvalues*) mayores a 1,0 (5,02 y 1,33), 2) el criterio de contraste de caída (27, 28) que identificó dos factores en el gráfico de sedimentación (Gráfico 1) y 3) el Análisis Paralelo de Horn (28) que, considerando 5.000 muestras aleatorias, identificó dos factores con valores propios (5,02 y 1,33) sobre el percentil 95 de los obtenidos en las muestras aleatorias (0,42 y 0,26).

Gráfico 1. Gráfico de sedimentación de la Escala de Experiencia de Ostracismo para Adolescentes.



Ante esto, se procedió a evaluar la consistencia teórica y empírica de la solución de dos factores, calculando la matriz de configuración aplicando rotación Promax (Tabla 2). Dicha matriz muestra que todos los ítems presentan coeficientes de configuración superiores a 0,30, que es el valor mínimo estimado adecuado para considerar una carga

significativa (27, 28), sin encontrarse ninguna carga cruzada, esto es, ítems que carguen significativamente a más de un factor (28).

Al presentarse una estructura simple, sin ítems con cargas bajo 0,30 o con cargas cruzadas, se procedió a conformar los factores de la siguiente manera:

Tabla 2. Matriz de configuración con AEP y rotación Promax para la Escala de Experiencia de Ostracismo en Adolescentes: Solución de dos factores.

	I	II	Comunalidad
1. Mis compañeros me tratan como si fuera invisible.	0,2	0,68 ^a	0,34
2. Mis compañeros se juntan conmigo en mi casa. ⁽ⁱ⁾	0,3	0,09	0,87
3. Mis compañeros hacen como si yo no existiera.	0,03	0,79	0,35
4. Mis compañeros ignoran mis saludos cuando están con otras personas.	-0,05	0,79	0,42
5. Mis compañeros me ignoran cuando intervengo en una conversación	-0,01	0,74	0,47
6. Mis compañeros me ignoran.	-0,04	0,88	0,27
7. Mis compañeros me invitan a unirme a sus clubes, agrupaciones y asociaciones. ⁽ⁱ⁾	0,71	0,03	0,47
8. Mis compañeros me incluyen en sus planes para pasar el tiempo libre. ⁽ⁱ⁾	0,89	-0,01	0,22
9. Mis compañeros se esfuerzan por tener mi atención. ⁽ⁱ⁾	0,67	-0,01	0,57
10. Mis compañeros me invitan a comer con ellos. ⁽ⁱ⁾	0,78	0,01	0,38
11. Mis compañeros me invita a participar de sus pasatiempos, eventos y actividades los fines de semana. ⁽ⁱ⁾	0,85	-0,03	0,3

^a Se indican con cursivas las cargas significativas sobre 0,30; ⁽ⁱ⁾ Ítem inverso.

Factor 1: Incluyendo los ítems (ordenados de mayor a menor coeficiente de configuración) 8, 11, 10, 7, 9 y 2, que hacen referencia a las acciones de los estudiantes que impiden o no fomentar la integración de los estudiantes, denominado, por tanto, factor Excluido.

Factor 2: Considerando los ítems 6, 4, 3, 5 y 1, refiere a las acciones en que los estudiantes evitan prestar atención a los estudiantes, denominado, por tanto, factor Ignorado.

Como segundo procedimiento de evaluación psicométrica, se analizó la consistencia interna de ambos factores aplicando el coeficiente alfa de Cronbach, el cual fue de

$\alpha=0,85$ para el factor Excluido y de $\alpha=0,89$ para el factor Ignorado. Además, en cuanto a la capacidad discriminativa de los ítems, en el caso del factor Excluido, las correlaciones entre cada ítem y el total corregido del instrumento osciló entre $r[299]=0,33$ (ítem 2) y $r[299]=0,83$ (ítem 8), mientras que en el factor Incluido se ubicaron entre $r[299]=0,66$ (ítem 5) y $r[299]=0,81$ (ítem 6).

Finalmente, se calcularon las puntuaciones de los factores mediante el coeficiente de correlación de Pearson en base a un contraste bilateral y se encontró una correlación estadísticamente significativa, directa y con tamaño del efecto medio entre ambos factores (Tabla 3).

Tabla 3. Coeficientes de correlación de Pearson entre los dos factores de la Escala de Experiencia de Ostracismo en Adolescentes.

Factores	1	2
1. Excluido	0,85 ^a	
2. Ignorado	0,53 ^{***}	0,89 ^a

N=301; *:p<0,05; **:p<0,01; ***:p<0,001

^a Coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio buscan aportar evidencia sobre el OES-A, a fin de apoyar su validez de constructo, entendida como la coherencia entre el comportamiento empírico del test y su comportamiento teórico, y apoyar su confiabilidad, entendida como el grado de precisión de sus mediciones (28).

