

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA**



**PRÁCTICAS REFLEXIVAS EN RELACIÓN A LA ENSEÑANZA CLÍNICA
EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD
TRADICIONAL CHILENA.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO
DE MAGÍSTER EN EDUCACIÓN
MÉDICA PARA LAS CIENCIAS DE
LA SALUD.**

TUTOR: LILIANA ORTIZ M.

**PAULINA ALEJANDRA PÉREZ CABEZAS
CONCEPCIÓN – CHILE**

2018

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA**



**PRÁCTICAS REFLEXIVAS EN RELACIÓN A LA ENSEÑANZA CLÍNICA
EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD
TRADICIONAL CHILENA.**

TUTOR: LILIANA ORTIZ M. FIRMA: _____ CALIFICACIÓN __, __

COMISIÓN: EDUARDO FASCE H. FIRMA: _____ CALIFICACIÓN __, __

CLAUDIO DEL CANTO S. FIRMA: _____ CALIFICACIÓN __, __

**PAULINA ALEJANDRA PÉREZ CABEZAS
CONCEPCIÓN – CHILE**

2018



*A mi tutora guía,
quien creyó en mi proyecto y
me inspiró a ser cada día
una mejor docente.*

AGRADECIMIENTO

Quisiera agradecer en primer lugar a mi tutora guía, profesora Liliana Ortiz, quien me inspiró a realizar este proyecto y creyó en mí. Sin duda, fue el pilar fundamental en cada una de las etapas de este proceso y un ejemplo de docente y de vida, que cambió mi forma de ver la docencia y la investigación.

Además, quisiera agradecer a mi familia, por su paciencia y entrega. A Javiera Ortega, por su dedicación durante la planificación de este proyecto. Al profesor Jorge Tricio, por su disposición y entrega del instrumento previa publicación de su validación. A mis estudiantes, por colaborar con sus reflexiones y darle sentido a esta investigación, y a la universidad por darme el apoyo y las instancias para seguir creciendo como profesional.



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Reflexión y práctica reflexiva han sido considerados conceptos esenciales en la educación de los profesionales de la salud y la práctica profesional competente. A pesar de esto, las actividades de aprendizaje reflexivo formalmente incorporadas, no se han utilizado ampliamente en los programas de Odontología.

OBJETIVO GENERAL: Describir las prácticas reflexivas en relación a la enseñanza clínica en estudiantes de Odontología de una Universidad Chilena.

MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo mixto por combinación. Los participantes fueron alumnos regulares de la carrera de Odontología de la Universidad de Concepción, que cursaban cuarto año. Se realizó un muestreo no probabilístico por accesibilidad o conveniencia. El diseño del estudio es no experimental de alcance descriptivo y corte transversal, y el método cualitativo utilizado fue el estudio de casos. El análisis de datos se realizó a través de estadística descriptiva y análisis de contenido.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN: Los puntajes promedio de los resultados obtenidos mediante CR, muestran una predominancia de los niveles reflexivos de comprensión y reflexión. Los resultados del análisis de contenido identificaron tres ejes principales sobre los que se construye la práctica reflexiva en relación a la enseñanza clínica: comprensión del estudiante sobre sus propias habilidades para enfrentar la clínica, conceptualización del estudiante sobre el contexto clínico y comprensión del proceso de aprendizaje y estrategias de acción. En relación a la caracterización de las prácticas reflexivas según el nivel de pensamiento reflexivo, se observó que a medida que los estudiantes presentan un mayor nivel de pensamiento reflexivo sus respuestas se hacen más complejas e involucran una mayor cantidad de factores asociados a los fenómenos del aprendizaje. A pesar de sus limitaciones, este estudio incorporó de manera eficaz actividades que permitieron medir y caracterizar el pensamiento reflexivo de los estudiantes en el contexto clínico.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN.....	v
INDICE DE TABLAS.....	x
INDICE DE FIGURAS.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	2
Capítulo I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.1 Planteamiento del problema.....	5
1.2 Justificación de la Investigación.....	6
Capítulo II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Bases teóricas del proceso reflexivo.....	9
2.2 De la reflexión a la práctica reflexiva.....	11
2.3 Aprendizaje reflexivo.....	14
2.4 Estrategias de enseñanza y evaluación para el aprendizaje reflexivo.....	18
2.5 Aprendizaje reflexivo en el contexto clínico.....	22
Capítulo III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	29
3.1 Estudios cuantitativos.....	29
3.2 Estudios cualitativos.....	29
Capítulo IV. MÉTODO.....	32
4.1 Participantes.....	32
4.2 Técnicas o instrumentos de recolección de datos:.....	33
4.3 Procedimiento:.....	35
4.4 Análisis de los datos:.....	36
4.5 Consideraciones éticas de la investigación:.....	37

Capítulo V. RESULTADOS.....	39
5.1 Resultados cuantitativos	39
5.1.1 Resultados cuestionario sociodemográfico.....	39
5.1.2 Cuestionario reflexivo de Kember et al. adaptado por Tricio, Woolford y Escudier para alumnos de Odontología.....	40
5.2 Análisis cualitativo	42
5.2.1 Comprensión del estudiante sobre sus propias habilidades para enfrentar la clínica (Comprensión del yo).....	50
5.2.1.1 Desarrollo de habilidades sociales en el contexto clínico.....	50
5.2.1.2 Realización de procedimientos y acciones clínicas	50
5.2.1.3 Factores que brindan seguridad o confianza en relación al desempeño clínico.....	51
5.2.1.4 Habilidades de reflexión sobre el propio desempeño	51
5.2.1.5 Autopercepción sobre el propio desempeño	52
5.2.2 Conceptualización del estudiante sobre el contexto clínico (Comprensión de la situación)	54
5.2.2.1 Predisposición del alumno hacia el contexto clínico.....	54
5.2.2.2 Influencia de los conocimientos teóricos sobre la práctica clínica.....	54
5.2.2.3 Dificultades percibidas en relación a las actividades prácticas	56
5.2.2.4 Factores relacionados con el paciente en el contexto clínico.....	57
5.2.2.5 Factores emocionales implicados en el contexto clínico	58
5.2.3 Comprensión del proceso de aprendizaje y estrategias de acción (Estrategias de acción)	60
5.2.3.1 Predisposición del alumno hacia el aprendizaje clínico.....	60
5.2.3.2 Aspectos relevantes para el aprendizaje clínico identificados por los estudiantes.....	60

5.2.3.3 Formas de mejorar la práctica clínica identificadas por los estudiantes	63
5.3 Caracterización de las prácticas reflexivas según el nivel de pensamiento reflexivo	65
5.3.1 ¿Qué expectativas tenía antes de comenzar sus actividades clínicas?	65
5.3.2 ¿Qué acciones creía que sería capaz de realizar al ingresar a sus actividades clínicas?	66
5.3.3 ¿Qué ideas o preocupaciones solían activar inseguridades antes de realizar sus actividades clínicas?.....	67
5.3.4 ¿Qué ideas o factores le solían brindar seguridad y/o confianza antes de iniciar una sesión clínica?	68
5.3.5. ¿Cómo considera que se desarrolló durante el desarrollo de sus actividades clínicas?	69
5.3.6 ¿De qué manera el conocimiento teórico ayudó al desempeño durante sus prácticas clínicas?.....	70
5.3.7 ¿Cuál fue el impacto de su tutor clínico durante su desempeño en sus actividades clínicas?	71
5.3.8 ¿Cuál fue el impacto de sus aptitudes/emociones durante su desempeño en sus actividades clínicas?.....	72
5.3.9 ¿Qué otros factores pudieron haber influido durante su desempeño clínico?	72
5.3.10 ¿Qué cambios realizó durante sus actividades clínicas con el propósito de hacerlas más eficaces?.....	73
5.3.11 ¿Qué podría hacer de manera diferente si se enfrentara por primera vez a una actividad clínica?.....	74
5.3.12 ¿Qué podría hacer para mejorar su desempeño clínico en el futuro?.....	74
5.3.13 ¿Qué consideró más relevante para su aprendizaje clínico?	75

5.3.14 ¿Qué siente que hizo bien durante sus actividades clínicas?	75
5.3.15 ¿Qué cree que podría mejorar en relación a su aprendizaje clínico?.....	76
Capítulo VI. DISCUSIÓN	78
Capítulo VII. CONCLUSIONES	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS.....	105
ANEXO 1: Información y consentimiento de participación.....	106
ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos.....	110
ANEXO 3: Certificado de aprobación comité de Bioética	115



INDICE DE TABLAS

		Página
TABLA 1	Ítems contributivos de las subescalas del cuestionario.	40
TABLA 2	Estadísticos descriptivos de las subescalas del cuestionario.	41
TABLA 3	Estadísticos de confiabilidad: <i>Alfa de Cronbach</i> de los niveles de pensamiento reflexivo.	42
TABLA 4	Definición de códigos.	43
TABLA 5	Base de datos unidades de significado.	46
TABLA 6	Categorías y subcategorías.	49



INDICE DE FIGURAS

	Página
FIGURA 1	Distribución de los participantes según género. 39
FIGURA 2	Categorización y distribución de los participantes según nivel de pensamiento reflexivo. 41





INTRODUCCIÓN

Reflexión y práctica reflexiva han sido considerados conceptos esenciales en la educación de los profesionales de la salud y la práctica profesional competente (1). Lo anterior, se ha visto evidenciado por el reconocimiento de organismos acreditadores, quienes han reconocido sus beneficios en el mejoramiento de la práctica médica, que van desde la aceptación y el uso de retroalimentación hasta la minimización de errores diagnósticos (2-5).

En el ámbito educativo, la adquisición de conocimientos, habilidades o experiencia clínica no son suficientes por sí solos para que el aprendizaje ocurra (6,7). Lo anterior, comprende la necesidad de un aprendizaje reflexivo, el cual no ocurre de manera intuitiva o espontánea, sino que es un proceso desarrollable mediante el adiestramiento (8) o a través de su práctica regular (6).

En el ámbito profesional, el mundo tan competitivo de hoy exige que todo profesional realice una búsqueda continua de conocimiento y una evaluación constante de los criterios elegidos para ejercer la profesión. Esto implica la consciencia de las propias acciones para poder evaluarlas, lo cual también se logra a través de la práctica reflexiva (9).

A pesar de que la capacidad de reflexionar profunda y críticamente es un atributo deseable de un profesional de la salud competente (10), las actividades de aprendizaje reflexivo formalmente incorporadas no se han utilizado ampliamente en los programas de Odontología (11).

Por lo anterior, surge la motivación para realizar una investigación que contribuya a una mayor comprensión de cómo ocurren los complejos procesos reflexivos durante el desarrollo de un ciclo clínico de la carrera. Su objetivo es describir las prácticas reflexivas en relación a la enseñanza clínica en estudiantes de Odontología de una universidad tradicional chilena. Para su ejecución se llevó a cabo una metodología de enfoque mixto, cuya investigación principal fue de tipo cuantitativo y utilizó técnicas cualitativas para entregar una imagen más completa del fenómeno de interés. El

diseño del estudio es no experimental de alcance descriptivo y corte transversal y el método cualitativo utilizado fue el estudio de casos.

A continuación, se presenta la investigación realizada. Se inicia con el planteamiento del problema estudiado y la justificación de la investigación, en donde se comprende y defiende la elección del objeto de estudio. Posteriormente, el marco teórico nos entrega una perspectiva desde la evidencia científica, que incluye enfoques de los principales representantes de las teorías reflexivas, su implicancia en el proceso de enseñanza y aprendizaje, estrategias de enseñanza y evaluación y su aplicación en el contexto clínico. Finalmente, tras la recolección y análisis de los datos, se exponen los resultados obtenidos en esta investigación, los cuales fueron posteriormente contrastados en la discusión y sintetizados a través de la conclusión.



PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA



Capítulo I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Los nuevos paradigmas propuestos en la Reforma Educacional Chilena le otorgan un valor público innegable a la educación, cuya base es formar una sociedad más justa, democrática y participativa (12). Esto implica que las Instituciones de Educación Superior sean capaces de formar a los estudiantes como ciudadanos informados, provistos de un sentido crítico, capaces de analizar los problemas, buscar soluciones, aplicarlas y asumir responsabilidades sociales (13).

Para alcanzar estos objetivos es necesaria la reformulación de los planes de estudio, metodologías de enseñanza, aprendizaje y evaluación; que impliquen nuevos planteamientos pedagógicos y didácticos, capaces de no sólo fomentar la adquisición de conocimientos teórico-prácticos sino que además impliquen el desarrollo de habilidades como la comunicación, el análisis creativo y crítico, el trabajo en equipo y la reflexión (13).

A pesar de lo anterior, es de práctica común que los modelos actuales de educación en nuestro país centren sus programas de estudios en la formación por competencias (14), preparando excelentes profesionales en el área técnica capaces de responder a las demandas del mercado laboral actual, pero olvidando que la educación es un proceso de formación profesional donde es deber institucional crear el acceso al desarrollo del pensamiento crítico y la construcción del saber y del ser (15).

En lo que compete a los profesionales de la salud, la atención clínica requiere además profesionales idóneos en el reconocimiento de problemas, habilidades en la toma de decisiones y con aptitudes sociales que le permitan relacionarse con el paciente y la comunidad (16). También, deben ser capaces de realizar una búsqueda continua de conocimiento y una evaluación constante de los criterios elegidos para ejercer la profesión, lo cual implica ser conscientes de sus propias acciones (9,16). La conciencia de las propias acciones se logra a través de la práctica reflexiva, cuyo

desarrollo implica que dentro de su formación académica, los estudiantes se cuestionen sobre sus pensamientos y acciones, realizando un aprendizaje de sí mismos (9).

La carrera de Odontología, como parte de las profesiones del área de la salud, no está exenta de estos requerimientos; considerando además, que los problemas ambiguos y mal estructurados se encuentran de manera muy regular, lo que exige a los estudiantes la necesidad de desarrollar habilidades de pensamiento reflexivo para resolver este tipo de inconvenientes (17). Esto hace imperante la necesidad de que tanto docentes como instituciones educativas sean capaces de generar espacios que favorezcan este tipo de formación.

La mayoría de las investigaciones educativas en Odontología, se han centrado en informar sobre diferentes modelos de enseñanza, evaluar su efectividad y describir la satisfacción del estudiante y del educador. No obstante, un profesional clínico debe ser un profesional reflexivo; sin embargo, el aprendizaje reflexivo y las reflexiones clínicas poseen escasa evidencia científica en el área odontológica (11,17,18).

1.2 Justificación de la Investigación

Reflexión y práctica reflexiva han sido considerados conceptos esenciales en la educación de los profesionales de la salud y la práctica profesional competente (1). En la carrera de Odontología, la dificultad de las etapas clínicas producida ante los primeros contactos con pacientes, exige a los estudiantes pasar de los problemas bien definidos en el aula a aquellos ambiguos y en la vida real encontrados en el contexto del cuidado del paciente, lo cual hace imperante la necesidad de desarrollar un pensamiento reflexivo (17).

El presente estudio, permitirá entregar una visión holística de las reflexiones de los estudiantes en el marco de estos problemas de la práctica, permitiendo comprender los factores que determinan sus procesos reflexivos antes, durante y después de la acción. A modo general, permitirá entregar una descripción de la situación a nivel institucional, que pueda servir como piedra angular para el desarrollo de futuras

investigaciones, que guíen y comprendan cómo ocurren los complejos procesos de aprendizaje en la clínica.

En relación a los beneficios prácticos de esta investigación, el impulso de los modelos basados en competencias alcanzado en los últimos años en la educación superior a nivel mundial y la legitimidad de su adquisición como perspectiva pedagógica, es indudable (14). Muchas universidades han adaptado o están en proceso de adecuación de sus procesos formativos a las sugerencias y lineamientos planteados por este modelo. Nuestro país no está exento de estos cambios, siendo la Universidad de Concepción sólo uno de sus adeptos.

El modelo institucional de la Universidad de Concepción está basado en cuatro macrocompetencias genéricas que incluyen el pensamiento crítico, comunicación, el emprendimiento y trabajo en equipo, y la responsabilidad social.

Con respecto al Pensamiento crítico, este comprende evaluar el propio pensamiento, permitiendo la autocorrección del mismo. Es decir, implica un proceso que requiere el examen de sí mismo y cuyo resultado suele ser un cambio en la perspectiva, características comunes que trascienden a las definiciones de reflexión (19,20). Por lo tanto, el desarrollo de este tipo de pensamiento contribuirá al desarrollo de dicha competencia.

Con respecto al aporte metodológico del estudio, las publicaciones científicas en relación a la educación en Odontología han demostrado una clara preferencia por métodos de investigación cuantitativa (21). Con base en lo anterior, y dada la diversidad de asuntos involucrados en la práctica reflexiva, la perspectiva más idónea para abordar esta multiplicidad temática es la que ofrece la investigación cualitativa, ya sea asociada o no a un diseño cuantitativo, permitiendo comprender de mejor manera los eventos en función de los significados que estos poseen para sus protagonistas, creando una imagen fiel y realista del grupo estudiado (22). Además, permitirá obtener resultados atractivos que permitan una mayor comprensión del fenómeno a través de datos detallados y significativos (23).



Capítulo II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas del proceso reflexivo

Las raíces del proceso reflexivo se remontan al filósofo de la educación John Dewey, quien argumentó que la capacidad de un individuo para reflexionar es iniciada sólo después de identificar, tanto como reconocer y aceptar la incertidumbre que esto genera (24-26). Dewey afirmó que el pensamiento reflexivo requiere una evaluación continua de las creencias, suposiciones e hipótesis contra los datos existentes y contra otras interpretaciones plausibles de los datos. Además, reconoció que los individuos pueden reflexionar sobre todo un conjunto de cosas en el sentido de simplemente pensar en ellas y definió la experiencia reflexiva como aquel proceso que permite convertir el pensar en una experiencia. Sin embargo, enfatizó que la reflexión lógica o analítica sólo puede ocurrir cuando hay un verdadero problema que resolver. Sugirió que la reflexión comienza con una dificultad sentida que puede extenderse en intensidad desde un leve malestar hasta un shock intenso. Para abordar esta sensación de malestar, sugirió que los individuos deben proceder a través de tres pasos de reflexión: (A) definición del problema, (B) análisis y (C) generalización. Distinguía entre la acción basada en la reflexión y la acción que es impulsiva o ciega. Además, hizo hincapié en la necesidad de desarrollar ciertas actitudes de apertura y habilidades de pensamiento y razonamiento para reflexionar. Para Dewey un propósito fundamental de la educación es ayudar a los individuos a adquirir hábitos de reflexión para que se involucren en una acción inteligente (24).

Más tarde, la perspectiva de la reflexión como parte de la toma de decisiones inteligente se amplió hacia la reflexión como una herramienta para el desarrollo profesional; inspirada, en parte, por la obra de Donald Schön (27). Este autor cree que la reflexión puede tener lugar a lo largo de la carrera de un individuo y es un aspecto crucial del proceso por el cual los principiantes en una disciplina mejoran su práctica (28). Schön señala que en la vida cotidiana las personas adquieren un saber, en ocasiones, indescriptible (28); lo que en el ámbito educativo se denomina Conocimiento Procedimental o Saber hacer. Este tipo de conocimiento implica

desarrollar una secuencia de acciones para alcanzar una meta, pero cuando se ha alcanzado dominio de la situación, es difícil describir cómo se logra (29). Según la visión de este autor, se trata de un conocimiento en la acción que es tácito y no proviene de una operación intelectual (28). Dicha secuencia es originada a partir de un problema, el cual permite buscar estrategias concretas para alcanzar una determinada meta. Durante su desarrollo, el individuo observa sus acciones y nuevamente planifica tomando otras acciones, desde la interpretación o explicación del primer proceso; de manera de mejorar y lograr aprendizaje, afrontando los problemas que pudiesen presentarse (29). Sin embargo, dado la complejidad de las situaciones, capaces de producir incertidumbre y conflicto de valores, este conocimiento no es totalmente seguro (29). No obstante, frente a dichas situaciones un práctico competente piensa, sin por ello dejar de actuar y reorganiza lo que está haciendo mientras lo hace. A esto Schön denomina reflexión en la acción (28). Además, a veces puede suceder, que una vez finalizada la acción retomemos nuestro pensamiento sobre lo que hemos hecho para “descubrir cómo nuestro conocimiento en la acción pudo haber contribuido a ese resultado inesperado” (28). Es como “detenerse para pensar”, Schön lo denomina Reflexión sobre la reflexión en acción. En resumen, Schön identificó dos tipos de reflexión que aplicados al ámbito educativo son los siguientes (9,28,30):

- *Reflexión en la acción:* ocurre cuando el sujeto se cuestiona sobre la pertinencia de los procedimientos empleados para resolver una situación de aprendizaje específica. Lo anterior lleva al aprendiz al replanteamiento del propio saber desarrollado en la acción y a la experimentación sobre la marcha. Es quizás el proceso más complejo, pues supone la reestructuración de estrategias de acción, ideas de los fenómenos o formas de enfrentar los problemas.
- *Reflexión sobre la acción:* se refiere al proceso cognitivo realizado después de una acción. Esta capacidad es clave para desarrollar un aprendizaje críticamente reflexivo, susceptible de convertirse en autorregulado.

Schön se refiere al “Profesional Reflexivo” como un contraprofesional que promueve la crítica continua, la revisión de valores y principios que sostienen que la solución a

los problemas sociales es sólo un asunto de expertos técnicos. Según sus propias palabras: *“la idea de la práctica reflexiva conduce a una visión de los profesionales como agentes de una conversación reflexiva de la sociedad con su situación, agentes que se dedican a una investigación cooperativa dentro de la estructura de una contienda institucionalizada”* (30).

Por otra parte, para Hatton y Smith existen tres niveles de reflexión (31):

- *Reflexión técnica:* que se ocupa de la eficiencia y efectividad de los medios para lograr ciertos fines, los cuales no están sujetos a críticas o modificaciones.
- *Reflexión práctica:* permite un examen abierto no sólo de los medios, sino también de los objetivos, los supuestos sobre los que se basan, y los resultados reales. Reconoce que los significados no son absolutos.
- *Reflexión crítica:* que incluye énfasis en los dos anteriores, pero también requiere consideraciones que involucren criterios morales y éticos, haciendo juicios sobre si la actividad profesional es equitativa y justa, y respetuosa de las personas o no, ubicada dentro de un contexto socio-histórico y político-cultural.

De acuerdo con estos autores, el marco de Schön incorpora todos los niveles de reflexión, incluyendo la reflexión crítica.

Más tarde, Greenwood, una enfermera educadora, identificó otro tipo de reflexión, la “reflexión antes de la acción”; que en términos educativos implica que el alumno piense sobre lo que quiere hacer y cómo pretende hacerlo antes de que lo realice (32).

2.2 De la reflexión a la práctica reflexiva

Además de los autores mencionados previamente, existen múltiples definiciones de reflexión. Boud la define como los comportamientos cognitivos y afectivos en los que los individuos se involucran, lo que da lugar a una nueva y mejor comprensión de sus experiencias (33).

La Asociación de Educación Médica Europea (AMEE), a través del artículo desarrollado por Sandars, la define como (6): “un proceso metacognitivo que ocurre antes, durante y después de situaciones con el propósito de desarrollar una mayor comprensión del yo y la situación para que encuentros futuros con la situación sean informados de encuentros previos”. En su revisión, hace una interesante distinción sobre sus características señalando que:

- Al ser un proceso metacognitivo, implica que existe una autorregulación que selecciona, monitorea y evalúa un proceso cognitivo. La relevancia de este concepto radica en la comprensión de la reflexión como un proceso que puede ser controlado y susceptible de ser mejorado mediante estrategias de formación.
- La reflexión puede ocurrir antes, durante o después de un encuentro; y a pesar de que normalmente ocurre posterior a una situación, al ocurrir previo a la acción, permite aproximarse a situaciones con una percepción particular de aprendizaje, la cual puede ser desafiada. Lo anterior, tiene una capacidad de lograr mayores niveles de crecimiento personal y aprendizaje.
- La comprensión del yo y de la situación le otorga un impacto más amplio en el aprendizaje permanente, no centrándose exclusivamente en la adquisición de conocimientos y habilidades. Además, su comprensión es requerida para desarrollar la autoeficacia y de esta manera el aprendizaje autorregulado.
- Informar la acción futura sugiere que la reflexión es un proceso con un propósito definido. Dar sentido a una situación no mejorará la práctica a menos que estos conocimientos puedan cambiar las respuestas futuras a situaciones.

Por otro lado, la reflexión tal como se recoge en una epistemología de la práctica de Schön, se conoce como práctica reflexiva. En ella, los practicantes, a través de su propio actuar, comprometen sus capacidades reflexivas para cuestionar suposiciones, (re) encuadrar situaciones, examinar sus prácticas, probar movimientos potenciales en medio de la práctica, y considerar posibles vías para seguir (34).

Para Barnett, la práctica reflexiva es el medio por el que se puede estimular al estudiante para que desarrolle la capacidad de observación sobre su propio quehacer y entable diálogos críticos consigo mismo en relación con su pensamiento y a su acción. Mediante esta práctica el estudiante se cuestiona sobre sus pensamientos y acciones, realiza un aprendizaje de sí mismo y contribuye a su formación como profesional reflexivo (35).

La reflexión resulta, entonces, un elemento de la práctica reflexiva que ocurre como parte del diálogo reflexivo. Para realizarla es necesario poner en juego la experiencia cognitiva y afectiva: la experiencia cognitiva, como el conjunto de procesos cognitivos de los que echa mano la persona para resolver una tarea de aprendizaje; y la experiencia afectiva, como el conjunto de sentimientos generados ante una situación de éxito o fracaso y que sirven como acicate para que, a través del diálogo, generen la energía necesaria para resolver el problema (9).

El marco teórico de la epistemología de la práctica reflexiva ha sido poco explorado hasta la fecha en la educación médica. A pesar de una importante literatura sobre la reflexión en la educación en general (6,31), así como un número cada vez mayor de publicaciones de educación sobre las profesiones de la salud relacionadas con la reflexión (36,37), sigue existiendo una diversidad de terminologías y definiciones (6,38). Los procesos similares se describen de manera heterogénea como aprendizaje reflexivo (39), práctica reflexiva (36), reflexión crítica (31,40), mindfulness (7) y análisis de incidentes críticos (21), entre otros. No obstante, los teóricos concuerdan en que la reflexión es un proceso cognitivo o metacognitivo, que requiere el examen de sí mismo y la situación; y que sus objetivos son el aprendizaje y la futura eficacia personal y profesional futura (38). Dentro de los aspectos comunes que trascienden estas definiciones se encuentran:

- La reflexión es un proceso (19).
- La noción de que la reflexión implica al yo (20).
- El resultado de la reflexión suele ser una perspectiva cambiada (20).

2.3 Aprendizaje reflexivo

A pesar de que a Schön se le atribuye la revigorización de la noción de reflexión (30), ésta había sido apoyada previamente por Dewey, Lewin y Piaget; cada uno de los cuales sostenía que el aprendizaje ocurre cuando integramos la experiencia con la reflexión y la teoría con la práctica (41). Aunque todos creyeron que la experiencia es la base para el aprendizaje, también argumentaron que el aprendizaje sólo podía ocurrir con la reflexión (41). Es así como para desarrollarse profesional y personalmente los sujetos de todas las áreas, incluyendo la de la salud, necesitan desarrollar habilidades esenciales en la práctica reflexiva (18,30). Por lo anterior, es que los teóricos de la educación han defendido la reflexión sobre la experiencia como un componente importante de la formación profesional, lo cual se ha evidenciado por el creciente número de publicaciones que defienden actividades que fomenten este tipo de práctica (42). Los educadores están de acuerdo en que estas habilidades deben ser desarrolladas como parte de los planes de estudios para los estudiantes de la salud (17), pues les permitirá convertirse en profesionales más eficaces (33).

La teoría de J. Mezirow del aprendizaje transformador se centró en ajustar los marcos de referencia y el crecimiento individual (43). El autor, separa la acción reflexiva de la no reflexiva, identificando tres tipos de acciones no reflexivas: acción habitual, acción reflexiva e introspección y dos niveles de acciones reflexivas: reflexión de contenido y de proceso (44,45). Además, incorpora en esta categoría la forma más crítica de reflexión, la cual denomina reflexión de premisa. Su trabajo proporcionó un enfoque integral, lógico y un marco factible para desarrollar un método de evaluación para el pensamiento reflexivo; el cual fue desarrollado por Kember et al. (44), quienes redujeron el número de constructos para el cuestionario a cuatro debido a las pobres propiedades psicométricas del cuestionario utilizando las seis escalas, por la similitud o superposición existente entre los constructos. Éstos quedaron establecidos como acción habitual, comprensión, reflexión y reflexión crítica; y estuvieron basados principalmente en el marco teórico de Mezirow, junto al de otros autores. Éstos, quedaron caracterizados de la siguiente manera (44):

- **Acción habitual:** corresponde a aquella respuesta que se ha aprendido antes y a través del uso frecuente se convierte en una actividad que se realiza automáticamente o con poco pensamiento consciente.
- **Comprensión:** tipo de pensamiento o aprendizaje que hace uso de los conocimientos existentes, sin intentar evaluarlos, por lo que el aprendizaje permanece dentro de los esquemas y perspectivas de significado preexistentes. Corresponde a un proceso cognitivo. Implica que el estudiante comprenda un concepto sin reflexionar sobre su significado en situaciones personales o prácticas.
- **Reflexión:** implica la crítica activa, persistente y cuidadosa de las suposiciones sobre el contenido o proceso de resolución de problemas. Esta crítica de premisas pertenece al planteamiento de un problema, que involucra dar por sentada una situación problemática planteando preguntas con respecto a su validez, a diferencia de la resolución del problema.
- **Reflexión crítica:** implica la toma de conciencia de por qué percibimos, pensamos, sentimos o actuamos como lo hacemos. Para experimentar una transformación de perspectiva, es necesario reconocer que muchas de nuestras acciones se rigen por un conjunto de creencias y valores que han sido casi inconscientemente asimilados del ambiente particular. La reflexión crítica requiere una revisión crítica de las presuposiciones conscientes e inconscientes del aprendizaje previo y sus consecuencias (44). Sin embargo, la sabiduría convencional y las suposiciones arraigadas son difíciles de cambiar, en parte porque se vuelven tan profundamente arraigados que no nos damos cuenta de que son suposiciones o incluso que existen.

A modo general, se hace una diferenciación entre el aprendizaje reflexivo cuando la intención es mejorar el aprendizaje; y cuando esto sucede en el contexto de los problemas mal definidos de la práctica profesional se denomina práctica reflexiva (6).

Una serie de estudios explican los efectos de la reflexión sobre los procesos de enseñanza y aprendizaje de los estudiantes (18). La reflexión puede mejorar,

desarrollar o facilitar un conjunto de atributos; incluyendo el pensamiento crítico (46), el razonamiento clínico (6), las habilidades diagnósticas (47), particularmente en casos complejos e inusuales (1), el humanismo médico (48); así como habilidades técnicas, decisiones basadas en evidencia (7) y profesionalismo (49).

Pedagógicamente, la reflexión permite la integración de nuevos aprendizajes en los conocimientos y habilidades existentes (1), promoviendo actividades de aprendizaje auto-reguladas (9,33) que ayudan y fomentan el desarrollo profesional (11). Esto se logra aumentando la autoconciencia de los estudiantes y aprendices en los procesos de aprendizaje (6), mejorando la oportunidad de aprendizaje (47) a través de un enfoque más profundo de éste (6). La capacidad de reflexionar en acción (30) y de reflexionar sobre la acción (30) debería ayudar a fomentar un aprendizaje significativo, tanto para los alumnos individuales como para los que aprenden en grupo (37).

La autorregulación de los estudiantes en el contexto académico les permitirá reconocer información relevante, explicarse los procesos de pensamiento experimentados para resolver una interrogante, predecir si será capaz de resolver un problema, conocer sus dificultades y limitaciones para aprender y la forma de superarlas; monitorear, regular y controlar su cognición, motivación y conducta, entre otras capacidades (9). Además, el enfoque más profundo de aprendizaje al cual se ve asociado, está relacionado con mejoras en el rendimiento, bienestar psicológico y efectividad personal. La reflexión puede considerarse como una actividad de aprendizaje autorregulada.

Otro supuesto establecido en la literatura es que la práctica reflexiva facilita la capacidad de aplicar la teoría a la práctica y de aprender de la experiencia (27,37), siendo la premisa básica tras la práctica reflexiva, la noción de que las acciones de un individuo se guían por lo que han aprendido de experiencias anteriores (27). Al respecto, Piaget refuerza estos conceptos, señalando que los individuos aprenden a través de la resolución intelectual, cada evento influenciado por experiencias previas, antecedentes individuales y eventos críticos que suceden y cambian las maneras de

pensar. Se ha sugerido, además, que a medida que los profesionales adquieren mayor experiencia, la práctica reflexiva se vuelve menos explícita y más habitual a través del tiempo (50); y que su implementación durante los programas formativos, podría incrementar la probabilidad de que continúen en la práctica profesional futura (51).

Asimismo, se ha asociado la práctica reflexiva a la construcción, deconstrucción y transformación de la identidad profesional. Este aspecto ha adquirido una creciente atención en la educación médica. Su desarrollo puede considerarse como un proceso continuo que implica tanto la subjetivación de valores, virtudes, conocimientos y destrezas clínicas; como el desarrollo de una práctica que incluye la reflexión sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo (52).

Muchas de las carreras de las ciencias de la salud han señalado los beneficios de la práctica reflexiva en sus estudiantes. En medicina, Wald, Davis, Reis, Monroe y Borkan (53) señalaron que la reflexión de la enseñanza como parte de las habilidades clínicas y el profesionalismo, frecuentemente son consideradas como parte del desarrollo de profesionales competentes. Por otro lado, en el ámbito de la fisioterapia, Ward & Gracey (54) afirmaron que la práctica reflexiva permite disminuir la brecha teórico-práctica y ahondar en el conocimiento tácito. En enfermería, Horton-Deutsch y Sherwood (55) determinaron que la transición del estudiante a su ambiente laboral exige la presencia de inteligencia emocional, discutiendo la necesidad de una educación reflexiva y emocionalmente competente, para su desempeño laboral adecuado en complejos contextos clínicos. Por otro lado, en obstetricia, Lyons (56) argumentó que la combinación del conocimiento teórico-práctico, contribuiría a crear una base de conocimientos para lograr una práctica más segura y efectiva bajo los cimientos de la enseñanza de la reflexión.

2.4 Estrategias de enseñanza y evaluación para el aprendizaje reflexivo

La reflexión se denomina comúnmente «autorreflexión» en la literatura sobre educación médica. La autorreflexión se obtiene a través de diferentes técnicas y ejercicios usualmente escritos y se utiliza para ayudar a los estudiantes a través de la introspección independiente, a pensar y aprender sobre diversos temas importantes; tales como la muerte, la ética y el profesionalismo, entre otros (34).

La evidencia sobre la reflexión en el proceso de enseñanza-aprendizaje en educación médica se puede dividir en tres tipos (38):

- Análisis cualitativo de las reflexiones de los alumnos para identificar los temas del currículo y sus experiencias de aprendizaje.
- Desarrollo y prueba de escalas para medir las habilidades de reflexión de los alumnos.
- Evaluación del impacto de la reflexión del alumno sobre el aprendizaje y el rendimiento.

Otro modelo sobre los enfoques para la enseñanza de la reflexión la clasifica en dos grupos principales (34,57):

- Métodos sumativos centrados en el resultado de la reflexión mediante la creación de un producto.
- Métodos formativos centrados en el aprendizaje y desarrollo personal.

En relación con el primer grupo, para conocer como ocurre el proceso reflexivo en los estudiantes, es necesario identificar pensamientos reflexivos y medir su profundidad (58). Con frecuencia se les solicita la realización de informes escritos, el cual se analiza para el proceso o el contenido (59). Otras alternativas son los portafolios (60), interacciones entre un supervisores y alumnos (61), blogs reflexivos, cuestionarios semiestructurados con viñetas de casos evocadores de reflexión, encuestas de actitudes, entrevistas, entre otros (18).

En cuanto a los métodos formativos, se han implementado las actividades grupales de reflexión, las cuales permiten aumentar el área de conciencia, introducir nuevas perspectivas y crear un ambiente estimulante y crítico basado en preguntas y reacciones (62). Dentro de los métodos identificados encontramos:

- Portafolio (electrónico y/o papel): se ha utilizado favorablemente tanto para demostrar como para enseñar la reflexión (60).
- Escritura reflexiva: según Wald et al. (53), cuando está acompañada de la retroalimentación individual, promueve una reflexión más profunda y decidida, mejora los procesos grupales y el desarrollo personal y profesional.
- Grupos de reflexión: según Platzer, Blake y Ashford (63), éstos permiten desarrollos significativos en el pensamiento crítico, generando cambios como el aumento del profesionalismo y autonomía en la toma de decisiones y mejoras en la autoconfianza.

No obstante, impulsar una profunda reflexión crítica en los estudiantes en el ambiente educativo a menudo se logra con resultados decepcionantes; en parte por la noción aceptada por muchos educadores de que los procesos reflexivos son respuestas naturales a dilemas o desafíos (27).

Según el análisis de Bruster y Peterson sobre las reflexiones escritas de sus estudiantes, se puede observar que éstas son descriptivas con una mínima naturaleza de ser analíticas o críticas (27). Esto va en desmedro del aprendizaje profundo, el cual tiene una relación inconfundible con la práctica reflexiva (64) y es más probable que ocurra cuando los individuos se involucran en la reflexión profunda, analítica o crítica (27). No obstante, frente a este aspecto, cabe destacar que por la naturaleza subjetiva del contenido de la reflexión, su evaluación se dificulta (62,65), siendo la presión académica un inhibidor de la reflexión honesta (34).

Existe cierto debate en la literatura sobre si la escritura reflexiva debe o no ser evaluada (34,65), así como si la práctica reflexiva es una actividad requerida (34). Esto se ve sustentado por la premisa de que un enfoque instrumental para las

actividades de reflexión conduce a la reflexión sin aprendizaje (66). No obstante, la evaluación de los escritos reflexivos permite enviar un mensaje claro a los estudiantes sobre lo que se considera relevante (17).

Encontramos que, en la mayoría de los casos de reflexión en la educación médica, los estudiantes se involucran en la reflexión de forma independiente a través de ejercicios de escritura. Las asignaciones escritas pueden ser seguidas por discusión o retroalimentación en un esfuerzo para facilitar el aprendizaje con y desde otros. Sin embargo, incluso cuando las actividades de reflexión abarcan discusiones en grupo y retroalimentación, el enfoque se centra en el desarrollo del yo expandiendo su propia base de conocimiento y capacidad interpretativa y ampliando la comprensión de ciertos temas. Se piensa que este enfoque interno e individual contribuye a la autoconciencia y automejora a través del análisis y comprensión de experiencias de aprendizaje específicas que enseñan conocimientos, habilidades y actitudes (34).

Un cuestionamiento importante referido en la literatura apunta a la integración de la práctica reflexiva en todo el currículo y no como enseñanza episódica (67). Al respecto, según un estudio realizado por Cadman et al (68), las percepciones acerca de las estrategias de enseñanza y aprendizaje utilizadas para desarrollar habilidades reflexivas diferían entre las opiniones de los docentes y estudiantes, no existiendo claridad en dónde esto efectivamente ocurre. Por su parte, Braine encontró hallazgos similares y enfatizó la importancia de no separar la reflexión del proceso de aprendizaje y explicitarla en el currículo actual (69).

Ward y Gracey concuerdan con los resultados encontrados, determinando que si bien la práctica reflexiva debía ser vista como una estrategia central de enseñanza, no existe consenso sobre los modelos de facilitación o enfoques de la evaluación (54).

Existe una incomodidad y escepticismo por parte de los estudiantes en relación con la evaluación de sus actividades reflexivas, cuestionando tanto su validez, confiabilidad y privacidad (6).

A pesar de estas inquietudes, la evaluación de la reflexión puede ser necesaria para muchos propósitos. La mayoría de las evaluaciones incorporan niveles de reflexión, basados en la profundidad en que esta ocurre, describiendo la reflexión superficial cuando sólo se describen los eventos y una reflexión más profunda cuando se vuelve atrás a los eventos y acciones desafiantes; y se cambian las creencias y perspectivas existentes. Este nivel más profundo es equivalente a cuando se produce el aprendizaje transformador (6).

A pesar de que los estudiantes valoran las oportunidades regulares y estructuradas de reflexión grupal por su contribución al aprendizaje y el vínculo teórico-práctico que implican, existen ciertos desafíos en relación con la incorporación de este tipo de actividades, los cuales incluyen (70):

- Mala asistencia a las sesiones de reflexión debido a la carga de trabajo del estudiante.
- Resistencia de los estudiantes a participar de las actividades reflexivas.
- La falta de preparación previa a las sesiones.

Una de las explicaciones que podríamos entregar a estos inconvenientes, es que la reflexión no es tan valorada como experiencias de aprendizaje práctico más concretas o tangibles (70). Sin embargo, es una actividad compleja que requiere habilidades de autoconciencia, análisis y pensamiento crítico (70,71).

Para mejorar estos desafíos se ha propuesto realizar las actividades de manera obligatoria, con actividades de evaluación formal. No obstante, tales consideraciones pueden inhibir la naturaleza personal y autoexploradora de la reflexión (71).

En relación con la importancia del entorno profesional y/o educativo para producir reflexión, la literatura sostiene que entornos abiertos y ambientes de confianza y respeto permiten tanto la reflexión como el crecimiento individual (51).

2.5 Aprendizaje reflexivo en el contexto clínico

El potencial de reflexión no puede ser realizado plenamente sin la ayuda y el apoyo de otra persona, siendo los pares y mentores posibles facilitadores del proceso reflexivo (6). Las experiencias más significativas que resultan en el mayor desafío y cambio están, generalmente, asociadas con la presencia de emociones fuertes; pudiendo tener diversas consecuencias, como el bloqueo de la observación de la experiencia de manera consciente o inconsciente o la renuencia a discutir la experiencia y considerar el cambio (6).