Para el primer objetivo se utilizó análisis factorial, que es la técnica por excelencia para evaluar validez de constructo (28, 30), específicamente un EFA. Éste, que permite evaluar el grado en que las relaciones entre las preguntas reflejan el constructo teórico (28), puso en evidencia que la estructura de dos factores propuesta Gilman et al. (19) se corresponde plenamente con la estructura identificada en los resultados en estudiantes de la salud, diferenciando dos factores: Excluido e Ignorado, que son las dos dimensiones clave del constructo (15, 19). Es más, los resultados mostraron que los ítems se organizan en estos dos factores con cargas significativas en todos los ítems y sin cargas cruzadas, lo que muestra que cada pregunta tributa diferenciadamente a una de estas dimensiones.

Por otro lado, ambos factores muestran una correlación intensa, lo que coincide con los resultados del equipo de Gilman, que estableció que el OES-A permite evaluar dos tipos diferentes de ostracismo, pero que estas dimensiones no son ortogonales (19).

En cuanto a la confiabilidad, en este estudio se evaluó la consistencia interna de los factores identificados. En este caso, el resultado mostró que ambos factores exhibían una consistencia interna clasificable como buena (31), y adecuada para su uso en investigación (32). Adicionalmente, los ítems presentaron una adecuada capacidad discriminativa en sus respectivos factores, evidenciando un alto grado de correlación con la puntuación a la que tributaban.

Ambas evidencias antes señaladas apoyan la validez de constructo y consistencia interna de la Escala de Experiencia de Ostracismo para Adolescentes para medir ostracismo en población universitaria de carreras de la salud, lo que respalda su uso para fines diagnósticos e investigativos en estos programas formativos.

Lo anterior permitirá profundizar el estudio de esta temática, atendiendo a la clara preocupación por diagnosticar el ambiente educativo y promover entornos que favorezcan el aprendizaje. Dicha preocupación se manifiesta en las múltiples investigaciones sobre el tema (20-25, 33, 34) y en la preocupación docente por contar con herramientas pedagógicas para regularlo (35). Sin embargo, no se contaba con una herramienta en castellano para evaluar este fenómeno, porque, pese a que las herramientas en uso abordan el ambiente social de la formación, no incorporan adecuadamente las formas de violencia presentes entre los pares; un aspecto preocupante en carreras de la salud, como

medicina, donde ya se han documentado dinámicas de acoso en el proceso formativo (6).

Pese a lo anterior, el presente estudio se concentra sólo en la estructura factorial y consistencia interna, por lo que se considera deseable continuar el estudio de las propiedades psicométricas de la Escala de Experiencia de Ostracismo para Adolescentes aportando otros tipos de evidencia de validez y confiabilidad, considerando entre las más relevantes: evidencias de su validez de criterio evaluando su relación con indicadores de bienestar general y académico, de depresión y satisfacción global como en el estudio de Gilman et al. (19), y evidencias de su estabilidad temporal. Igualmente, se considera necesario evaluar la relación entre la experiencia de ostracismo y el perfil del estudiante, explorando sus diferencias según el sexo, carrera, nivel cursado, etc. Por otra parte, teniendo en cuenta que es un instrumento genérico para adolescentes, se considera deseable evaluar sus propiedades psicométricas en población adolescente general.

REFERENCIAS

1. Claro S. Clima Escolar y Desarrollo Integral de Niñas y Niños. Santiago: Editorial RIL; 2011. 236 p.
2. Treviño E, Valdés H, Castro M, Costilla R, Pardo C, Donoso F. Factores Asociados al Logro Cognitivo de los Estudiantes de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: LLECE-UNESCO; 2010. 166 p.
3. Fontes K, Santana R, Pelloso S, Carvalho MD. Factores asociados al acoso moral en el ambiente laboral del enfermero. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21(3): 758-64.
4. Quine L. Workplace “Bullying” in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ*. 2002; 324(7342): 878-79.
5. Frank E, Carrera JS, Stratton T, Bickel J, Nora LM. Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey. *BMJ*. 2006; 333(7570): 682-87.
6. 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.
7. Mejía R, Diego A, Alemán M, Malian-di M, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina (B. Aires)* [Internet]. 2005 Jul-Ago [citado 05 diciembre 2014]; 65(4): 295-301. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802005000400002
8. Paredes O, Sanabria-Ferrand PA, González-Quevedo L, Moreno S. “Bullying” en las Facultades de Medicina colombianas, mito o realidad. *rev.fac.med.* [Internet]. 2010 Jul-Dic [citado 12 enero 2015]; 18(2): 161-172. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562010000200003
9. Blackhart G, Nelson B, Knowle M, Baumeister R. Rejection Elicits Emotional Reactions but Neither Causes Immediate Distress nor Lowers Self-Esteem: A Meta-Analytic Review of 192 Studies on Social Exclusion. *Pers Soc Psychol Rev*. 2009; 13(4): 269-309.
10. Gómez A, Morales JF, Hart S, Vázquez A, Swann WB. Reacciones a ser rechazado socialmente: ¿luchar o no hacer nada? La fusión de la identidad como moderador de las respuestas al ostracismo. *Ciencia Cognitiva: Revista Electrónica de Divulgación* [Internet]. 2013 [citado 15 diciembre 2014]; 7(1): 5-8. Disponible en: http://journaldatabase.info/articles/reacciones_ser_rechazado_socialmente.html
11. Magallares A. Exclusión social, rechazo y ostracismo: principales efectos. *Psicología.com* [Internet]. 2011 [citado 23 noviembre 2014]; 15: 25-40. Disponible en: <https://www.psiquiatria.com/revis->