Frente a esto es clave la acción del docente facilitador, el cual puede proveer el ambiente de apoyo necesario para que el individuo pueda notar y dar sentido a su experiencia, realizando cuestionamiento sin prejuicios y aceptando las diferencias (6). Además, es relevante el entorno físico donde se desarrolle la discusión, el cual debe ser libre de interrupciones e íntimo (6). Según Fernsten y Fernsten (60), la práctica reflexiva puede ser efectivamente aprendida cuando los estudiantes están en un ambiente seguro y amable, y no son penalizados con calificaciones inferiores o recriminaciones.

Los estudiantes de pregrado y postgrado de las carreras del área de la salud, están continuamente asignados a diferentes contextos clínicos y comunitarios; en los cuales deben resolver problemas de la comunidad, realizar tareas y esforzarse por aprender de sus pares y mentores (72). A su vez, estos contextos pueden estar asociados a una fuerte carga emocional en relación con sucesos clínicos, que influirán indudablemente en su aprendizaje (73).

Según Lifshitz, el aprendizaje en clínica no obedece a las mismas estrategias que se utilizan en otras áreas del conocimiento, no lográndose a través de memorización o lectura (73). Esto implica que las actividades en el aula no siempre son suficientes, siendo difícil sistematizar las oportunidades de aprendizaje práctico, las cuales se adecuan a las demandas del servicio de salud pertinente, más que a la planificación educativa (74).

Con relación al ambiente de la práctica clínica, este tiene consecuencias importantes en la identidad profesional de los estudiantes, en donde su desarrollo implica la necesidad de modelos profesionales positivos (75). Además, un ambiente seguro y no amenazante permitirá proporcionar experiencias de aprendizaje que permitan fomentar una comprensión más profunda y significativa del entorno clínico (76). En este mismo sentido, según un estudio realizado por Dwyer, el personal podría contribuir a animar a la reflexión entregándoles mayor tiempo para reflexionar, mayor cantidad de retroalimentación y requiriendo que discutan sus experiencias clínicas con un compañero o colega (17). Según Aronson (8), otorgar una breve guía basada en la teoría de la reflexión, contribuye que los alumnos aprendan a reflexionar. El autor sugiere además que es importante entregar capacitación y tiempo al personal para entregar retroalimentación sobre sus reflexiones a los estudiantes.

En otro estudio realizado en Irlanda, en estudiantes de obstetricia que realizaron sesiones de reflexión grupal (70), se señaló que la confidencialidad y la libertad de hablar abiertamente contribuyó a mejorar el aprendizaje y entregar una experiencia enriquecedora en relación con el proceso reflexivo. Este estudio, además, confirma que los alumnos se sentían muy ocupados para asistir a las sesiones de reflexión, debido a la gran carga de trabajo y las responsabilidades que involucra la práctica clínica. Esto se encuentra en concordancia con las barreras comunes que se perciben en torno a la reflexión citadas en la literatura, las cuales incluyen: falta de tiempo, el personal y la resistencia a la reflexión de colegas o directores clínicos (77). Otro estudio señaló la cuestión del tiempo disponible como un impedimento para el aprendizaje reflexivo eficaz (11). Las presiones del tiempo disponible pueden llevar a que los estudiantes se vuelvan menos comprometidos, sobre todo cuando la demanda de trabajo y las expectativas de evaluación culminan hacia el final del año académico (11).

En relación con la enseñanza clínica, los estudiantes sostienen que existe una mayor retención de información cuando han recibido demostraciones prácticas y existe una vinculación efectiva entre la teoría y la práctica (41). De lo contrario, los estudiantes tendrán dificultades para la aplicación de la información y el conocimiento en un

contexto clínico (41). Los estudiantes consideran, además, que no existe suficiente tiempo para la reflexión dentro de los contextos clínicos y una falta de consistencia en la enseñanza en estos contextos, dada por su poca estandarización (41).

En relación con los tutores clínicos, los estudiantes valoran las estrategias de enseñanza y aprendizaje que les permitan relacionarse significativamente con el tema estudiado (41). Además, valoran la accesibilidad, competencia y habilidades comunicacionales como atributos esenciales de un buen docente clínico, frente al cual puedan presentar sus cuestionamientos sin sentirse intimidados (41).

En relación con la autopercepción de la competencia clínica, tanto la retroalimentación como el aprendizaje reflexivo han sido descritos como componentes válidos para mejorarla, lo cual se traduce en una mejora de su autoconfianza (78).

Estudios señalan que las experiencias sin reflexiones se traducen en el aprendizaje mecánico, las rutinas mecánicas y las prácticas impulsadas por protocolos (10,11,79). Por el contrario, los eventos complejos y emocionalmente cargados son fuertes desencadenantes de la reflexión, y son capaces de transformar la práctica (51,80).

En Odontología, la enseñanza y aprendizaje en la clínica se ha enfocado en los modelos de aprendizaje y la racionalidad técnica (28,30); centrándose en la enseñanza de conocimientos técnicos, procedimientos sistemáticos y entrega de protocolos (11). Este enfoque rara vez optimiza el aprendizaje, no fomentando la resolución de problemas, el pensamiento crítico y el aprendizaje autodirigido (29).

En relación a sus procesos de aprendizaje, un estudio realizado por Ashley y cols. (41) señaló que prefieren un enfoque de aprendizaje gradual y acumulativo, de manera de comprender los principios introductorios para ser capaces de construir su conocimiento. Además, valoran las aplicaciones prácticas de sus conocimientos, reconociendo la importancia del aprendizaje activo, pero valorando la guía del docente.

Con relación al aprendizaje clínico, los alumnos refieren que el paso de preclínico a clínica es abrupto, muchas veces no considerando los problemas que se producen con los pacientes (41). En la práctica del mundo real de la Odontología clínica, los problemas ambiguos y mal estructurados se presentan de manera frecuente, por lo que los estudiantes deben pasar de los problemas bien definidos en el entorno del aula a las situaciones más inciertas y mal definidas de la vida real, cuando se enfrentan a sus primeros encuentros con el cuidado clínico del paciente (17,81). Lo anterior se ve evidenciado también en relación con la atención odontológica en atención primaria, la cual es a menudo compleja y multifacética; siendo los procedimientos y técnicas sólo algunos de los atributos que debe poseer el profesional y la gestión de pacientes, planificación de tratamiento, trabajo colaborativo, habilidades de comunicación, y protocolos de buena praxis; requisitos fundamentales para la obtención de una Odontología eficaz y exitosa (37,82). Esto exige a los profesionales el desarrollo de habilidades de pensamiento reflexivo, de manera de ser capaces de resolver ese tipo de problemas (17,81), involucrándose en un proceso continuo de revisión del actuar y de los resultados clínicos de manera de planificar estrategias futuras con el fin de ofrecer la más alta calidad de atención (83). A pesar de esto, los escenarios convencionales de enseñanza clínica inusualmente ofrecen a los estudiantes el tiempo y la oportunidad suficientes para profundizar y analizar muchos de los desafíos frente a los cuales se ven enfrentados (84).

Dentro de los temas más apremiantes para los estudiantes, en relación con sus actividades clínicas según un estudio realizado por Wilson y Ayers (42), se encuentran los “pacientes difíciles”, seguido de la contradicción que existe entre los diferentes tutores clínicos. En relación con esto último, según este estudio, la exposición de los estudiantes de Odontología durante su formación a una amplia gama de tutores, implica una variedad de estilos de tutoría; existiendo algunos capaces de apoyar y respetar su trabajo, siendo conscientes de su etapa de formación y otros capaces de entregar devastadoras observaciones, incluso criticándolos en frente de sus pacientes o criticando a otros tutores en relación a los planes de tratamiento. Otros aspectos, también referidos frecuentemente por los

estudiantes en este artículo, son la infravaloración (belitment) o trato injusto del docente delante de otros, incluyendo a los pacientes, y las quejas y normas profesionales. Lo anterior, les permitió concluir que estos estudiantes no siempre reciben una buena enseñanza clínica, lo que afecta negativamente su capacidad de aprender y proporcionó evidencia sobre la importancia del currículo oculto en el aprendizaje clínico (42). Koole por su parte (62) menciona, además, el manejo de frustraciones y práctica de la Odontología como otros relevantes temas que surgen de las reflexiones de los estudiantes con relación al aprendizaje clínico; incluyendo la inseguridad, manejo de práctica en el futuro, miedos y proyección como profesional.

La teoría con relación al currículo oculto sugiere que una parte importante del aprendizaje de los estudiantes, está fuera del currículo formal. Por definición, éste corresponde a la infraestructura física y laboral de la organización del centro de salud académico que influye en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Por otra parte, está el curriculum informal, que refiere a la inmersión del estudiante en los procesos interpersonales; incluyendo la interacción entre estudiantes y docentes y con los pacientes y familiares (85). Una fuente de información relevante de estos tipos de curriculum son las narrativas reflexivas, pues permiten describir las interacciones de los estudiantes con los médicos, familiares y pacientes (85).

Según Jarvis (86), la práctica reflexiva es crucial para los dentistas, quienes se relacionan con personas individuales, que requieren que existan procesos reflexivos en lugar de realizar tareas de manera rutinaria.

A modo general, podemos decir que los estudiantes de Odontología que reflexionan sobre su práctica clínica pueden encontrar beneficios para su desarrollo (11), entre éstos encontramos:

- Las actividades de reflexión desafían suposiciones y estereotipos y les ayudan a tener una mayor preocupación por sus pacientes y una mayor conciencia de la complejidad de sus casos. Además, les entregan una mayor autoconciencia y autoconfianza y mejoras en sus habilidades comunicacionales, ayudándolos a comprometerse a prestar una atención de calidad (49).

- Les permite identificar áreas de debilidades y establecer metas de aprendizaje y luego seguirlas (11).
- Los alumnos tienden a concentrarse en sus deficiencias percibidas y emociones negativas, pero también les permite indicar sus fortalezas y características profesionales deseadas (87).
- La reflexión promueve el crecimiento moral y psicológico (59).
- El aprendizaje experiencial, junto con las reflexiones, pueden promover el aprendizaje profundo y construir la identidad profesional del estudiante (11).

A pesar del consenso sobre la reflexión como un atributo importante para los profesionales de la odontología, existe un vacío sobre las estrategias para ayudar a los estudiantes y los clínicos a desarrollar su capacidad de reflexión (62). La investigación futura debiese orientarse hacia la aplicación del aprendizaje o práctica reflexiva en la carrera de Odontología. Esto, debido al amplio consenso que existe sobre la importancia de la reflexión en la educación dental y la práctica diaria (62). Los esfuerzos debieran centrarse en el desarrollo de directrices prácticas, tanto para alumnos como profesionales, sobre cómo cultivar reflexiones relevantes, cómo integrar la reflexión con la práctica diaria y cómo utilizar estrategias de reflexión grupales como estrategia de mejora (62). El desarrollo y validación de estas nuevas estrategias que permitan promover la reflexión debe incluir enfoques cuali y cuantitativos de investigación, e incluir las percepciones de las partes interesadas, el análisis de las reflexiones y su impacto en el aprendizaje (62).



Capítulo III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 Estudios cuantitativos

Objetivo general:

Describir las prácticas reflexivas en relación a la enseñanza clínica en estudiantes de Odontología de una universidad tradicional chilena.

Objetivos específicos:

- Identificar los niveles de pensamiento reflexivo en estudiantes de Odontología.
- Caracterizar las prácticas reflexivas antes de una actividad clínica.
- Caracterizar las prácticas reflexivas durante una actividad clínica.
- Caracterizar las prácticas reflexivas después de una actividad clínica.
- Caracterizar las prácticas reflexivas según el nivel de pensamiento reflexivo.

3.2 Estudios cualitativos

Preguntas directrices:

- ¿Qué características posee la reflexión de los estudiantes antes, durante y después de las actividades clínicas?
- ¿Qué factores influyen o están involucrados en las prácticas reflexivas de los estudiantes en relación con sus actividades clínicas?
- ¿Cómo se caracterizan las prácticas reflexivas según el nivel de pensamiento reflexivo?

Supuestos de trabajo:

- Los estudiantes de Odontología rara vez reflexionan en relación a sus actividades clínicas.
- Los estudiantes asocian su falta de reflexión en mayor medida a factores externos y no a los internos.
- Las prácticas reflexivas de los estudiantes varían según el nivel de pensamiento reflexivo.





DISEÑO METODOLÓGICO

Capítulo IV. MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo mixto por combinación (88). El tipo de investigación principal fue de tipo cuantitativo y utilizó técnicas cualitativas para entregar una imagen más completa del fenómenos de interés, generando un vínculo metodológico entre ambos (88). Esta aproximación cualitativa hacia el objeto de estudio, se justifica debido a que la naturaleza subjetiva de la reflexión y el análisis creíble de ésta se dificulta utilizando métodos tradicionales de investigación cuantitativa (21). Además, la profesión Odontológica ha tardado en adoptar este tipo de investigación, demostrando una clara preferencia por los métodos cuantitativos. No obstante, actualmente su impacto es mayor, considerando los beneficios de este enfoque capaz de aportar datos ricos, detallados, significativos, atractivos y clínicamente relevantes (21). El diseño del estudio es no experimental de alcance descriptivo y corte transversal y el método cualitativo utilizado fue el estudio de casos.

El enfoque de estudio de caso utilizado tuvo el propósito de investigar la particularidad y unicidad del caso, concibiendo a éste como un enfoque en sí mismo, debido a que tiene una intención de investigación y un propósito metodológico propio (89). Este enfoque busca por esencia analizar e interpretar cómo piensan, sienten y actúan las personas (89); lo cual es coherente con los objetivos de investigación planteados, en donde se busca caracterizar las prácticas reflexivas de los estudiantes en distintos momentos de su estancia clínica.

4.1 Participantes

La población estuvo constituida por todos los alumnos regulares de cuarto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Concepción, cohorte 2017, que accedieron a participar de manera voluntaria en la investigación, previa firma de un consentimiento informado (Anexo 1).

La selección de los casos a estudiar se realizó considerando los siguientes criterios de elegibilidad:

i. Criterios de inclusión:

- Alumnos regulares de cuarto año de la carrera de Odontología.

ii. Criterios de exclusión:

- Alumnos que hayan estudiado alguna carrera previa.
- Alumnos que no hayan consentido participar en la investigación.
- Alumnos que hayan cursado asignaturas clínicas.

Se realizó un muestreo no probabilístico por accesibilidad o conveniencia, seleccionando aquellos casos accesibles que desearan ser incluidos en la investigación (90).

De un total de 67 alumnos de Odontología de la cohorte 2017, 33 accedieron a participar en la investigación. De éstos, 25 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión previamente mencionados, por lo que fueron analizados para el presente estudio. El tamaño muestral obtenido se asemeja al estimado en el proyecto de investigación inicialmente propuesto, en donde se esperaba cierta resistencia a las actividades reflexivas, con un porcentaje de participación cercano al 50% de los estudiantes.

De la muestra constituida por 25 estudiantes, un 76% correspondían al género femenino y un 24% al masculino. Las edades de los participantes oscilaban entre los 21 a 25 años, con un promedio de 22,69 años.

4.2 Técnicas o instrumentos de recolección de datos:

Inicialmente, se realizó la recolección de datos a través de un cuestionario sociodemográfico, de manera de caracterizar el perfil de los estudiantes. Se solicitaron antecedentes de los participantes en relación al género, edad, año de ingreso a la carrera, estudios previos, número de veces que ha cursado asignaturas clínicas, actividades extracurriculares, procedencia, estado civil e hijos (Anexo 2).

Para la obtención de datos cuantitativos, se utilizó el cuestionario reflexivo

desarrollado por Kember et al. (58) y adaptado por Tricio, Woolford, y Escudier (18) para ser utilizado con alumnos de Odontología (Anexo 2).

El cuestionario reflexivo estaba compuesto por 16 ítems y evaluaba cuantitativamente dos niveles de acción no reflectantes: (a) **acción habitual**: que corresponde a una respuesta aprendida previamente realizada de forma automática con poco pensamiento consciente; (b) **comprensión**: referido al aprendizaje cognitivo y lectura sin valoración, y dos niveles de acciones reflexivas; (c) **reflexión**: crítica activa, persistente y cuidadosa de las suposiciones sobre el contenido o proceso de solución de problemas; y (d) **reflexión crítica**: referida a darse cuenta de por qué percibimos, pensamos, sentimos o actuamos como lo hacemos. Todos estos criterios están basados en la conceptualización de Mezirow sobre los niveles de pensamiento reflexivo. Sus propiedades psicométricas y estructura factorial fueron probadas por Lethbridge et al. (91), utilizando análisis de factores de confirmación de segundo orden que demuestran soporte para la *validez de constructo* de las escalas del cuestionario. Posteriormente, se realizó la validación de la adaptación de Tricio, Woolford y Escudier (18) para ser utilizado con alumnos de Odontología. La publicación refirió una distribución normal de las respuestas del cuestionario de reflexión, exhibiendo un coeficiente de *confiabilidad interna* Alfa de Cronbach de 0.696 para la Acción Habitual, 0.711 para la Comprensión, 0.702 para la Reflexión y 0.712 para la Reflexión Crítica.

Su validación en Chile se llevó a cabo por el mismo investigador principal y se encuentra en proceso de revisión. Su autorización para utilizarlo en esta investigación fue entregada vía correo electrónico.

A través del instrumento, se les solicitó a los participantes que indicaran su nivel de concordancia con los 16 ítems de una escala de Likert de cinco puntos, que van desde: completamente de acuerdo (5), desacuerdo con alguna reserva (4), neutral (3), desacuerdo con alguna reserva (2), completamente en desacuerdo (1) (Anexo 3).

Ahora bien, cada una de las cuatro subescalas se midió por cuatro ítems contributivos y el puntaje del participante en cada una de estas dimensiones se

calculó sumando la puntuación de respuestas para cada uno de los cuatro ítems de cada escala. Por ende, cada participante recibió un puntaje que varía de un mínimo de 4 puntos (si está en desacuerdo en todas las categorías) a un máximo de 20 puntos. La acción habitual corresponde a los enunciados 1, 5, 9, 13; la comprensión a: 2, 6, 10, 14; reflexión a 3, 7, 11, 15; y reflexión crítica a 4, 8, 12, 16. Posteriormente, se categorizó según la propuesta teórica mencionada anteriormente, no existiendo una puntuación global, pues no es coherente con los fundamentos teóricos del desarrollo de las escalas (58). En consecuencia, cuanto mayor es el puntaje, más acuerdo con la participación en la dimensión particular que cada escala mide.

Para la obtención de datos cualitativos, se utilizó un cuestionario escrito que capturó las percepciones de los estudiantes sobre sus prácticas reflexivas antes y después de la acción. Este cuestionario fue adaptado del propuesto por Dwyer, Abbott y Boyd (17) para estudiantes de Odontología, el cual está basado en los marcos teóricos de Greenwood (6), Schön (2), Bourner (4), y Plack y Greenberg. Su adaptación se realizó para poder responder a las preguntas de investigación y fue revisado a través de un juicio de expertos (Anexo 2).

Por último, para el análisis cualitativo de las reflexiones de los estudiantes según el nivel de pensamiento reflexivo, se seleccionó al participante que obtuvo el mayor puntaje en cada una de las categorías reflexivas.

4.3 Procedimiento:

La investigación fue presentada a los participantes a través de una exposición oral, que se llevó a cabo al final de una clase magistral de la asignatura de Operatoria Dental I. Esta presentación contenía información sobre los objetivos de investigación y la metodología a utilizar. Durante ésta, se invitó a participar a todos los alumnos regulares de Odontología que cursaban el cuarto año de la carrera, haciéndoles entrega de un informativo seguido de un consentimiento informado. Este último consideraba la descripción de aspectos básicos de la investigación y alternativas de

acceso a la información de cada participante, en el caso de que sea solicitado. La recolección de la información se realizó durante las dos primeras semanas de diciembre del año 2017, pues los alumnos estaban finalizando sus asignaturas clínicas. Además, se envió a todos los estudiantes los cuestionarios vía correo electrónico para poder incluir a aquellos que no hubiesen asistido a la sesión o que privilegiaran ese formato. Para poder contactar a los estudiantes e informarles sus resultados, se les solicitó rellenaran una de las casillas con sus correos electrónicos. La intervención sólo contempló el abordaje de los sujetos en una instancia. Se finalizó la recolección de información a mediados de enero del 2018.

4.4 Análisis de los datos:

El procesamiento del cuestionario reflexivo adaptado por Tricio y cols. se realizó mediante estadística descriptiva, calculando la sumatoria de las subescalas con el paquete estadístico SPSS 21.0. Cada sujeto fue categorizado en el nivel de acción de la subescala que poseía el puntaje más cercano a 20. En caso de existir dos o más subescalas con igual puntaje, se consideró aquello de mayor capacidad reflexiva.

Para el plan de análisis cualitativo, se utilizó el análisis de contenido de las respuestas del cuestionario de preguntas abiertas, previamente validado a través de juicio de expertos.

Para esto, se utilizó lo propuesto por Medina (92), quien refiere que el análisis cualitativo está conformado de manera general por tres fases: segmentación y codificación de unidades de significado, identificación de los temas principales o núcleos temáticos emergentes, y por último, integración e interpretación de los resultados en vectores cualitativos.

La técnica de análisis de contenido está basada en la lectura, textual o visual, como instrumento de recogida de información. Al respecto, Krippendorff (93) la define como una técnica destinada a formular inferencias reproducibles, entendiendo esto como la similitud de los resultados si son analizados en un contexto similar.

El proceso analítico tiene ciertas fases que Bardín (94) ha delimitado como: *preanálisis*, en la cual se seleccionan los documentos que serán sometidos a análisis, delimitando las unidades de texto, análisis o codificación. En este punto se identificaron las categorías, que según Berelson (95) deben ser homogéneas, exhaustivas, exclusivas, objetivas y pertinentes; y la fase de *tratamiento e interpretación de los resultados obtenidos*, que corresponde a aquella en la cual se sintetiza y seleccionan los resultados, inferencias e interpretación (95).

4.5 Consideraciones éticas de la investigación:

El proyecto, previamente aprobado por docentes encargados del Departamento de Educación Médica, fue enviado al Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Concepción, quien otorgó la autorización para realizar la intervención (Anexo 3). Posterior a esto, el investigador principal realizó una presentación oral al decanato y autoridades de la Facultad, en instancias del Consejo de la Facultad, quienes entregaron el apoyo institucional y autorizaron su puesta en marcha.

Una vez concluido lo anterior, se solicitó a los participantes leer atentamente y firmar el formulario de consentimiento (Anexo1), donde se daba a conocer los objetivos del estudio y las condiciones de su participación. Se les garantizó la confidencialidad de la información y la voluntariedad de su cooperación, junto con la seguridad de que los resultados individuales no fueron ni serán procesados ni tampoco informados a terceras personas manteniendo el anonimato de los mismos.



Capítulo V. RESULTADOS

5.1 Resultados cuantitativos

5.1.1 Resultados cuestionario sociodemográfico

El cuestionario fue respondido por 33 estudiantes, dentro de los cuales 20 (60,6%) eran mujeres y 13 (39,4) hombres.

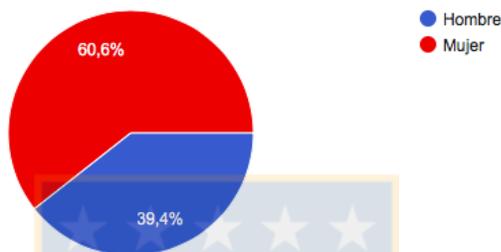


Figura 1. Distribución de los participantes según género. Fuente: Elaboración propia.

Sus edades oscilaban entre los 21 a 27 años, con una media de 22,69 años. En relación al estado civil, 33 (100%) de los alumnos declararon ser solteros y sin hijos. En cuanto a su origen, 21 (63,63%) de los estudiantes provenían de la provincia de Concepción y 12 (38,37%) de otras provincias.

Del total de alumnos que respondieron la encuesta, 28 (84,8%) cursaban por primera vez una carrera universitaria y 5 (15,2%) ya habían cursado carreras previamente. 28 (84,8%) de los estudiantes cursaban asignaturas clínicas por primera vez y 5 (15,2%) ya habían cursado asignaturas clínicas una vez antes.

En relación a sus preferencias, 19 (57,6%) de los alumnos no realizaban actividades extracurriculares y 14 (42,4%) sí las realizaban.

5.1.2 Cuestionario reflexivo de Kember et al. adaptado por Tricio, Woolford y Escudier para alumnos de Odontología

Del total de 33 alumnos que accedieron a participar de la investigación, 3 habían estudiado carreras previas (9,09%), 3 habían cursado asignaturas clínicas previamente (9,09%) y 2 (6,06%) habían estudiado una carrera previa; y además cursado asignaturas clínicas, previo a la encuesta, obteniéndose una muestra válida de 25 participantes. Sus edades oscilaban entre los 21 y 25 años, con una media de 22,2. Todos reportaron ser solteros y no tener hijos. En cuanto a su origen, 18 (72%) de los estudiantes provenían de la provincia de Concepción y 7 (28%) de otras provincias. En relación a sus preferencias, 7 (28%) de los alumnos sí realizaban actividades extracurriculares y 18 (72%) no las realizaban.

El procesamiento de los datos obtenidos del cuestionario de Kember et al. (58) se realizó calculando la sumatoria del puntaje obtenido a través de una escala Likert que va del 1 al 5, de los cuatro ítems contributivos a los dos niveles de acciones no reflectantes (acción habitual y comprensión) y dos niveles de acciones reflectantes (reflexión y reflexión crítica); obteniendo un puntaje mínimo por categoría de 4 puntos a un máximo de 20 puntos. La distribución de ítems contributivos según las categorías de nivel de pensamiento reflexivo quedó de la siguiente forma:

Tabla 1. Ítems contributivos de las subescalas del cuestionario.

Nivel de pensamiento reflexivo	Ítems contributivos
Acción Habitual	1, 5, 9, 13
Comprensión	2, 6, 10, 14
Reflexión	3, 7, 11, 15
Reflexión Crítica	4, 8, 12, 16

Fuente: Elaboración propia.

En relación a las categorías temáticas descritas previamente, la clasificación de los estudiantes de Odontología según los niveles de pensamiento reflexivo se distribuye de la siguiente forma:

Niveles de pensamiento reflexivo

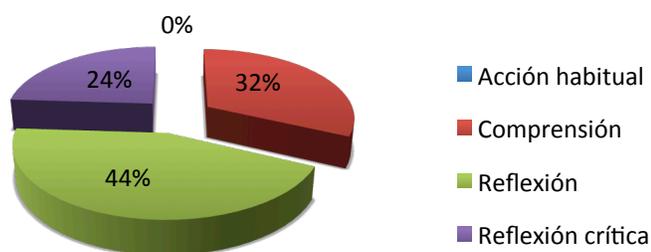


Figura 2. Categorización y distribución de los participantes según nivel de pensamiento reflexivo.

Fuente: Elaboración propia.

Existiendo un total de 0 (0%) alumnos en la categoría Acción habitual, 8 (32%) en Comprensión, 11 (44%) en Reflexión, y 6 (24%) en el nivel de Reflexión Crítica.

La distribución de los resultados obtenidos en el cuestionario de Kember et al. (58), se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las subescalas del cuestionario.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Acción Habitual	25	6,00	17,00	11,4200	3,15132
Comprensión	25	6,50	20,00	17,7400	2,83989
Reflexión	25	5,00	20,00	17,2000	3,14907
Reflexión Crítica	25	8,00	20,00	15,6600	2,57682
	25				

* Se observa una mayor puntuación en las categorías de comprensión y reflexión. Fuente: Elaboración propia.

El cuestionario refirió una distribución normal de las respuestas, exhibiendo coeficientes de *confiabilidad interna* Alfa de Cronbach como se observa a continuación:

Tabla 3. Estadísticos de confiabilidad: *Alfa de Cronbach* de los niveles de pensamiento reflexivo.

Niveles de pensamiento reflexivo	Estadísticos de fiabilidad: <i>Alfa de Cronbach</i>
Acción Habitual	0,707
Comprensión	0,836
Reflexión	0,904
Reflexión Crítica	0,660

Fuente: Elaboración propia.

5.2 Análisis cualitativo

Según lo propuesto por Medina (92), todo proceso de análisis cualitativo se conforma por lo general por tres fases: (a) segmentación y codificación de unidades de significado; (b) identificación de los temas principales o núcleos temáticos emergentes; y, por último, (c) integración e interpretación de los resultados en vectores cualitativos. De manera particular, la técnica de análisis de contenido se basa en la lectura, textual o visual como instrumento de recogida de información. A continuación, se presentan los 3 niveles de análisis propuestos por Medina realizados en una investigación cualitativa.

Nivel 1. Segmentación y codificación de unidades de significado

Se utilizó como criterio de segmentación los párrafos de texto para el análisis de las unidades de significado. A partir de la lectura de los documentos registrados, surgieron unidades de significado asociadas a las reflexiones de los estudiantes en relación a la enseñanza clínica. Estas unidades se agruparon en 60 códigos, de los cuales 60 pertenecían a las categorías teóricas: comprensión del estudiante sobre las propias habilidades para enfrentar la clínica, conceptualización del estudiante sobre el contexto clínico y comprensión del proceso de aprendizaje y estrategias de acción; sin presencia de unidades emergentes que necesitaran la formulación de nuevas categorías.

En la Tabla 4 se pueden observar las definiciones realizadas a los respectivos

códigos identificados.

Tabla 4. Definición de códigos.

Nombre del código	Abreviatura	Definición del código
Comunicación y relación con el paciente	CRP	Describe un adecuado diálogo y forma de relacionarse entre el estudiante y el paciente.
Empatía con el paciente y conformidad con el tratamiento entregado	EET	Implica que el estudiante realice sus acciones clínicas intentando comprender lo que el paciente siente y la conformidad del alumno frente al tratamiento clínico entregado.
Ejecución de acciones clínicas de baja y mediana complejidad	RABMC	Valoración del estudiante sobre su capacidad de realizar acciones de operatoria directa (restauraciones simples, sellantes), completación de ficha clínica, radiografías, higiene y profilaxis.
Ejecución de todo tipo de actividad clínica	RTAC	Valoración del estudiante sobre su capacidad de realizar acciones de todas las especialidades Odontológicas.
Resolución de problemas de salud oral	RPSO	Implica que el estudiante sea capaz de manejar y tratar a distintas personas con diferentes problemas de salud oral y dar respuesta a sus problemas.
Ejecución de acciones previamente realizadas en asignaturas previas	RAPE	Valoración del estudiante sobre su capacidad de realizar acciones previamente ejecutadas en las asignaturas de preclínico y diagnóstico integrado.
Diagnóstico y plan del tratamiento clínico	DPTC	Describe la habilidad del estudiante de realizar un diagnóstico y plan de tratamiento clínico odontológico.
Manejo de los conocimientos teóricos previo a las actividades clínicas	MCTP	Describe la comprensión y aprendizaje, por parte del estudiante, de los conocimientos teóricos necesarios para la realización de actividades clínicas, previo a que éstas se lleven a cabo.
Experiencia práctica previa	EPP	Describe el conjunto de experiencias prácticas que posee el alumno previo a la ejecución de sus actividades clínicas.
Afinidad con la asignatura	AA	Implica que el estudiante sienta atracción y afinidad en relación a la asignatura clínica a cursar.
Confianza en las propias habilidades	CPH	Describe la autoconfianza y seguridad del estudiante con respecto a sus virtudes y habilidades para enfrentar la clínica.
Capacidad de autocrítica y reconocimiento de errores	CARE	Describe la capacidad del estudiante de criticarse a si mismo y reconocer los errores cometidos durante su desempeño.
Aceptar críticas e implementar mejoras	ACIM	Describe la capacidad del estudiante de recibir y aceptar críticas, tanto positivas como negativas, de terceras personas e implementar mejoras en base a éstas.
Preocupación e interés por el trabajo entregado	PITE	Describe la aprehensión, interés y valor que le entrega al estudiante al tratamiento entregado.
Diferencias entre desempeño clínico en las distintas asignaturas	DDC	Describe cuando el estudiante considera que su desempeño esta condicionado dependiendo la asignatura a la cual se vea enfrentado.
Conformidad frente al desempeño clínico	CFDC	Describe la conformidad que siente el estudiante frente al desempeño demostrado en sus actividades clínicas.
Mejoras en el desempeño y experiencia clínica	MDEC	Describe la relación que existe entre el mejoramiento del desempeño del estudiante, producto de la obtención de experiencia clínica y mayor tiempo tratando con pacientes.
Falta de constancia en el desempeño clínico	FCDC	Describe el desempeño regular del estudiante o la falta de constancia de éste, en relación a sus actividades clínicas.
Expectativas frente al trabajo clínico	ETC	Describe qué es lo que el alumno cree que será capaz de hacer en el contexto clínico antes de realizarlo.
Disposición a dificultades asociadas al trabajo clínico	DAATC	Describe la predisposición del estudiante a contextos adversos relacionados con el ambiente clínico.

Disposición positiva hacia el trabajo clínico.	DPTC	Implica que el estudiante piense que será capaz de lograr éxito en sus actividades clínicas.
Dificultad en la aplicación de los contenidos teóricos a la práctica	DACT	Describe la dificultad en la transferencia y aplicación de lo aprendido en el aula al contexto clínico.
Falta de preparación teórica previo a la sesión clínica	FPTP	Describe la insuficiencia en el manejo o preparación de los contenidos teóricos previo a las sesiones clínicas.
Conocimiento teórico y seguridad en el trabajo clínico	CTST	Describe el rol del conocimiento teórico como agente determinante en la seguridad y confianza en el desempeño clínico.
Conocimiento teórico y comprensión de las prácticas clínicas	CTCP	Describe el rol del conocimiento teórico como agente determinante para comprender los procesos y acciones a realizar durante las actividades clínicas.
Falta de experiencia técnica y errores clínicos procedimentales.	FETEC	Implica que el estudiante piense que no es capaz de realizar las acciones clínicas de manera adecuada o cometer errores en los procedimientos clínicos.
Incertidumbre asociada al trabajo clínico	IATC	Describe la incertidumbre que presenta el estudiante al enfrentarse a contextos clínicos en donde no tiene claridad sobre lo que debe realizar y la forma en que debe hacerlo.
Cumplimiento de los plazos clínicos preestablecidos	CPCP	Describe la preocupación del estudiante por el cumplimiento del programa académico dentro de los plazos preestablecidos al comienzo de la asignatura.
Infraestructura asociada a la clínica	IAC	Describe las condiciones de mantenimiento del box dental y laboratorios colindantes a la clínica, que afectan el desempeño de los estudiantes.
Ambiente educativo y factores personales	AEFP	Describe el ambiente educativo y factores personales que influyen en el desempeño de los estudiantes.
Estrés y sobrecarga académica	ESA	Describe el estrés frente al cual están sometidos los estudiantes durante sus actividades clínicas y la sobrecarga académica, como factores determinantes en el desempeño clínico.
Falta de compromiso de los pacientes en el contexto clínico	FCPCC	Describe la falta de compromiso e irresponsabilidad de los pacientes en relación a su tratamiento clínico.
Respuesta del paciente	RP	Describe como responde el paciente frente al tratamiento Odontológico.
Incumplimiento de las expectativas del paciente	IEP	Implica que el alumno no sea capaz de responder a las ambiciones o necesidades del paciente a través del tratamiento otorgado.
Provocar molestias o daño al paciente	PMDP	Contempla la preocupación del estudiante de producir un daño o perjuicio al paciente, el cual va desde las molestias propias asociadas a un tratamiento Odontológico, hasta la provocación de iatrogenia por parte del operador.
Aprehensión frente al trato y actitud del docente	ATAD	Describe el resquemor y prejuicios del alumno frente a la actitud y trato del docente en el contexto clínico.
Necesidad de empatía por parte del docente	NED	Describe la necesidad del estudiante de empatía por parte de su docente clínico, debido la incertidumbre que genera el enfrentamiento al contexto clínico.
Rol del tutor sobre la seguridad y confianza del estudiante	RTSC	Valoración del estudiante sobre el impacto del rol del tutor clínico sobre su seguridad y confianza en el desempeño clínico.
Rol del tutor sobre la motivación	RTM	Valoración del estudiante sobre el impacto del rol del tutor clínico sobre su motivación.
Relación tutor-éxito en el desempeño clínico	RTE	Valoración del estudiante sobre la relación que existe entre las características del tutor y el éxito en el desempeño clínico.

Impacto negativo del tutor		Valoración negativa del estudiante sobre el rol del tutor en el aprendizaje clínico.
Inseguridad y miedo a cometer errores	IMCE	Describe la inseguridad y el temor del estudiante a equivocarse al realizar sus actividades clínicas y las consecuencias que esto pudiera ocasionar.
Influencia de las emociones sobre la motivación clínica	IESM	Describe la influencia de los factores emocionales sobre la motivación para realizar las actividades clínicas.
Rol de las emociones sobre el desempeño clínico	RESD	Describe la influencia de los factores emocionales sobre el desempeño clínico del estudiante.
Impacto negativo de las emociones sobre el desempeño	INED	Describe la influencia negativa de los factores emocionales sobre el desempeño clínico del estudiante.
Control de emociones asociadas al trabajo clínico	CEATC	Describe el manejo y control de emociones como el miedo, ansiedad y angustia y/o emociones de distinta índole, producidas frente al trabajo clínico.
Ideas preconcebidas respecto a las formas de aprender en la clínica	IPRFA	Percepción e ideas del estudiante sobre las formas de aprender en clínica previo a su ingreso.
Conceptualización de la clínica como instancia de aprendizaje	CCIA	Valoración de la instancia clínica como una oportunidad de aprendizaje.
Solicitar guía u orientación a terceros	SGOT	Implica la búsqueda por parte del estudiante, de consejos de terceras personas en relación a la clínica, de manera de obtener su experiencia en el contexto clínico.
Guía y apoyo del docente clínico	GAD	Describe la disposición del docente clínico como guía del aprendizaje, capaz de ayudar y enseñar a sus estudiantes.
Retroalimentación y consejos del tutor clínico	RTC	Describe la información que entrega el tutor al estudiante sobre su desempeño clínico, en relación a las expectativas que se espera lograr y la resolución de dudas y consejos prácticos por parte de éste.
Relación y confianza con el docente	RCT	Describe la formación de una buena relación y comunicación del estudiante con el docente clínico.
Didáctica en el aula	DA	Necesidad de utilización de recursos didácticos como parte del proceso de enseñanza aprendizaje de la teoría.
Valoración del orden y planificación de las actividades clínicas	VOPAC	Describe la valoración por parte del estudiante sobre el orden del box y de los materiales, la planificación y organización de las sesiones clínicas y la claridad de los contenidos y acciones prácticas a realizar.
Dominio de los conocimientos teóricos	DCT	Valoración del estudiante sobre la relevancia de manejar los conocimientos teóricos durante el desarrollo de las actividades clínicas.
Realizar otras actividades manuales	ROAM	Realización de otro tipo de actividades que involucren destrezas motoras.
Adecuada selección de pacientes	ASP	Describe la adecuada selección de pacientes por parte del estudiante, para ser atendidos en el contexto clínico.
Desarrollo de habilidades blandas	DHB	Describe el desarrollo de habilidades blandas por parte del estudiante en el contexto clínico.
Rapidez en la realización de actividades clínicas	RSAC	Describe la optimización del tiempo durante las sesiones y la rapidez al inicio y durante el desarrollo de las actividades clínicas.
Responsabilidad del estudiante	RS	Describe la puntualidad y responsabilidad del estudiante en el contexto clínico.

Fuente: Elaboración propia.

Del total de códigos conceptuales que emergieron en la recolección de datos, se agruparon aquellos que lograron responder de forma pertinente a los objetivos del estudio.

De manera particular, se obtuvieron las frecuencias individuales de las unidades de significado, los cuales se pueden observar en la Tabla 5. En general, los participantes refieren una alta frecuencia en: valoración del orden y planificación de las actividades clínicas, guía y apoyo del docente clínico, y dominio de los conocimientos teóricos.

Tabla 5. Base de datos unidades de significado.

Unidades de significado	Total
Comunicación y relación con el paciente	12
Empatía con el paciente y conformidad con el tratamiento entregado	5
Ejecución de acciones clínicas de baja y mediana complejidad	13
Ejecución de todo tipo de actividad clínica	7
Resolución de problemas de salud oral	1
Ejecución de acciones previamente realizadas en asignaturas previas	3
Diagnóstico y plan del tratamiento clínico	1
Manejo de los conocimientos teóricos previo a las actividades clínicas.	19
Experiencia práctica previa	2
Afinidad con la asignatura	1
Confianza en las propias habilidades	9
Capacidad de autocritica y reconocimiento de errores	4
Aceptar críticas e implementar mejoras	1
Preocupación e interés por el trabajo entregado	3
Diferencias entre desempeño clínico en las distintas asignaturas	2
Conformidad frente al desempeño clínico	12
Mejoras en el desempeño y experiencia clínica	16
Falta de constancia en el desempeño clínico	3
Expectativas frente al trabajo clínico	11
Disposición a dificultades asociadas al trabajo clínico	5
Disposición positiva hacia el trabajo clínico.	2
Dificultad en la aplicación de los contenidos teóricos a la práctica	5
Falta de preparación teórica previo a la sesión clínica	3
Conocimiento teórico y seguridad en el trabajo clínico	13
Conocimiento teórico y comprensión de las prácticas clínicas	10

Falta de experiencia técnica y errores clínicos procedimentales.	7
Incertidumbre asociada al trabajo clínico	3
Cumplimiento de los plazos clínicos preestablecidos	7
Infraestructura asociada a la clínica	3
Ambiente educativo y factores personales	3
Estrés y sobrecarga académica	8
Falta de compromiso de los pacientes en el contexto clínico	24
Respuesta del paciente	2
Incumplimiento de las expectativas del paciente	1
Provocar molestias o daño al paciente	5
Aprehensión frente al trato y actitud del docente	5
Necesidad de empatía por parte del docente	1
Rol del tutor sobre la seguridad y confianza del estudiante	5
Rol del tutor sobre la motivación	6
Relación tutor-éxito en el desempeño clínico	8
Impacto negativo del tutor	1
Inseguridad y miedo a cometer errores	5
Influencia de las emociones sobre la motivación clínica	2
Rol de las emociones sobre el desempeño clínico	11
Impacto negativo de las emociones sobre el desempeño	9
Control de emociones asociadas al trabajo clínico	19
Ideas preconcebidas respecto a las formas de aprender en la clínica	2
Conceptualización de la clínica como instancia de aprendizaje	4
Solicitar guía u orientación a terceros	5
Guía y apoyo del docente clínico	25
Retroalimentación y consejos del tutor clínico	10
Relación y confianza con el docente	6
Didáctica en el aula	1
Valoración del orden y planificación de las actividades clínicas	33
Dominio de los conocimientos teóricos	23
Realizar otras actividades manuales	1
Adecuada selección de pacientes	1
Desarrollo de habilidades blandas	1
Rapidez en la realización de actividades clínicas	17
Responsabilidad del estudiante	4

Fuente: Elaboración propia.