- tas/index.php/psicologiacom/article/view/1212
12. Twenge JM, Baumeister RF, DeWall CN, Ciarocco NJ, Bartels JM. Social exclusion decreases prosocial behavior. *J Pers Soc Psychol.* 2007; 92(1): 56-66.
 13. Glew G, Fan M, Katon W, Rivara, F. "Bullying" and school safety. *J Pediatr.* 2008; 152(1): 123-128.
 14. Benítez JL, Justicia F. El maltrato entre iguales: descripción y análisis del fenómeno. *Electronic journal of research in educational psychology [Internet].* 2006 [citado 13 diciembre 2014]; 4(9): 151-170. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122821002>
 15. Williams KD. Social ostracism. En: Kowalski RM, editors. *Aversive Interpersonal Behaviors.* New York: Plenum; 1997. p. 133-170.
 16. Twenge JM, Baumeister RF, Tice DM, Stucke TS. If you can't join them, beat them: effects of social exclusion on aggressive behavior. *J Pers Soc Psychol.* 2001; 81(6): 1058-1069.
 17. Baumeister RF, Twenge JM, Nuss CK. Effects of social exclusion on cognitive processes: anticipated aloneness reduces intelligent thought. *J Pers Soc Psychol.* 2002; 83(4): 817-827.
 18. Nezlek JB, Kowalski RM, Leary MR, Blevins T, Holgate S. Personality moderators of reactions to interpersonal rejection: depression and trait self-esteem. *Pers Soc Psychol Bull.* 1997; 23(12): 1235-1244.
 19. Gilman R, Carter-Sowell A, Dewall CN, Adams RE, Carboni, I. Validation of the ostracism experience scale for adolescents. *Psychological assessment* 2013; 25(2): 319.
 20. De Oliveira G, Vieira J, Schonhorst L. Psychometric of the Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) applied to medical residents. *Med Teach.* 2005; 27(4): 343-7.
 21. Díaz-Véliz G, Mora S, Bianchi R, Gar-
giulo P, Terán C, Gorena D, et al. Percepción de los estudiantes de medicina del ambiente educativo en una facultad con currículo tradicional (UCH-Chile) y otra con currículo basado en problemas (UNC-Argentina). *Educ Méd [Internet].* 2011 [citado 12 enero 2015]; 14(1): 27-34. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v14n1/original1.pdf>
 22. Herrera C, Pacheco J, Rosso F, Cisterna C, Daniela A, Becker S et al. Evaluation of the undergraduate educational environment in six medical schools in Chile. *Rev Med Chil* 2010; 138(6): 677-84.
 23. Herrera C, Olivos T, Román JA, Larraín A, Pizarro M, Solís N et al. Evaluación del ambiente educacional en programas de especialización médica. *Rev Med Chil.* 2012; 140(12): 1554-61.
 24. Pierre RB, Branday JM, Pottinger A, Wierenga A. Students' perception of the 'educational climate' at the Faculty of Medical Sciences, the University of the West Indies. *West Indian Med J.* 2010; 59(1): 45-49.
 25. Serrano C. Diagnóstico de clima educacional, carrera de Odontología, Universidad de Concepción. *Rev Educ Cienc Salud.* 2012; 9(1): 43-49.
 26. Dávila A, Ruiz R, Moncada L, Gallardo I. Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología.* 2011; 20: 147-172.
 27. Hair JF, Black WX, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análisis multivariante.* Madrid: Prentice Hall; 2005. 832 p.
 28. Martínez R, Hernández MJ, Hernández MV. *Psicometría.* Madrid: Alianza; c2006. 488 p.
 29. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics.* New York: Harper and Row; c2007. 980 p.
 30. Pérez-Gil JA, Chacón S, Moreno R. Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema.*

- 2000; 12 (Supl 2): 442-446.
31. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update. Boston: Allyn & Bacon; 2003. 386 p.
 32. Nunnally J, Bernstein I. Teoría psicométrica. México: Trillas; 1995. 843 p.
 33. Jakobsson U, Danielsen N, Edgren G. Psychometric evaluation of the Dundee Ready Educational Environment Measure: Swedish version. *Med Teach* 2011; 33(5): 267-74.
 34. Roff S, McAleer S, Skinner A. Development and validation of an instrument to measure the postgraduate clinical learning and teaching educational environment for hospital-based junior doctors in the UK. *Med Teach* 2005; 27(4): 326-31.
 35. Pérez C, Fasce E, Coloma K, Vaccarezza G, Ortega J. Percepción de académicos de carreras de la salud de Chile sobre el perfeccionamiento docente. *Rev Med Chil*. 2013; 141(6): 787-92.