A partir de la predominancia de códigos observados, se decidió escoger aquellos que tributarán específicamente al objeto de estudio asociado a las prácticas reflexivas en relación a la enseñanza clínica; o bien los que tuvieran más o menos frecuencia de códigos. Además, se dejaron algunos con baja frecuencia, pero que se consideraron de importancia teórica.

Nivel 2. Identificación de los núcleos temáticos

El segundo nivel de análisis lo constituye un proceso de integración de las unidades de significado antes presentadas. De esta forma, se agruparon los códigos en categorías de análisis considerando las características distintivas de cada una de ellas. Para el logro de esto, se analizó el significado de cada unidad textual y se relacionó con las categorías de análisis predefinidas en el marco referencial.

En relación a esto, se conformaron 3 categorías de análisis que permiten ofrecer una aproximación comprensiva de la reflexión de los estudiantes en relación a su aprendizaje clínico:

- 1. Comprensión del estudiante sobre sus propias habilidades para enfrentar la clínica** (*Comprensión del yo*).
- 2. Conceptualización del estudiante sobre el contexto clínico** (*Comprensión de la situación*).
- 3. Comprensión del proceso de aprendizaje y estrategias de acción** (*Estrategias de acción*).

De esta forma, considerando los códigos descritos y conforme a los objetivos del presente estudio, se propone la siguiente clasificación de categorías y subcategorías en la Tabla 6.

Tabla 6. Categorías y subcategorías.

Categorías	Subcategorías
<p>1. Comprensión del estudiante sobre sus propias habilidades para enfrentar la clínica <i>(Comprensión del yo)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de habilidades sociales en el contexto clínico 2. Realización de procedimientos y acciones clínicas 3. Factores que brindan seguridad o confianza en relación al desempeño clínico 4. Habilidades de reflexión sobre el propio desempeño. 5. Autopercepción sobre el propio desempeño
<p>2. Conceptualización del estudiante sobre el contexto clínico <i>(Comprensión de la situación)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Predisposición del alumno hacia el contexto clínico 7. Influencia de los conocimientos teóricos sobre la práctica clínica 8. Dificultades percibidas en relación a las actividades prácticas 9. Factores relacionados con el paciente en el contexto clínico 10. Factores emocionales implicados en el contexto clínico.
<p>3. Comprensión del proceso de aprendizaje y estrategias de acción <i>(Estrategias de acción)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 11. Predisposición del alumno hacia el aprendizaje clínico 12. Aspectos relevantes para el aprendizaje clínico identificados por los estudiantes 13. Formas de mejorar la práctica clínica identificadas por los estudiantes.

Fuente: Elaboración propia.

Nivel 3. Integración e interpretación de los resultados

5.2.1 Comprensión del estudiante sobre sus propias habilidades para enfrentar la clínica (Comprensión del yo)

5.2.1.1 Desarrollo de habilidades sociales en el contexto clínico

Los participantes señalan el desarrollo de habilidades sociales/blandas como una característica relevante que debe poseer el estudiante para enfrentarse al contexto clínico. Al respecto, describen aspectos como la empatía con el paciente y comunicación y trato con el mismo, dándole importancia a la necesidad de forjar una relación óptima con éstos. Además, los estudiantes se refieren a la importancia de otorgar una atención de calidad y poseer conformidad con el tratamiento entregado.

“Tener empatía con el paciente, realizar mis acciones lo más correcto posible y si fallaba repetirlo para que quedara bien para que el paciente quede feliz con el trabajo realizado más que por la nota” [P4].

“Los pacientes, tener una buena relación con ellos es súper importante” [P8].

5.2.1.2 Realización de procedimientos y acciones clínicas

Previo al desarrollo de actividades clínicas, los estudiantes sienten en mayor medida que serán capaces de realizar acciones clínicas de baja y mediana complejidad, y aquellas aprendidas previamente en asignaturas anteriores como preclínico o diagnóstico integrado:

“Realizar fases de higienización y restauraciones simples directas” [P26], “Operatoria y rehabilitación básica” [P15].

“Las acciones básicas que nos fueron enseñadas en ramos anteriores (preclínico, diagnóstico integrado)” [P14].

No obstante, un porcentaje de los estudiantes se considera preparado para realizar todo tipo de actividades clínicas:

“Creía que podría realizar diagnóstico de algunas patologías, tratamiento de operatoria, endodoncia, prótesis fija y profilaxis dental” [P24]; Los requisitos que me piden en la asignatura sin ningún problema” [P32].

5.2.1.3 Factores que brindan seguridad o confianza en relación al desempeño clínico

Los estudiantes consideran que el manejo de los conocimientos teóricos, previo a las sesiones clínicas, es el factor más relevante para tener seguridad y confianza en relación a su desempeño.

“Que había estudiado la materia, al conocer los pasos que debía realizar, me ayudaba a anticiparme a los materiales que debiera tener y a las acciones que debía realizar” [P2].

“El conocimiento de lo que estoy haciendo, prepararme antes con las materias de clase o a través de un libro” [P26].

El segundo factor mencionado corresponde a la confianza en las propias habilidades. Al respecto, consideran que confiar en sí mismos y en sus conocimientos y habilidades es un factor clave para fomentar su seguridad y confianza en el trabajo posterior.

“Estaba confiada en mis capacidades, organización y amor a la carrera, además de ganas de comenzar a trabajar con pacientes” [P4].

“Confiar en mis capacidades y en la ayuda del docente si es que fuera necesario” [P34].

“Confiar más en mí y en mis conocimientos” [P27].

5.2.1.4 Habilidades de reflexión sobre el propio desempeño

Los participantes señalaron que posterior al aprendizaje clínico fueron capaces de desarrollar autocrítica y reconocimiento de errores cometidos, además de aceptar críticas de terceros e implementar mejoras en base a esto.

“Tomar más atención a las críticas tanto positivas como negativas e implementar mejoras en base a esto. No desmotivarme tanto si algo falla porque es parte de la carrera” [P15].

Esta reflexión sobre el propio trabajo se ve desencadenada, en gran medida, por la preocupación que existe por el paciente y por la calidad con el tratamiento entregado.

“Ser preocupada y tener interés en lo que estaba haciendo, lo que generaba que me esforzara para que las cosas quedaran bien hechas” [P25].

“Siento que hice siempre mi trabajo con el objetivo de que fuera lo mejor para mis pacientes, de la manera más ética posible [P14].

5.2.1.5 Autopercepción sobre el propio desempeño

En relación a las expectativas del estudiante previo al desarrollo de actividades clínicas, en su mayoría los alumnos creen que serán capaces de realizar los tratamientos propuestos y esperan mejorar su seguridad, eficiencia y aplicar lo aprendido.

“Poder realizar acciones de una manera más segura de implementar lo que aprendamos, pensé que sería más rápida” [P2].

“Mis expectativas antes de comenzar las actividades clínicas era lograr realizar los tratamientos clínicos propuestos de manera eficiente y responsable, logrando cumplir en su mayoría con las expectativas de los pacientes” [P32].

Además, esperan ir mejorando sus tratamientos gracias a la adquisición de nuevas capacidades y habilidades clínicas.

“Realizar distintos tratamientos en un tiempo corto a mediano. Ir mejorando y adquiriendo capacidades nuevas durante el año” [P20].

“Lograr desarrollar una habilidad clínica que me permitiera llevar a cabo acciones de manera correcta y en menor tiempo” [P22].

En relación al propio desempeño demostrado en el desarrollo de sus actividades clínicas, los alumnos en su mayoría, están conformes con éste y el tratamiento entregado a sus pacientes.

“Considero que mi desempeño clínico fue bueno, pues logré terminar los tratamientos con éxito y reconocimiento por parte de mis pacientes, los cuales mostraron conformidad con los resultados” [P32].

Sin embargo, consideran que sentirse conformes con su desempeño implicó sobrellevar ciertas dificultades, inseguridades y miedos al comienzo; pero a medida que fueron adquiriendo mayores destrezas y mayor experiencia con pacientes que fueron dando a través del paso del tiempo y la práctica, pudieron lograr las metas propuestas.

“Al principio con cierta dificultad e inseguridad, pero a medida que pasó el tiempo ya con mayor destreza y seguridad de lo que hacía” [P26].

“Al principio tuve mucho miedo, porque ya no estaba tratando a un fantoma, si no que a una persona. Comencé muy lento y con mucho cuidado, con el paso del tiempo ya comencé a tomar confianza y ya todo lo hacía más rápido” [P8].

“Mi comienzo fue muy lento, perdía el tiempo en cosas que hoy considero tontas, pero con el tiempo aprendí a realizar las actividades en forma más efectivas” [P12].

Existen tres participantes que consideraron que su desempeño fue regular o inestable a lo largo del tiempo, no pudiendo considerarlos dentro del código de conformidad con el desempeño entregado.

“Considero que me desarrollé de una manera correcta, quizás en momentos del año el cansancio y la sobrecarga de trabajos me hicieron ser más lento y la falta de tiempo no me facilitó prepararme para cada sesión y estar más seguro” [P20].

“Más o menos, pues considero que en algunas cosas me demoraba más de lo debido” [P17].

Dos de los estudiantes consideran que su desempeño fue distinto dependiendo de la asignatura frente a la cual estaban trabajando:

“En algunas clínicas bien, se me facilitó mucho el trato con pacientes, en otras clínicas no me fue muy bien, me sentí muy insegura y faltaba a menudo porque no sabía si mis acciones eran correctas, aunque yo pensaba en el fondo que podría” [P2].

“Bien, considero que en todos los ramos tuve un buen desempeño clínico, excepto prótesis fija, el cual es un ramo demasiado estresante sobre todo por parte de los docentes que lo ejercen” [P11].

5.2.2 Conceptualización del estudiante sobre el contexto clínico (Comprensión de la situación)

5.2.2.1 Predisposición del alumno hacia el contexto clínico

En mayor medida, los estudiantes consideran el contexto clínico como algo de gran dificultad y responsabilidad, dándole énfasis a la dificultad que implica la atención de pacientes en un contexto real:

“Pensé que me costaría mucho más el tema de tener un paciente real, la saliva, cómo colocar el espejo, la sensibilidad, etc.” [P7].

“Lo veía algo de gran dificultad y responsabilidad” [P26].

A pesar de estas dificultades, los estudiantes creen que con el paso del tiempo podrían solucionar dichos inconvenientes.

“Creía que sería difícil y que me costaría desenvolverme, pero que con el tiempo lo solucionaría” [P19].

“Creía que sería complicado al principio pero que después con el pasar de las sesiones podría ‘soltar la mano’” [P12].

En relación al trabajo clínico propiamente tal, la incertidumbre asociada a este tipo de escenarios es un aspecto mencionado por los alumnos, en donde en ocasiones el desconocimiento de este tipo de contextos dificulta su capacidad de desenvolverse.

“No saber lo que estaba haciendo o enfrentándome” [P13].

5.2.2.2 Influencia de los conocimientos teóricos sobre la práctica clínica

Los estudiantes consideran fundamental el conocimiento teórico que da sustento a las actividades prácticas. Al respecto, mencionan que su influencia radica en dos aspectos principales. El primero, es en darles seguridad y confianza al momento de desempeñarse, de manera de realizar las acciones de forma eficaz y segura:

“El conocimiento teórico fue fundamental para sentir confianza a la hora de hacer cosas que uno nunca ha hecho antes. La base teórica apoya todo lo que uno hace y responde las dudas que vayan surgiendo, ya que ninguna acción es igual a otra, ni tampoco son exactamente como

se plantean en la literatura” [P20].

“A mí me ayudó sobre todo para tener mayor seguridad al momento de realizar las actividades clínicas, encuentro que sin saber la teoría previamente se complica la realización de la parte clínica” [P29].

“Fue esencial para el desempeño de mis actividades clínicas. Si bien es cierto el conocimiento teórico no es suficiente para desarrollar una determinada acción clínica, es fundamental para tener un respaldo científico de lo que va a realizarse, y poder realizarlo de la forma más eficaz y segura posible” [P32].

El segundo, radica en la mayor comprensión de los procesos que guían las actividades clínicas, que incluye la correcta elección y uso de materiales y técnicas de trabajo; y la mayor comprensión de las actividades prácticas a realizar.

“Me ayudó a saber que materiales usar, cuándo, cómo y por qué ayudó a mejorar y buscar nuevas técnicas de trabajo o resolver problemas que se presentaban” [P3].

“Ayudo bastante ya que podía comprender lo que estaba realizando de mejor manera y por qué lo estaba haciendo” [P16].

A pesar de su enorme utilidad, los estudiantes consideran que existe dificultad en la aplicación de éstos a la práctica, debido a la disimilitud de lo que se observa en la realidad.

“Principalmente era que no sabía cómo aplicar en clínica lo que había estudiado, debido a que lo teórico muchas veces no se ajustaba a lo que veía en la realidad” [P2].

“Al revisar la literatura sobre la acción a realizar como preparación antes de clínica aparecían contradicciones entre fuentes, por lo que había que elegir en cual confiar” [P20].

La falta de preparación teórica debido a esto, o a la preparación insuficiente por parte del estudiante, es un aspecto de preocupación del estudiante previo al desarrollo de sus actividades clínicas.

“No saber bien lo que tenía que hacer, ya sea porque no estudié mucho o porque en clases no lo entendí” [P8].

5.2.2.3 Dificultades percibidas en relación a las actividades prácticas

El estrés y la sobrecarga académica son la principal dificultad percibida por los estudiantes en relación a sus actividades prácticas. Al respecto, mencionan la falta de tiempo libre para realizar otras actividades no académicas, lo cual se atribuye a las extensas jornadas clínicas, que incluyen jornadas vespertinas. La importante carga horaria y la falta de tiempo para realizar otro tipo de actividades les provoca estrés y cansancio, que influyen de manera significativa en su desempeño.

“También las extensas jornadas clínicas, obviamente uno en la mañana o en la tarde trabaja mejor y con más ganas, y en el vespertino lo único que uno quiere es irse” [P8].

“El estrés de tener pacientes no responsables, problemas personales, falta de tiempo para hacer otras actividades además de estar en la universidad” [P14].

“El cansancio y no tener tiempo para descansar, el que los pacientes no son tan cumplidores como prometen a principio de año, pudiendo haber sido mejor mi desempeño” [P16].

“La falta de tiempo para hacer otras actividades como hacer deporte o viajar a mi casa o perder algunas situaciones para ver amigos por priorizar horarios de trabajo extra, pero lo que más me influyó fue la falta de tiempo para hacer deporte” [P4].

Los estudiantes consideran además como otras dificultades asociadas a las actividades prácticas, la posibilidad de cometer errores clínicos operacionales, asociados a su falta de experiencia en este tipo de actividades:

“En un comienzo tenía miedo de poder eliminar mucho tejido dentinario en lo que es operatoria, pero siempre existe la preocupación de poder “echarse” el diente sobre todo en endodoncia y prótesis fija” [P11].

Otra preocupación corresponde al cumplimiento de los plazos clínicos preestablecidos, que involucra la finalización de los requisitos clínicos como parte del programa de asignatura:

“Cumplir todos los requisitos que se me pedían” [P27]; “Cumplir plazos” [P3].

En menor medida, los estudiantes relatan dificultades asociadas a la infraestructura donde se desempeñan y factores personales, como es el caso del estado de salud

del estudiante u otros factores externos, que incluyen el entorno del estudiante y el ambiente educativo:

“El ambiente dentro de la clínica” [P24].

“Problemas en mi entorno, miedo a equivocarme hacia que no avanzara demasiado” [P27].

“El box algunas veces por falla de mantenimiento” [P7].

“El buen funcionamiento de los laboratorios. Los materiales disponibles en las clínicas incluido el estado de los sillones dentales” [P35].

5.2.2.4 Factores relacionados con el paciente en el contexto clínico

Existen dos aspectos que producen preocupación de los estudiantes con respecto a la atención de pacientes en el contexto clínico. El primero, tiene que ver con la posibilidad de provocarles algún daño o perjuicio:

“El no lograr desarrollar acciones clínicas de manera adecuada o causar un daño/perjuicio a un paciente” [P22].

“El hacer algo que perjudicara a mi paciente” [P24].

El segundo, tiene que ver con la preocupación de los estudiantes, con respecto a su desempeño, ante la irresponsabilidad de sus pacientes y falta de compromiso y colaboración en relación al tratamiento.

“La falta de compromiso que podían llegar a tener algunos pacientes. El cansancio y no tener tiempo para descansar, el que los pacientes no son tan cumplidores como prometen a principio de año, pudiendo haber sido mejor mi desempeño” [P16].

“El poco compromiso de mis pacientes a las diversas clínicas, que faltaran mucho me desmotivaba” [P17].

“Los pacientes que muchas veces no responden o fallan” [P20].

5.2.2.5 Factores emocionales implicados en el contexto clínico

Los estudiantes señalan que las emociones son parte de su quehacer clínico. Al respecto, los alumnos mencionan que el contacto con este tipo de contextos requiere el control de emociones asociadas a éstos como parte de los requisitos para lograr los objetivos propuestos. Dentro de estas emociones mencionan el control de la ansiedad, angustia y frustración.

“Aprender a controlar la ansiedad, la angustia y poder actuar frente a la presión tomando decisiones con la cabeza fría” [P2].

“La tolerancia a la frustración” [P33].

El principal factor emocional, mencionado por los estudiantes, se relaciona con el miedo que les produce la aproximación a este tipo de escenarios frente a los cuales no se han visto enfrentados con anterioridad. Este miedo se produce principalmente por la inseguridad de trabajar en un entorno desconocido, en donde se pasa abruptamente del trabajo con simuladores hacia los pacientes y por la posibilidad de cometer errores que pudiesen ser sancionados por el docente.

“Equivocarme o que el docente a cargo encontrase malo lo que estoy haciendo” [P27].

“El miedo de estar trabajando con pacientes y poder cometer algún error en ellos, debido que todas las acciones prácticas que habíamos realizado antes sólo eran en fantomas y el cambio a pacientes era muy radical” [P29].

“Equivocarme al realizar algo, y que me fueran a retar” [P14].

“Empezar a trabajar desde el primer día sin tener miedo (como nos ocurre a la mayoría) ya que siempre estamos supervisados” [P16].

Ahora bien, con respecto al rol de las emociones en relación al desempeño clínico, los estudiantes señalan que existe una relación entre ambos factores, siendo los factores externos el estrés o aspectos de la vida personal, capaces de influir sobre su desempeño.

“A pesar de que traté de ser lo más segura y siempre igual, las emociones influyen en tu concentración influyendo en tu desempeño clínico” [P3].

“También alto, ya que a veces estar preocupado o estresado por otras clínicas, certámenes o vida personal condicionaban mucho cómo la postura frente a ciertas actividades, pero en lo

personal pude manejarlo bien durante la mayoría del año” [P4].

“Tienen un impacto fundamental a largo plazo, ya que es un año completo de clínica y muchas cosas cambian. Existen muchos factores externos a la clínica que influyen y son aún más gravitantes cuando las cosas no salen como uno espera” [P20].

Un porcentaje importante de los estudiantes señala que el impacto de estos factores es negativo. Lo anterior, se ve evidenciado principalmente por los altos niveles de estrés frente a los cuales se ven sometidos, que pueden actuar como detonantes de resultados desfavorables en el desempeño clínico.

“Fue un impacto negativo, ya que desde el segundo semestre aproximadamente he tenido mucho estrés y agotamiento en las clínicas y más aún ahora a fin de año” [P16].

“Las emociones como el stress al que estamos sometidos en altos niveles influyen mucho en la clínica de manera negativa. Este estrés nos hace trabajar con miedo o rápido debido a los plazos y para cumplir los requisitos” [P35].

“Influyeron de forma directa, ya que aquellas actividades que realizaba bajo mayor estrés me tomaban más tiempo o no resultaban bien” [P23].

“Muy importante ya que si el ánimo no anda bien afecta mucho en el desempeño académico en todo sentido” [P11].

Por último, los estudiantes mencionan que las emociones también son capaces de afectar su motivación para enfrentar la clínica, lo cual también influiría directamente sobre el desempeño.

“Bastante desmotivador muchas veces llegaba con mucho ánimo a realizar las acciones y más segura y notaba que progresaba más, pero cuando las cosas no me salían como esperaba me desmotivaba mucho y las cosas salían peor porque me ponía nerviosa” [P2].

“No obtener un buen resultado después de realizar una acción sumado al estrés por cumplir con plazos y requisitos, muchas veces me desmotivó” [P22].

5.2.3 Comprensión del proceso de aprendizaje y estrategias de acción (Estrategias de acción)

5.2.3.1 Predisposición del alumno hacia el aprendizaje clínico

Los estudiantes consideran el contexto clínico como una instancia de aprendizaje, en donde serán capaces de aplicar y reforzar los conocimientos previamente adquiridos para poder ayudar a sus pacientes. Además, consideran que este escenario les permitirá aproximarse al contexto laboral real donde deberán verse enfrentados al finalizar la carrera.

“Aprender y lograr tener una buena base teórica para poder ser un gran clínico para otorgar el mejor tratamiento a las personas” [P11].

“Poder aplicar la teoría en la práctica y aprender de esto. Conocer más de cerca como funciona el mundo laboral del odontólogo y sus diferentes áreas” [P35].

Sin embargo, poseen prejuicios respecto a esta instancia de aprendizaje, los cuales se van disipando a medida que se van desarrollando las actividades.

“Que iba a aprender mucho, que nos iban a dar tips para reforzar las cosas que no nos salían tan bien, que los pacientes serían responsables” [P2].

“Esperaba que la clínica fuera más difícil, en cuanto al estrés que significa, esto ya que tenía una idea preconcebida que me asustaba peor de lo que es, en un principio fue realmente difícil, pero luego es más ameno” [P3].

5.2.3.2 Aspectos relevantes para el aprendizaje clínico identificados por los estudiantes

El rol del tutor es el aspecto más relevante para el aprendizaje clínico identificado por los estudiantes. Al respecto, los alumnos valoran principalmente la guía y apoyo de su tutor clínico, capaz de comprender el proceso formativo al cual se ven enfrentados y guiarlos hacia el aprendizaje.

“Que mi docente me guiara las primeras veces, que entendiera que me puedo equivocar al principio y que no me llamaran la atención frente a mi paciente” [P23].

“El apoyo docente para saber qué error cometo y tratar de mejorarlo” [P26].

Además, valoran la resolución de dudas, consejos y retroalimentación del docente como parte fundamental de su aprendizaje; resaltando el rol del tutor como proveedor de un conocimiento basado en la experiencia, que no se encuentra en los libros ni en los contenidos teóricos entregados en las asignaturas clínicas.

“La presencia del docente y los consejos que nos pueden entregar para diferentes situaciones ya que eso se aprende con la práctica y no está escrito en libros” [P35].

“Aparte de conocer los contenidos teóricos, que durante la clínica en vayan enseñando datos prácticos que vienen de la experiencia y también un docente que quiera enseñar” [P24].

“Tener a mi tutor para consultarle, ya que todo lo que uno ve en clínica en un principio es nuevo y muchas veces muy alejado de lo que la literatura describe” [P20].

La relación y confianza con el docente, también fueron aspectos mencionados como significativos en relación al aprendizaje clínico. Al respecto, los alumnos consideran importante una buena comunicación y confianza con su tutor clínico y una óptima relación docente-estudiante.

“Considero que el docente a cargo si influye en el desempeño clínico de cada alumno, tanto en personalidad del docente como en el grado de confianza que se tenga con este. Hubo ramos que por el hecho de tener una buena relación con el docente se hacían más llevaderos por el hecho de no tener temor a preguntar porque uno sabía que el doctor te iba a responder o que él o ella te entregaría sus conocimientos para aprender más” [P12].

Sin embargo, previo al desarrollo de sus actividades clínicas, los estudiantes poseen aprehensiones frente al trato y actitud del docente, considerándolo un factor capaz de generar presión y miedo al inicio de sus actividades.

“Otro punto importante es la presión y miedo que ejercen ciertos doctores antes de empezar el trabajo clínico que lo único que crean es inseguridad y miedo al trabajar” [P11].

“Pensaba que iba a poder contar con mis docentes en todo momento, que al principio iban a mirar constantemente todo lo que hacía para asegurarme de que estuviese bien y así ganar confianza. También pensaba que podría hacerles preguntas con tranquilidad y confianza, no con miedo” [P8].

A modo general, los estudiantes consideran que existe una relación directa entre el tutor y el éxito del desempeño clínico; relacionándose un buen tutor con resultados

favorables en el desempeño observado.

“Buenos tutores, éxito en los tratamientos y buen desempeño clínico. Malos tutores, tratamientos realizados con temor y desempeño clínico mejorable” [P15].

“Encuentro que es parte fundamental dentro del desempeño que tengamos en las actividades clínicas, teniendo un buen tutor se facilita el desempeño Clínico. En mi caso encuentro que tuve suerte debido a que siento que aprendí mucho de mi tutor de Clínica” [P29].

En relación al impacto del rol del tutor en este contexto de aprendizaje, los estudiantes consideran que es, en mayor medida, sobre la motivación; y, en segundo lugar, sobre la seguridad y confianza del estudiante.

Respecto a la motivación, los alumnos refieren que el docente es un factor determinante en su motivación para asistir a sus sesiones; y, a modo general, para generar un clima donde puedan disfrutar su aprendizaje.

“El impacto fue tremendo, desde no tener ganas de ir a la clínica solo por ver al docente hasta tener ganas de seguir aprendiendo más e ir feliz a la clínica. Tener un docente con el cual uno no se lleva bien es complejo, porque aunque uno quiera mantener el interés por la asignatura, se hace casi imposible, haciendo todo mucho más estresante de lo que debería ser” [P8].

“Fue una gran ayuda (en algunos de los ramos) ya que ellos me motivaban y me ayudaban a comprender algunas cosas, además de ayudarme cuando tenía dificultades” [P16].

“En mi caso fue de gran impacto, sobre todo en la clínica de operatoria, en la que la docente nos enseñaba nuevas técnicas para aplicar o nos reforzaba el PORQUE de lo que realizábamos, esto me motivaba mucho, ya que sentía que en cada sesión podría aprender cosas nuevas que no siempre se explican en las clases” [P25].

En relación al impacto sobre la seguridad y confianza, los estudiantes señalan que el tutor es una pieza clave sobre su desarrollo, pudiendo afectar de manera positiva o negativa en su desempeño.

“Fue un impacto más bien en mi seguridad siento que no pude disfrutar el trabajo clínico. Me sentí frustrada, me hubiese gustado aprender más al inicio del semestre. Luego tuve otro tutor que si bien me costó mucho adaptarme a su nueva forma de enseñar siento que aprendí bastante” [P2].

“Mucho, siento que quedé con muchos vacíos clínicos. En un comienzo sentía inseguridad y miedo por mi docente, pero lamentablemente naturalicé el trato que tenía y luego no me

afectaba” [P7].

“Muy bueno, en un comienzo los doctores son más estrictos ya que necesitan que pongamos todo nuestro empeño en poder realizar las cosas, pero una vez que ellos ya notaron nuestra seguridad al trabajar ellos transmiten mucha seguridad hacia nosotros y eso es fundamental para poder empezar a a trabajar bien” [P11].

Por último, en otro ámbito, los participantes consideran que solicitar guía u apoyo a terceras personas; como es el caso de compañeros de cursos superiores, también es un factor que influye en su aprendizaje, pues pueden aportar desde la experiencia obtenida.

“Conversar con compañeros sobre su experiencia al hacer una acción clínica o en que se enfoca el docente para considerar que esa acción está bien hecha” [P4].

“Consultar a compañeros que ya realizaron la acción clínica antes sobre su experiencia” [P19].

5.2.3.3 Formas de mejorar la práctica clínica identificadas por los estudiantes

En relación a las formas de mejorar la práctica clínica identificadas por los estudiantes, existen cuatro grandes estrategias mencionadas por ellos. La primera, incluye la valoración del orden y planificación de las actividades clínicas. Los estudiantes consideran que la mejor forma de mejorar su práctica es a través de una correcta y minuciosa planificación de sus actividades y orden en relación a las actividades clínicas, lo que incluye los materiales a utilizar y relleno de ficha clínica, pues los estudiantes señalan que tanto poseer el instrumental necesario para trabajar, así como la planificación de la sesión, son aspectos claves para el mejoramiento de la práctica clínica.

“Podría ser más ordenada en detallar las acciones clínicas en las fichas de los pacientes, con tal de tener los registros al día. Ser más productiva en menos tiempo y planificar los tratamientos con minuciosidad” [P32].

“Ordenar el box correctamente para no perder tiempo buscando cosas que así el paciente no se estresa ni yo” [P7].

Otra estrategia mencionada en gran medida por los estudiantes corresponde al dominio de los conocimientos teóricos. Los estudiantes consideran que el manejo de

esto es pieza clave para comprender y ejecutar las acciones clínicas a realizar.

“Mejorar más mis conocimientos teóricos, para así demostrarle al docente que sé y que me enseñe nuevas técnicas” [P8].

“Estudiar bien y tener claro el conocimiento de lo que haré” [P4].

La rapidez en la realización de las actividades clínicas es otra pieza clave en relación a las formas de mejorar la práctica. Al respecto, los estudiantes comentan la necesidad de ejecutar la completación de fichas clínicas y el ingreso de pacientes de manera más rápida, de manera de no atrasar el comienzo de sus actividades de ejecución práctica propiamente tal. También mencionan la relevancia de realizar las acciones clínicas de manera más rápida y eficiente.

“Hacer la ficha muchísimo más rápido, cosa de ingresar al paciente y comenzar a trabajar enseguida. En el caso de prótesis fija, no demorarse más de una semana en presentar el caso clínico” [P8].

“Podría realizar diagnóstico y la completación de la ficha clínica y el ingreso de los pacientes de manera más rápida, con tal de empezar más temprano los tratamientos y disminuir el estrés a fin de año” [P32].

“Sobre todo las primeras etapas de hacer las fichas e ingresar Pacientes ocupar menos tiempo, siento que me demore innecesariamente en eso [P29].

“Siempre hay cosas que mejorar, sobre todo ahora que recién estoy empezando, pero más que nada, debo ser más rápida y eficiente” [P8].

Algunos participantes señalan, además, la importancia de la responsabilidad del estudiante como parte gestora del mejoramiento continuo; reconociendo la importancia de la puntualidad y responsabilidad al momento de la ejecución de procedimientos clínicos.

“Ser puntual, empezar a trabajar siempre a la hora y no dejar todo para después” [P16].

“Llegar siempre a la hora para tener listo el box, leer cuando podía la materia y sobretodo tener listos que materiales utilizaría ese día” [P17].

5.3 Caracterización de las prácticas reflexivas según el nivel de pensamiento reflexivo

REFLEXIÓN ANTES DE LA ACCIÓN

5.3.1 ¿Qué expectativas tenía antes de comenzar sus actividades clínicas?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Disposición a dificultades asociadas al trabajo clínico	P29: <i>“Tenía miedo de que me costarán las cosas prácticas”</i>
Comprensión	Expectativas frente al trabajo clínico	P23: <i>“Resolver los problemas de los pacientes”</i>
Reflexión	Aprehensión frente al trato y actitud del docente	P8: <i>“Pensaba que iba a poder contar con mis docentes en todo momento, que al principio iban a mirar constantemente todo lo que hacía para asegurarme de que estuviese bien y así ganar confianza. También pensaba que podría hacerles preguntas con tranquilidad y confianza, no con miedo”.</i>
Reflexión crítica	Conceptualización de la clínica como instancia de aprendizaje	P11: <i>“Aprender y lograr tener una buena base teórica para poder ser un gran clínico para otorgar el mejor tratamiento a las personas”</i>

* El estudiante correspondiente a la categoría de acción habitual, posee una disposición negativa hacia las actividades clínicas, señalando que su expectativa en relación a este tipo de actividades es el *“miedo de que me costaran las cosas prácticas”*. Tanto el individuo correspondiente a la categoría de comprensión como reflexión crítica, mencionan como expectativa la resolución de problemas de salud oral y la entrega de un óptimo tratamiento a los pacientes. El estudiante correspondiente a la categoría de reflexión, se centra en el rol del tutor en el aprendizaje clínico.

5.3.2 ¿Qué acciones creía que sería capaz de realizar al ingresar a sus actividades clínicas?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Ejecución de acciones previamente realizadas en asignaturas previas	<i>P29: Las cosas que habíamos practicado en pre Clínico</i>
Comprensión	Ejecución de acciones clínicas de baja y mediana complejidad	<i>P23: Cavidades simples</i>
Reflexión	Expectativas frente al trabajo clínico	<i>P8: "Trataba de no pensar en lo que podría o no podría hacer, porque finalmente estando en la clínica atendiendo a mi paciente, me iba a dar cuenta de las cosas de las cuales era capaz."</i>
Reflexión crítica	Ejecución de acciones clínicas de baja y mediana complejidad	<i>P11: "operatoria"</i>

* Los estudiantes de todos los niveles reflexivos creen que serán capaces de desarrollar acciones de baja y mediana complejidad o aquellas previamente ejecutadas en asignaturas previas, siendo la clínica, el lugar donde éstas se demostrarán. No existe un mayor nivel de capacidades autopercebidas a medida que aumenta el nivel de pensamiento reflexivo.



5.3.3 ¿Qué ideas o preocupaciones solían activar inseguridades antes de realizar sus actividades clínicas?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Inseguridad y miedo a cometer errores	P29: <i>“El miedo de estar trabajando con pacientes y poder cometer algún error en ellos, debido que todas las acciones prácticas que habíamos realizado antes sólo eran en fantasmas y el cambio a pacientes era muy radical”.</i>
Comprensión	Falta de experiencia técnica y errores clínicos procedimentales.	P23: <i>“Tardar demasiado en las actividades”</i>
Reflexión	Falta de preparación teórica previo a la sesión clínica	P8: <i>“No saber bien lo que tenía que hacer, ya sea porque no estudié mucho o porque en clases no lo entendí”</i>
Reflexión crítica	Falta de experiencia técnica y errores clínicos procedimentales. Aprehensión frente al trato y actitud del docente	P11: <i>“en un comienzo tenía miedo de poder eliminar mucho tejido dentinario en lo que es operatoria, pero siempre existe la preocupación de poder “echarse” el diente sobre todo el endodoncia y prótesis fija”</i> <i>Otro punto importante es la presión y miedo que ejercen ciertos doctores antes de empezar el trabajo clínico que lo único que crean es inseguridad y miedo al trabajar</i>

* Los niveles reflexivos de acción habitual, comprensión y reflexión, mencionan preocupaciones relacionadas con la falta de competencias personales necesarias para desempeñarse en las sesiones clínicas, a diferencia del estudiante del grupo de reflexión crítica quien menciona además un factor externo (rol tutor) como una preocupación capaz de generar inseguridad previo al desempeño clínico.

5.3.4 ¿Qué ideas o factores le solían brindar seguridad y/o confianza antes de iniciar una sesión clínica?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Manejo de los conocimientos teóricos previo a las actividades clínicas.	<i>P29: Haber revisado la materia tener el material necesario y saber q tenía paciente y q este asistiría a la sesión</i>
Comprensión	Guía y apoyo del docente clínico	<i>P23: Que mi docente me guiara las primeras veces, que entendiera que me puedo equivocar al principio y que no me llamaran la atención frente a mi paciente.</i>
Reflexión	Manejo de los conocimientos teóricos previo a las actividades clínicas Relación y calidad del docente	<i>P8: La materia pasada en clases es acordé a lo que se ve en clínica y la buena comunicación con el docente</i>
Reflexión crítica	Buena relación con el paciente Manejo de los conocimientos teóricos previo a las actividades clínicas Relación y calidad del docente	<i>P11: Haber estudiado, preguntar cómo se hace cierta acción antes de realizarla, buena relación con el paciente o docente.</i>

* A pesar de que tanto los individuos de las categorías de acción habitual, reflexión y reflexión crítica consideran que el manejo de los conocimientos teóricos previo a las actividades clínicas es un factor que brinda seguridad previo a su ejecución, existiendo una similitud de las respuestas en este sentido, a medida que se aumenta en el nivel reflexivo se puede percibir como los estudiantes van relacionando su nivel de seguridad con otros factores, como es el rol del docente y paciente.

REFLEXIÓN EN LA ACCIÓN

5.3.5. ¿Cómo considera que se desarrolló durante el desarrollo de sus actividades clínicas?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Mejoras en el desempeño y experiencia clínica.	P29: <i>“Me costó realizar algunas de las actividades clínicas sobre todo al principio, con la práctica de me hicieron más fáciles”.</i>
Comprensión	Mejoras en el desempeño y experiencia clínica.	P23: <i>“Bien, aunque me tomó un poco más de tiempo lograr realizar algunas actividades”.</i>
Reflexión	Mejoras en el desempeño y experiencia clínica	P8: <i>“Al principio tuve mucho miedo, porque ya no estaba tratando a un fantoma, sí no que a una persona. Comencé muy lento y con mucho cuidado, con el paso del tiempo ya comencé a tomar confianza y ya todo lo hacía más rápido”</i>
Reflexión crítica	Diferencias entre el desempeño clínico en las distintas asignaturas.	P11: <i>“bien, considero que en todos los ramos tuve un buen desempeño clínico, excepto prótesis fija, el cual es un ramo demasiado estresante sobre todo por parte de los docentes que lo ejercen”</i>

* Los niveles de acción habitual, comprensión y reflexión consideran que hubo una evolución en su desempeño clínico producto de la ganancia de experiencia clínico-práctica. El nivel de reflexión crítica considera haber tenido un óptimo desempeño, pero disímil en las distintas asignaturas, no mencionando factores personales, sino externos.

5.3.6 ¿De qué manera el conocimiento teórico ayudó al desempeño durante sus prácticas clínicas?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Conocimiento teórico y seguridad en el trabajo clínico	P29: "A mí me ayudó sobre todo para tener mayor seguridad al momento de realizar las actividades clínicas, encuentro que sin saber la teoría previamente se complica la realización de la parte clínica".
Comprensión	Conocimiento teórico y seguridad en el trabajo clínico	P23: "Me brindaba seguridad y me permitió realizar actividades con más fluidez"
Reflexión	Conocimiento teórico y seguridad en el trabajo clínico Conocimiento teórico y comprensión de prácticas clínicas	P8: "Me ayudó en el sentido de entender lo que estaba haciendo y lo más importante, darme seguridad en lo que sabía a la hora de realizar la acción clínica".
Reflexión crítica	Conocimiento teórico y seguridad en el trabajo clínico	P11: "de la mejor manera, sin el sustento teórico es estar trabajando prácticamente desnudo ya que al saber bien cómo se hacen las cosas o cómo se ocupan los materiales aumenta la seguridad en el trabajo".

* Los estudiantes de todos los niveles reflexivos consideran que el principal rol del conocimiento teórico es sobre la seguridad y confianza en el desempeño clínico.

5.3.7 ¿Cuál fue el impacto de su tutor clínico durante su desempeño en sus actividades clínicas?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Relación tutor-éxito en el desempeño clínico	P29: <i>“Encuentro que es parte fundamental dentro del desempeño que tengamos en las actividades clínicas, teniendo un buen tutor se facilita el desempeño Clínico. En mi caso encuentro que tuve suerte debido a que siento que aprendí mucho de mi tutor de Clínica”.</i>
Comprensión	Relación tutor-éxito en el desempeño clínico	P23: <i>“Aquellas veces que mi tutor estaba pendiente de lo que hacía podía avanzar más rápido”.</i>
Reflexión	Rol del tutor sobre la motivación	P8: <i>“El impacto fue tremendo, desde no tener ganas de ir a la clínica solo por ver al docente hasta tener ganas de seguir aprendiendo más e ir feliz a la clínica. Tener un docente con el cual uno no se lleva bien es complejo, porque, aunque uno quiera mantener el interés por la asignatura, se hace casi imposible, haciendo todo mucho más estresante de lo que debería ser”.</i>
Reflexión crítica	Rol del tutor sobre la seguridad y confianza del estudiante	P11: <i>“Muy bueno, en un comienzo los doctores son más estrictos ya que necesitan que pongamos todo nuestro empeño en poder realizar las cosas, pero una vez que ellos ya notaron nuestra seguridad al trabajar ellos transmiten mucha seguridad hacia nosotros y eso es fundamental para poder empezar a trabajar bien”.</i>

* Los estudiantes de los niveles de acción habitual y comprensión consideran que existe una relación entre un buen tutor y el éxito en el desempeño clínico. En los niveles de reflexión y reflexión crítica se menciona el rol del tutor sobre los factores que afectan el desempeño, como la motivación y seguridad.

5.3.8 ¿Cuál fue el impacto de sus aptitudes/emociones durante su desempeño en sus actividades clínicas?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Impacto negativo de las emociones sobre el desempeño	P29: "Sobre todo el estrés impacta negativamente dentro de mi desempeño Clínico".
Comprensión	Impacto negativo de las emociones sobre el desempeño	P23: "Influyeron de forma directa, ya que aquellas actividades que realizaba bajo mayor estrés me tomaban más tiempo o no resultaban bien".
Reflexión	Control de emociones asociadas al trabajo clínico	P8: "Siempre dejé mis emociones a un lado cuando estaba en la clínica, para que no afectaran en mi rendimiento".
Reflexión crítica	Impacto negativo de las emociones sobre el desempeño	P11: "muy importante ya que si el ánimo no anda bien afecta mucho en el desempeño académico en todo sentido"

*Todos los niveles reflexivos describen un impacto negativo de las emociones sobre el desempeño y la necesidad de controlar los factores emocionales para no afectar el rendimiento.

5.3.9 ¿Qué otros factores pudieron haber influido durante su desempeño clínico?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Falta de compromiso de los pacientes en el contexto clínico	P29: "La responsabilidad de los pacientes frente al tratamiento".
Comprensión	Falta de compromiso de los pacientes en el contexto clínico	P23: "La disposición y compromiso de los pacientes
Reflexión	Estrés y sobrecarga académica	P8: También las extensas jornadas clínicas, obviamente uno en la mañana o en la tarde trabaja mejor y con más ganas, y en el vespertino lo único que uno quiere es irse".
Reflexión crítica	Cumplimiento de plazos preestablecidos	P11: "La constante presión de no tener pacientes o no tener los requisitos necesarios para cada ramo".

* Los estudiantes de todos los niveles reflexivos mencionan como otros factores a aquellos correspondientes a la malla curricular o políticas de la carrera/universidad previamente establecidas.

5.3.10 ¿Qué cambios realizó durante sus actividades clínicas con el propósito de hacerlas más eficaces?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Valoración del orden y planificación de las actividades clínicas	P29: "Tratar de mantener mejor el orden tanto del Box como de la organización con los Paciente y repasar más las cosas teóricas".
Comprensión	Valoración del orden y planificación de las actividades clínicas Dominio de los conocimientos teóricos	P23: "seleccionar mi instrumental previamente para no interrumpir la actividad y repasar la base teórica".
Reflexión	Valoración del orden y planificación de las actividades clínicas	P8: "Más que nada fue comprar más y nuevo instrumental para facilitar algunas acciones".
Reflexión crítica	Responsabilidad del estudiante	P11: "hacía todas las cosas como correspondían ya que a veces uno intenta saltarse muchos pasos y al final las cosas se empeoran"

* Los niveles reflexivos de acción habitual, comprensión y reflexión, coinciden en que el principal cambio para hacer sus actividades clínicas más eficaces corresponde a una mayor organización y planificación de éstas. Por otra parte, el estudiante de la categoría de reflexión crítica menciona la responsabilidad frente al paciente como el factor clave para que éste ocurra.

REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN

5.3.11 ¿Qué podría hacer de manera diferente si se enfrentara por primera vez a una actividad clínica?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Rapidez en la realización de actividades clínicas	P29: "Sobre todo las primeras etapas de hacer las fichas e ingresar Pacientes ocupar menos tiempo, siento que me demore innecesariamente en eso".
Comprensión	Confianza en las propias habilidades	P23: "Confiar más en mis formación previa"
Reflexión	Rapidez en la realización de actividades clínicas	P8: "Hacer la ficha muchísimo más rápido, cosa de ingresar al paciente y comenzar a trabajar enseguida. En el caso de prótesis fija, no demorarse más de una semana en presentar el caso clínico".
Reflexión crítica	Necesidad de empatía por parte del docente	P11: "más empatía por parte de los doctores, que recuerden que es la primera vez que nos enfrentamos a todas las situaciones clínicas , incluso que consideren que tratar con una persona de manera odontólogo- paciente ya es un hecho que nunca hemos experimentado".

* Los niveles reflexivos de acción habitual, reflexión y comprensión, critican su propio actuar en relación a sus actividades, proponiendo mejoras en relación a éstas que involucran la rapidez en el accionar y el aumento de la autoconfianza. El nivel de reflexión crítica, responsabiliza a factores externos (tutor) sobre el desempeño.

5.3.12 ¿Qué podría hacer para mejorar su desempeño clínico en el futuro?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Rapidez en la realización de actividades clínicas	P29: "Mayor organización y rapidez en empezar y realizar las acciones clínicas".
Comprensión	Confianza en las propias habilidades	P23: "No dudar de lo que estoy haciendo"
Reflexión	Dominio de los conocimientos teóricos	P8: "Mejorar más mis conocimientos teóricos, para así demostrarle al docente que sé y que me enseñe nuevas técnicas".
Reflexión crítica	Confianza en las propias habilidades	P11: "confiar más en mi misma".

* Los niveles de acción habitual y reflexión mencionan habilidades o destrezas técnicas o procedimentales, como aspectos a mejorar en su desempeño futuro. Por el contrario, en los niveles de comprensión y reflexión crítica, se menciona la confianza sobre los recursos que dispone el estudiante, relacionándolo con un análisis de sí mismos y un reconocimiento de sus limitaciones y fortalezas.

5.3.13 ¿Qué consideró más relevante para su aprendizaje clínico?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Guía y apoyo del docente clínico	P29: "Los tips que nos daban los docentes guías con respecto a cómo hacer las cosas clínicas "
Comprensión	Capacidad de autocrítica y reconocimiento de errores cometidos Retroalimentación del tutor	P23: "La retroalimentación de mi tutor y conocimiento de mis errores".
Reflexión	Relación y calidad del docente	P8: "La relación y calidad del docente, todos sabemos que lamentablemente en la facultad hay docentes que dejan mucho que desear".
Reflexión crítica	Guía y apoyo del docente clínico	P11: "la confianza que depositó en mi la doctora"

* Todos los alumnos correspondientes a los diferentes niveles reflexivos coinciden en que lo más importante para el aprendizaje clínico se relaciona con el rol del tutor.

5.3.14 ¿Qué siente que hizo bien durante sus actividades clínicas?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Comunicación y trato con el paciente	P29: "Buena relación con los pacientes y a pasar de que me costó siento que realice bien los tratamientos"
Comprensión	Valoración del orden y planificación de las actividades clínicas	P23: "Planificar la sesión y el instrumental según el procedimiento"
Reflexión	Rapidez en la realización de actividades clínicas	P8: "Hacer las cosas rápido y de manera correcta".
Reflexión crítica	Empatía con el paciente y conformidad con el tratamiento entregado	P11: "siento que hice en general buenos tratamientos, sobre todo eliminación de caries ajaha"

* No existen similitudes entre las respuestas de los cuatro niveles reflexivos mencionados.

5.3.15 ¿Qué cree que podría mejorar en relación a su aprendizaje clínico?

Nivel de pensamiento reflexivo	Código Conceptual	Frase
Acción habitual	Confianza en las propias habilidades	P29: "Mejorar la seguridad y habilidad para realizar las acciones"
Comprensión	Confianza en las propias habilidades	P23: "Mi confianza y eficiencia (realizar actividades más rápido)"
Reflexión	Rapidez en la realización de actividades clínicas	P8: "Siempre hay cosas que mejorar, sobre todo ahora que recién estoy empezando, pero más que nada, debo ser más rápida y eficiente".
Reflexión crítica	Didáctica en el aula	P11: "que las clases sean más didácticas y apunten a lo que realmente se hace".

* En los niveles de acción habitual, comprensión y reflexión, los alumnos centran sus respuestas con respecto al mejoramiento de capacidades autopercebidas en relación al aprendizaje clínico. Por otra parte, el estudiante correspondiente al grupo de reflexión crítica menciona el rol de la didáctica educativa (factor externo, no modificable por el estudiante), como el aspecto que podría mejorar en relación a su aprendizaje clínico.





Capítulo VI. DISCUSIÓN

Para desarrollarse profesional y personalmente, los profesionales de la salud requieren desarrollar habilidades esenciales en la práctica reflexiva (18,30). Por lo anterior, es relevante la utilización de modelos de evaluación capaces de identificar los pensamientos reflexivos y medir su profundidad (58). El presente estudio se enmarca en este contexto, intentando desde un enfoque mixto describir los niveles de pensamiento reflexivo informados por los estudiantes y caracterizar sus prácticas reflexivas en relación a sus actividades clínicas.

Para la obtención de datos cuantitativos, se utilizó el cuestionario reflexivo (CR) de Kember et al. (58), adaptado por Tricio y cols. para ser utilizado en estudiantes de Odontología (18). Los resultados mostraron coeficientes de confiabilidad interna aceptables de los puntajes de las subescalas del cuestionario, lo cual es consistente con reportes previos (18,58,91,96). Del mismo modo, los puntajes promedio de las subescalas para la cohorte observada, mostraron el mismo patrón que en otras investigaciones utilizando el mismo cuestionario (18,58,91).

Los puntajes promedio de los resultados obtenidos mediante CR, muestran una predominancia de los niveles reflexivos de comprensión y reflexión, por sobre aquellos de acción habitual y reflexión crítica, cuando los estudiantes se desempeñan en los contextos clínicos. Estos resultados indican que los estudiantes al enfrentarse a estos escenarios no ejecutan sus acciones clínicas a través de respuestas automáticas, con poco pensamiento consciente; sino que, por el contrario, recurren al uso de sus conocimientos existentes para ejecutar sus actividades. Dicho conocimiento, puede o no ser cuestionado en relación a su significado en situaciones personales o prácticas e incluso criticado con respecto a las suposiciones sobre el contenido o el proceso de solución de problemas; pero no implica, o lo hace menor medida, que el estudiante se dé cuenta del por qué de sus acciones (43,58). La toma de conciencia del por qué percibimos, pensamos, sentimos o actuamos de cierta manera, implica el desarrollo de una reflexión crítica o analítica, capaz de transformar nuestros marcos de significado. Esta transformación,

requiere un cambio importante de perspectiva y alteración de creencias profundamente arraigadas (58), lo cual es más difícil de alcanzar, debido a que muchas veces no nos damos cuenta que estas suposiciones y creencias incluso existen(58). No obstante, el aprendizaje profundo posee una relación indiscutible con la práctica reflexiva (64) y es más probable que ocurra cuando los individuos se involucran en la reflexión profunda, analítica o crítica (27). Por lo anterior, los educadores están de acuerdo en que lograr que los estudiantes alcancen este tipo de nivel reflexión debiese ser una parte fundamental de los planes de estudio, integrándolo como parte esencial del currículo y no como enseñanza episódica (17) (57). Sin embargo, la sobrecarga curricular dificulta su incorporación debido a la falta de tiempo para realizar este tipo de actividades, siendo imperante la necesidad de generar un cuestionamiento en cuanto a su importancia por los comités curriculares (17).

Por otra parte, los puntajes más bajos en la categoría de reflexión crítica podrían justificarse, también, debido a que no existe suficiente tiempo para reflexionar dentro de los contextos clínicos (11,41); no capacitamos a los estudiantes para hacerlo (38) y a la noción aceptada por muchos educadores de que los procesos reflexivos son respuestas naturales a dilemas o desafíos (27). Además, si se quiere lograr que los estudiantes se conviertan en practicantes reflexivos, los docentes también debiesen ser profesionales reflexivos (97). Al respecto, según la revisión desarrollada por Ruffinelli (98) en trabajos realizados a estudiantes de pedagogía, sólo escasos estudios reportan evidencias de pensamiento reflexivo como un rasgo cotidiano entre los docentes; mientras que en la mayoría se reporta la presencia de baja reflexividad, inclusive con un predominio de reflexiones desde el sentido común y no desde el conocimiento teórico (99). Por ende, y debido al rol aceptado de los mentores para facilitar las reflexiones y enmarcar la discusión de experiencias clínicas (62), sería interesante que los miembros del personal involucrados en el aprendizaje clínico fueran capacitados para facilitar las reflexiones de los estudiantes, pudiendo mejorar los niveles reflexivos observados.

Con respecto a la información cualitativa que arrojó el cuestionario creado para esta

investigación, se observaron los diversos ejes que configuran el proceso de reflexión en el contexto de la práctica clínica (6).

El primer eje, corresponde a la *comprensión del estudiante sobre sus propias habilidades para enfrentar la clínica*. Al respecto, en relación a las capacidades autopercibidas previo al desarrollo de actividades clínicas, los participantes se sienten capaces de ejecutar acciones que han aprendido en asignaturas previas, dentro de un nivel de baja y mediana complejidad. Lo anterior denota una premisa básica de la práctica reflexiva, que se relaciona con la noción de que las acciones de un individuo se guían por lo que han aprendido en experiencias anteriores (27). Estas acciones son capaces de desarrollarlas con mayor confianza y seguridad cuando manejan los conocimientos teóricos involucrados y confían en sí mismos. Además, consideran que es necesario que posean habilidades blandas, como la empatía y competencias comunicacionales para la atención de pacientes, pero no las mencionan dentro de los recursos que ellos disponen para enfrentar este tipo de contextos. El desarrollo de este tipo de competencias, puede fomentarse a través del desarrollo de actividades reflexivas, capaces de contribuir a que los estudiantes se preocupen más por sus pacientes, tengan mayor autoconciencia y confianza en sí mismos, mejorando sus habilidades de comunicación y proporcionándoles mayor conciencia de la complejidad de sus pacientes (49).

Posterior a su aprendizaje clínico, ellos refieren sentirse capaces de haber desarrollado capacidad de autocrítica y reconocimiento de errores, aceptando críticas e implementando mejoras en relación a esto. Dichos atributos ya habían sido mencionados previamente por Hamish (42), en donde se menciona que los estudiantes de odontología son altamente evaluadores de su propio trabajo técnico y el de otro. El reconocimiento de errores se convierte, según Cassís (29), en una fuente de descubrimiento de nuevas formas de acción para el estudiante, que permiten alcanzar los resultados esperados. Ambos procesos denotan el desarrollo de una práctica reflexiva, en la cual el estudiante posterior a su desempeño es capaz de cuestionar la pertinencia de los procedimientos empleados para resolver los conflictos prácticos a los que se vio enfrentado y que podrá verse expuesto en el

futuro (6). Por ende, el logro de esta práctica reflexiva alcanzada por los estudiantes se vuelve menos explícita y más habitual a medida que estos alcanzan mayor experiencia clínica (50) .

Por otra parte, los estudiantes se sienten conformes con su desempeño y tratamiento entregado a sus pacientes. Sin embargo, consideran que esto implicó sobrellevar ciertas dificultades, inseguridades y miedos al comienzo; pero a medida que fueron adquiriendo mayores destrezas y mayor experiencia con pacientes, que fueron dados a través del paso del tiempo y la práctica, pudieron lograr las metas propuestas. Estas reacciones emocionales al comienzo de sus actividades evidencian la presencia de un “dilema desorientador” (43), asociado a menudo con una sensación de incomodidad o aprehensión propia de los inciertos contextos clínicos, en donde los problemas ambiguos y mal estructurados son muy frecuentes. Por ende, estos escenarios que son capaces de desencadenar la reflexión, requieren ser evidenciados, lo cual puede ser en ocasiones evidente para los individuos o requerir ciertos avisos como la retroalimentación o realización de ejercicios de reflexión (6). Sólo dos de los estudiantes consideran que su desempeño no fue igual en todas las asignaturas, lo que denota lo ya observado de la falta de estandarización en este tipo de contextos de enseñanza (41).

El segundo eje, corresponde a la *conceptualización del estudiante sobre el contexto clínico*, el cual involucra la comprensión del estudiante sobre la situación o entorno al cual se ve enfrentado. Al respecto, los estudiantes refieren distintos aspectos involucrados.

Predisposición del alumno hacia el contexto clínico. Al respecto, los estudiantes consideran los contextos como algo de gran dificultad y responsabilidad, dándole énfasis a la dificultad que implica la atención de pacientes en un contexto real. Lo anterior es congruente con lo observado por Ashley (41), en donde se menciona que el paso de los simuladores a la clínica es abrupto y muchas veces no considera los problemas que se producen con los pacientes (41). Además, en la práctica del mundo real de la Odontología clínica, la cotidianidad de los problemas ambiguos y

mal estructurados hace que los estudiantes deban pasar de los problemas bien definidos en el entorno del aula a las situaciones más inciertas y mal definidas de la vida real cuando se enfrentan a sus primeros encuentros con el cuidado clínico del paciente (17,81). Esto exige a los profesionales el desarrollo de habilidades de pensamiento reflexivo, de manera de ser capaces de resolver ese tipo de problemas (17,81), involucrándose en un proceso continuo de revisión del actuar y de los resultados clínicos de manera de planificar estrategias futuras, con el fin de ofrecer la más alta calidad de atención (83).

Influencia de los conocimientos teóricos. Al respecto, los estudiantes mencionan su rol sobre dos aspectos principales. El primero, en darles seguridad y confianza al momento de desempeñarse; y el segundo, en la mayor comprensión de los procesos que guían las actividades clínicas. A pesar de su enorme utilidad, los estudiantes consideran que existe dificultad en la aplicación de éstos a la práctica, debido a la disimilitud de lo que se observa en la realidad. Lo anterior podría justificarse, debido a que en muchas ocasiones la teoría y la práctica no se enseñan juntas o no se vinculan de manera efectiva, lo que produce que los estudiantes suelen percibir que los dos no tienen relación; ocasionando dificultades para aplicar la información y el conocimiento a una situación clínica (41). Además, en muchas ocasiones en los entornos prácticos se da por sentado que una vez que el estudiante ha hecho algo que entiende, puede reproducirlo (41). Al respecto, Ward y Gracey (54) afirmaron que la práctica reflexiva se justifica como una forma de reducir la brecha teórico-práctica.

Dificultades percibidas en relación a las actividades prácticas. En relación a esto, el estrés y la sobrecarga académica son la principal dificultad percibida por los estudiantes en relación a sus actividades prácticas, en donde la extenuante sobrecarga horaria, la falta de tiempo para realizar otras actividades y el cumplimiento de plazos preestablecidos, les provoca estrés y cansancio influyendo en su desempeño. Lo anterior ya había sido mencionado por Serrano (100) en el 2012, en un estudio realizado en esta misma facultad; en donde los estudiantes mencionan el estrés como un fenómeno aceptado entre los alumnos, el cual se va

incrementando a medida que comienzan los ciclos clínicos de la carrera sin la existencia de un sistema de apoyo para quienes lo sufren. Dicho estrés y sobrecarga académica serían los agentes causales del cansancio capaz de afectar su motivación y rendimiento (100).

Otras dificultades asociadas a este tipo de actividades corresponden a la posibilidad de cometer errores operacionales por la falta de experiencia. En el estudio de Ashley y cols. (41) donde se realizaron sesiones de reflexión grupal, se discutió la importancia de aprender a cometer errores, siendo relevante mostrar lo que salió mal, aprender de los errores de otros y compartir experiencias. Lo anterior refleja el carácter experiencial del aprendizaje para practicar la odontología (41).

Además, los estudiantes mencionan como dificultad aspectos de la infraestructura donde se desempeñan y factores personales, como es el caso del estado de salud del estudiante u otros factores externos, que incluyen el entorno del estudiante y el ambiente educativo. En relación a la importancia del entorno profesional y/o educativo para producir reflexión, la literatura sostiene que entornos abiertos y ambientes de confianza y respeto permiten tanto la reflexión como el crecimiento individual (51), lo que implicaría un desafío en la gestión del clima tanto para los docentes como para todos aquellos implicados en el aprendizaje clínico.

Factores relacionados con el paciente en el contexto clínico. Dentro de los temas más apremiantes para los estudiantes de Odontología al enfrentarse a este tipo de contextos, se encuentra la preocupación ante la irresponsabilidad de los pacientes y su falta de compromiso y colaboración con el tratamiento. Lo anterior, es congruente con lo observado por Hamish (42), en donde los “pacientes difíciles” corresponden a la categoría que más preocupa a los estudiantes en relación a su desempeño; la cual incluye aquellos que incumplían con las citas, pedían tratamiento inapropiado o criticaban al estudiante. Pero distinto a lo observado por Karnieli-Miller (85), en donde el tema más común en las historias de los estudiantes fue denotado manifestando respeto o falta de respeto en las interacciones clínicas con pacientes, familias y compañeros de trabajo. El segundo aspecto observado en este estudio

tiene que ver con la posibilidad de provocar un daño al paciente, lo cual es diferente a lo observado por Hamish (42), que identificó que muy pocas reflexiones de los estudiantes mencionaban sobre la aproximación de los futuros dentistas hacia el dolor de sus pacientes. Lo anterior, Hamish lo justifica señalando que en general los estudiantes de odontología están más cómodos en relación a los estudiantes de medicina en relación al dolor, angustia y temor que presentan sus pacientes; lo cual puede deberse a que el dolor o temor a ello es relativamente común en la práctica dental (42).

Factores emocionales implicados en el contexto clínico. Los estudiantes de las carreras del área de la salud están continuamente siendo asignados a diferentes contextos clínicos, los cuales pueden estar asociados a una fuerte carga emocional, capaz de influir de manera indudable en su aprendizaje (73). Los alumnos mencionan que el contacto con este tipo de contextos requiere el control de emociones asociadas a éstos, como es el caso del control de la ansiedad, angustia y frustración, lo cual había sido ya mencionado en el estudio de Koole (62). El principal factor emocional mencionado por los estudiantes se relaciona con el miedo que les produce la aproximación a este tipo de escenarios, debido a la inseguridad e incertidumbre producida ante lo desconocido. Los estudiantes mencionan además que las emociones y su desempeño, siendo los factores externos, el estrés o aspectos de la vida personal, capaces de influir sobre éste. Un porcentaje importante de los estudiantes señala que el impacto de estos factores es negativo. Lo anterior, se ve evidenciado principalmente por los altos niveles de estrés frente a los cuales se ven sometidos, que pueden actuar como detonantes de resultados desfavorables en el tiempo.

Por último, los estudiantes mencionan que las emociones también son capaces de afectar su motivación para enfrentar la clínica, pudiendo afectar indirectamente su desempeño. Lo anterior, podría justificarse ante el doble desafío que implica el control de las emociones en la atención de pacientes en condiciones de incertidumbre y la aprehensión existente entre las relaciones interpersonales involucradas en el aprendizaje, como es el caso de aquella que ocurre con el tutor,

en donde muchas veces el estudiante está más preocupado de cumplir con las expectativas del docente, que con las de él mismo o del paciente. A pesar de lo anterior, los eventos complejos y emocionalmente cargados son fuertes desencadenantes de la reflexión y la curiosidad y tienen el potencial de transformar la práctica (51,80). No obstante, dichas experiencias pudiesen tener diversas consecuencias, como el bloqueo de la observación de la experiencia de manera consciente o inconsciente o la renuencia a discutir la experiencia y considerar el cambio. Frente a esto, es clave la acción del docente facilitador, el cual puede proveer el ambiente de apoyo necesario para que el individuo pueda notar y dar sentido a su experiencia, realizando cuestionamiento sin prejuicios y aceptando las diferencias. Además, es relevante el entorno físico donde se desarrolle la discusión el cual debe ser libre de interrupciones e íntimo. Según Fernsten y Fernsten (60), la práctica reflexiva puede ser efectivamente aprendida cuando los estudiantes están en un ambiente seguro y amable y no son penalizados con calificaciones inferiores o recriminaciones. El potencial de reflexión para las personas puede no ser plenamente realizado sin la ayuda y el apoyo de otra persona, siendo los pares y mentores posibles facilitadores del proceso reflexivo.

El tercer eje, corresponde a la *comprensión del proceso de aprendizaje y estrategias de acción*. Al respecto, los estudiantes refieren distintos aspectos involucrados.

Predisposición del alumno hacia el aprendizaje clínico. Los estudiantes consideran el contexto clínico como una instancia de aprendizaje, en donde serán capaces de aplicar y reforzar los conocimientos previamente adquiridos para poder ayudar a sus pacientes. Además, consideran que este escenario les permitirá aproximarse al contexto laboral real donde deberán verse enfrentados al finalizar la carrera. La valoración de dichos contextos como instancias de aprendizaje, se podría justificar debido a que los estudiantes aprecian las estrategias de enseñanza-aprendizaje que les permitan relacionarse con los temas estudiados de manera significativa (41); lo cual sin duda estará dado en el momento en que empiecen a relacionarse con sus pacientes en un contexto real.

Aspectos relevantes para el aprendizaje clínico identificados por los estudiantes. En relación a esto, el rol del tutor es el aspecto más relevante. A modo general, los estudiantes consideran que existe una relación directa entre el tutor y el éxito del desempeño clínico, pero sienten aprehensión frente al trato y actitud de éstos frente su aprendizaje. Lo anterior es congruente con lo observado en el estudio de Hamish (42), en donde se menciona la infravaloración que refiere a los tratos injustos de los docentes, delante de otros incluyendo a los pacientes.

En relación al aprendizaje, los alumnos valoran principalmente la guía y apoyo de su tutor clínico, capaz de comprender el proceso formativo al cual se ven enfrentados y guiarlos hacia el aprendizaje. Además, valoran la resolución de dudas, consejos y retroalimentación del docente como parte fundamental de su aprendizaje, resaltando el rol del tutor como proveedor de un conocimiento basado en la experiencia, que no se encuentra en los libros ni en los contenidos teóricos entregados en las asignaturas clínicas. Lo anterior, es congruente con lo expuesto por Ashley y cols., en donde se señala que los tutores contribuirían a dar consejos sobre un mayor grado de aprendizaje informal, guiando al alumno hacia lo que es relevante y ayudándolos a construir la confianza en sí mismos sobre su conocimiento (41). En relación a la importancia de la retroalimentación, esto ya había sido demostrado en estudios previos, acusando que permite a los estudiantes conocer su propio nivel de aprendizaje, mejorar la competencia autopercebida en relación a la preparación clínica, reflejar un respeto por el nivel de aprendizaje de los estudiantes y promover la reflexión (11,41,78).

La relación y confianza con el docente, también fueron aspectos mencionados como significativos en relación al aprendizaje clínico. Al respecto, los alumnos consideran importante una buena comunicación y confianza con su tutor clínico y una óptima relación docente-estudiante. Esta relación está lejos de ser una situación unidireccional, sino interactiva, en la cual el manejo de la relación con el estudiante y de los estudiantes entre sí debiese formar parte de la calidad de la docencia misma (13).

Lo anterior, ya había sido mencionado por Ashley y cols. (41), en donde los estudiantes expresaron que ser accesible, competente y buen comunicador, capaz de apoyar a sus estudiantes, generando una relación cercana con sus alumnos eran características esenciales del tutor clínico. Además, responden a aquellos tutores capaz de apoyarlos y motivarlos, pudiendo realizar libremente preguntas y no sentirse intimidados ni humillados si cometían algún error (101-103).

En relación a su rol en el contexto de aprendizaje, los estudiantes consideran que el impacto del tutor es, en mayor medida, sobre la motivación; y, en segundo lugar, sobre la seguridad y confianza del estudiante. Lo anterior ya había sido mencionado por Zeguers y Martin (101), quienes descubrieron que los estudiantes responden a los tutores que apoyan y motivan a sus estudiantes. Por otra parte, según Ashley y cols., los estudiantes en este estudio señalaron el papel importante de los tutores en la construcción de la confianza en sí mismos acerca de su conocimiento (41), lo cual es coincidente con lo encontrado en esta investigación.

Por otra parte, si bien los estudiantes mencionan que su desempeño fue distinto en las diferentes asignaturas, no reflexionan sobre los aspectos que pudiesen estar ocasionando tal resultado. Al respecto, existe suficiente evidencia en la literatura que sustenta que los estudiantes al enfrentarse a los contextos clínicos, reciben consejos contradictorios de sus diferentes tutores (42) y una amplia gama de estilos de tutoría, lo cual en muchas ocasiones les hacía modificar sus planes de tratamiento. Además, según lo observado por Serrano en este mismo contexto, los estudiantes describen autoritarismo en los métodos de evaluación donde la subjetividad y ausencia de retroalimentación genera incertidumbre y frustración (100); aspectos que no fueron mencionados en esta investigación, pero que sin duda implicarían que los estudiantes no siempre recibirían una adecuada enseñanza clínica, afectando su capacidad de aprender (42).

Por último, los participantes consideran que solicitar guía u apoyo a terceras personas, como es el caso de compañeros de cursos superiores, también es un factor que influye en su aprendizaje, pues pueden aportar desde la experiencia

obtenida. Lo anterior es un buen indicio, ya que un estudiante reflexivo buscará activamente las fuentes de retroalimentación pues pudiesen proporcionarle información útil (6). Además, existe un cuerpo creciente de evidencia que sustenta que las discusiones con otros estudiantes son efectivas para que el aprendizaje ocurra (41,104,105).

Formas de mejorar la práctica clínica identificadas por los estudiantes. Existen cuatro grandes estrategias mencionadas por ellos. La primera, incluye la valoración del orden y planificación de las actividades clínicas. Los estudiantes consideran que la mejor forma de mejorar su práctica es a través de una correcta y minuciosa planificación de sus actividades y orden en relación a las actividades clínicas, lo que incluye los materiales a utilizar y relleno de ficha clínica; pues los estudiantes señalan que tanto poseer el instrumental necesario para trabajar, así como la planificación de la sesión, son aspectos claves para el mejoramiento de la práctica clínica.

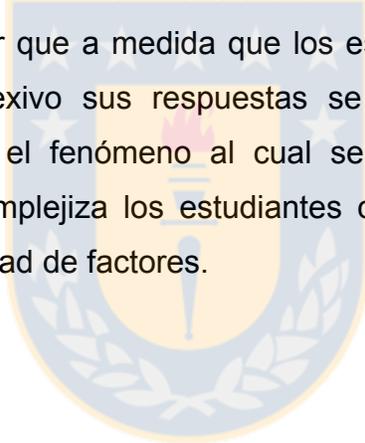
Otra estrategia mencionada en gran medida por los estudiantes corresponde al dominio de los conocimientos teóricos. Los estudiantes consideran que el manejo de estos es pieza clave para comprender y ejecutar las acciones clínicas a realizar. La rapidez en la realización de las actividades clínicas es otra pieza clave en relación a las formas de mejorar la práctica. Al respecto, los estudiantes comentan la necesidad de ejecutar la completación de fichas clínicas y el ingreso de pacientes de manera más rápida, de manera de no atrasar el comienzo de sus actividades de ejecución práctica propiamente tal. También mencionan la relevancia de realizar las acciones clínicas de manera más rápida y eficiente.

Algunos participantes señalan además la importancia de la responsabilidad del estudiante, como parte gestora del mejoramiento continuo, reconociendo la importancia de la puntualidad y responsabilidad al momento de la ejecución de procedimientos clínicos.

Lo anterior, refleja la necesidad de cierta estructura y control de las variables implicadas en el contexto clínico. Al respecto, coincidimos con las reflexiones entregadas por Ashley y cols. (41), donde se menciona que dicha preocupación por

la estructura puede ser en parte un reflejo de que los estudiantes que se enfrentan a un ambiente de aprendizaje más vagamente definido que lo que han experimentado previamente, siendo las respuestas un reflejo de que los estudiantes desean que una estructura sea impuesta y proporcionada al ambiente de aprendizaje. Lo anterior, nuevamente plantea el dilema entre el desarrollo que se busca de pensadores críticos e independientes y el deseo de una estructura rígida y fácilmente definida por parte de los estudiantes, debido a que no se sienten cómodos con la incertidumbre y la falta de control.

Por último, en relación a las reflexiones de los estudiantes según los niveles de pensamiento reflexivo, fue difícil establecer patrones o conclusiones entre las categorías observadas, debido a la diversidad de las reflexiones entregadas. Sin embargo, podemos rescatar que a medida que los estudiantes presentan un mayor nivel de pensamiento reflexivo sus respuestas se hacen más complejas, pues intentan ir comprendiendo el fenómeno al cual se ven enfrentados. Además, a medida que el nivel se complejiza los estudiantes consideran que los fenómenos involucran una mayor cantidad de factores.





Capítulo VII. CONCLUSIONES

La enseñanza y aprendizaje clínicos tradicionales en odontología se han centrado en modelos/enfoques de racionalidad técnica, dando énfasis en la enseñanza de conocimientos técnicos, procedimientos sistemáticos y enseñanza de protocolos. Lo anterior, no considera el carácter tácito y reflexivo de la práctica profesional, por lo que rara vez fomenta la resolución de problemas, el pensamiento crítico y el aprendizaje autodirigido; generándose un vacío entre el conocimiento profesional y las nuevas demandas de la práctica (29). Por lo anterior, es necesaria la incorporación de actividades que fomenten el desarrollo de un pensamiento reflexivo capaz de involucrar a los estudiantes en su aprendizaje, mejorando su aprendizaje clínico, desarrollo e identidad profesional (11).

Este estudio se centró en medir el nivel de pensamiento reflexivo y caracterizar la reflexión de los estudiantes como un valioso recurso para medir lo que los estudiantes perciben de su aprendizaje. Finalizada esta investigación, es posible identificar que la mayoría de los estudiantes alcanzan niveles de pensamiento reflexivo de comprensión y reflexión, por sobre aquellos de acción habitual y reflexión crítica. Además, por medio del análisis de contenido se identificaron tres ejes principales sobre los cuales se construye la práctica reflexiva en relación a la enseñanza clínica: (1) comprensión del estudiante sobre sus propias habilidades para enfrentar la clínica; (2) conceptualización del estudiante sobre el contexto clínico; y (3) comprensión del proceso de aprendizaje y estrategias de acción. En relación a la caracterización de las prácticas reflexivas según el nivel de pensamiento reflexivo, se observó que a medida que los estudiantes presentan un mayor nivel de pensamiento reflexivo sus respuestas se hacen más complejas e involucran una mayor cantidad de factores asociados a los fenómenos del aprendizaje.

La comprensión de estos procesos puede ayudarnos a comprender aspectos del currículo oculto y adaptar y desarrollar planes de estudios para asegurar que si bien, debemos garantizar un conjunto de normas y competencias según un umbral, esto sea compatible con el desarrollo de pensadores creativos e independientes capaces

de involucrarse en un proceso continuo de revisión de las acciones y resultados clínicos y planificación de estrategias futuras, con el fin de ofrecer las más alta calidad de atención (41,62). Además, coincidimos con lo expuesto por Monereo (9) en que la educación odontológica no debe limitarse al dominio del conocimiento y desarrollo de habilidades clínicas, sino a guiar su labor hacia el desarrollo de estrategias que permitan que los estudiantes aprendan de forma independiente, con autonomía, lo cual requiere desarrollar su capacidad de reflexión. De lo contrario, sólo fomentaremos el desarrollo de estudiantes programados para responder de manera automática a estímulos, planteados como objetivos, logros y rendimiento. Como resultado a esto, tendremos estudiantes acríticos, sin un compromiso personal ni con el conocimiento o entorno social (13).

Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones del estudio encontramos una tasa de participación sólo del 54% del curso; por lo que debido al pequeño tamaño muestral y a las dificultades propias de un muestreo por accesibilidad y conveniencia, los resultados pudiesen no ser representativos de toda la cohorte, siendo posible que los estudiantes más reflexivos hayan sido aquellos que accedieron a participar, no pudiendo generalizar los resultados al grupo en cuestión. La baja tasa de respuesta es congruente con lo observado por Modifi et al. y Sandars (6,42), en donde se observó una considerable resistencia estudiantil al desarrollo de actividades reflexivas y un bajo compromiso con la reflexión (42). Esta dificultad en la capacidad de involucrar a las personas en la reflexión, pudiese deberse a que la reflexión no es tan valorada como experiencias de aprendizaje práctico más complejas o tangibles (70), se considera trabajo ocupado o extra e incluso con un potencial negativo (6,51), lo que hace imperante la necesidad de ayudar a los estudiantes a reconocer y articular su valor como un componente del desarrollo profesional y del aprendizaje, y a conectar la reflexión con el proceso educativo, a través de una integración en cada sesión y en el curriculum en general (6).

Otra limitación del estudio es que exclusivamente se realizaron ejercicios de reflexión

individual. Sin embargo, una de las formas de obtener mejores resultados, podría ser la ejecución de grupos focales de discusión que permitieran a los estudiantes discutir sus experiencias de aprendizaje clínico. Dichas discusiones discutidas con pares son enriquecedoras debido a que más participantes podrían aumentar el área de conciencia, introducir perspectivas adicionales y crear un ambiente estimulante y crítico basado en preguntas y reacciones (62). Además, diversos estudios han demostrado que los grupos de discusión son percibidos positivamente por los estudiantes de odontología, recomendado las sesiones de reflexión grupal como útiles para vincular la teoría y la práctica, mejorar el aprendizaje, proporcionar un lugar para el debate abierto de algunas experiencias desafiantes que los estudiantes tienen durante sus actividades clínicas y contribuyen a la socialización profesional y una mayor autoconciencia profesional (11,51,70,106). Por lo que su implementación en estudios próximos podría otorgar alentadores resultados.

Por último, consideramos que la investigación futura debiese orientarse hacia la aplicación de la práctica reflexiva en Odontología. Lo anterior, se debe a que ya existe un consenso sobre la importancia de la reflexión y la necesidad de generar estrategias para inducir la capacidad de reflexionar en la práctica diaria. Por lo que consideramos que la investigación futura debiese centrarse en desarrollar estrategias tanto para los estudiantes, como para los mentores, para cultivar reflexiones relevantes e integrar la práctica reflexiva no como algo episódico, sino como una parte medular del curriculum de las carreras de las ciencias de la salud (57,62).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009; 14: 595–621. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10459-007-9090-2> [Consultado el 15 octubre 2017].
2. Liaison Committee on Medical Education. LCME accreditation standards. 2008. Disponible en https://med.fsu.edu/userfiles/file/FacultyDevelopment_Functions_and_Structure_of_a_Medical_School.pdf [Consultado el 30 agosto 2017].
3. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Outcome Project. 1999.
4. Sargeant JM, Mann KV, van der Vleuten CP, Metsemakers JF. Reflection: a link between receiving and using assessment feedback. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009; 14: 399-410. Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10459-008-9124-4> [Consultado el 15 octubre 2017].
5. Mamede S, Schmidt HG, Rikers R. Diagnostic errors and reflective practice in medicine. *J Eval Clin Pract* 2007;13:138–45. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2753.2006.00638.x> [Consultado el 15 octubre 2017].
6. Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Med Teach*. 2009;31(8):685–95. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01421590903050374?journalCode=imte20> [Consultado el 15 octubre 2017].
7. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999;282:833–9. Disponible en <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/191430> [Consultado el 15 octubre 2017].
8. Aronson L. Twelve tips for teaching reflection at all levels of medical education. *Med Teach* 2011; 33: 200–205. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2010.507714> [Consultado el 15 octubre 2017].
9. Tafur Puente R. La practica reflexiva como medio para el desarrollo de la autonomia en el aprendizaje. *Rev estilos Aprendiz*. 2009;2(3):165–76. Disponible en <http://learningstyles.uvu.edu/index.php/jls/article/download/163/121>. [Consultado el 15 octubre 2017].
10. Kember D, Jones A, Loke AY, et al. *Reflective teaching and learning in the health professions*. Oxford: Blackwell 2001.
11. Tsang AKL, Walsh LJ. Oral health students' perceptions of clinical reflective learning - relevance to their development as evolving professionals. *Eur J Dent Educ*. 2010;14(2):99–105. Disponible en

- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0579.2009.00598.x> [Consultado el 15 octubre 2017].
12. Reforma educacional chilena. Disponible en: <http://michellebachelet.cl/wp-content/uploads/2013/10/Reforma-Educacional-14-21.pdf>. [Consultado el 15 octubre 2017].
 13. Parra Chacón Edgar, Lago de Vergara Diana. Didáctica para el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes Universitarios. *Educ Med Super* 2003; 17(2). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000200009&lng=es. [Consultado el 15 octubre 2017].
 14. Asún Inostroza R, Zúñiga Rivas C, Ayala Reyes MC. La formación por competencias y los estudiantes: confluencias y divergencias en la construcción del docente ideal. *Calid en la Educ.* 2013; 38 :277–304. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-45652013000100008 [Consultado el 15 octubre 2017].
 15. Kottow M. Humanidades médicas: ¿Decorativas o substantivas? El caso de literatura y medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2014;38 :293–8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000300002&script=sci_abstract&lng=es [Consultado el 15 octubre 2017].
 16. CNA-Chile. Criterios de Acreditación de carreras de Odontología. Disponible en: <https://www.cnachile.cl/Criterios%20de%20carreras/odontologia.pdf> [Consultado el 15 octubre 2017].
 17. Jonas-Dwyer DRD, Abbott P V., Boyd N. First reflections: Third-year dentistry students' introduction to reflective practice. *Eur J Dent Educ.* 2013;17: 64-9. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0579.2012.00763.x> [Consultado el 15 octubre 2017].
 18. Tricio Jorge A, Woolford M, Escudier M. Dental students' reflective habits: is there a relation with their academic achievements? *Eur J Dent Educ.* 2015;19:113–21. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eje.12111> [Consultado el 15 octubre 2017].
 19. Atkins S, Murphy K. Reflection: a review of the literature. *J. Adv. Nurs* 1993; 18: 1188-1192.
 20. Boyd E.M, Fales A.W. Reflective learning key to learning from experience. *J. Humanist. Psychol.* 23: 99-117.
 21. FitzGerald Kirsten , Seale N. Sue, Carolyn A, Kerins Carolyn MR. The Critical Incident Technique: A Useful Tool for Conducting Qualitative Research. *J Dent Educ.* 2008; 72:299–304. Disponible en <http://www.jdentaled.org/content/72/3/299.long> [Consultado el 15 octubre 2017].
 22. Villegas M, Gonzalez F. La Investigación Cualitativa de la Vida Cotidiana: Medio Para la Construcción de Conocimiento Sobre lo Social a Partir de lo Individual.

- Psicoperspectivas 2011; 10: 35-59. Disponible en <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/147/153&a=bi&pagenumber=1&w=100> [Consultado el 15 octubre 2017].
23. Yáñez G Rodrigo, López-Mena Luis, Reyes R Fernando. LA TÉCNICA DE INCIDENTES CRÍTICOS: UNA HERRAMIENTA CLÁSICA Y VIGENTE EN ENFERMERÍA. *Cienc. Enferm* 2011; 17: 27-36. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200004 [Consultado el 15 octubre 2017].
 24. Dewey, J. *How we think: A restatement of the relation of reflective thinking to the educative process.* Heath & Co Publishers, 1933.
 25. Dewey J. *Logic: The Theory of Inquiry.* Holt, Rinehart and Winston; 1938.
 26. Dewey J. *Democracia y Educación. Una Introducción a la Filosofía de la Educación.* Editorial Losada; 1971.
 27. Bruster BG, Peterson BR. Using Critical Incidents in Teaching to Promote Reflective Practice. *Reflective Pract* 2013; 14: 170–82. Disponible en <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14623943.2012.732945> [Consultado el 15 octubre 2017].
 28. Schön D. *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones.* Editorial Paidós; 1987.
 29. Cassís A. Donald Schön: Una Práctica Profesional Reflexiva En La Universidad. *Compás Empres.* 2011;3 :54–8.
 30. Schön D. *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan.* Editorial Paidós; 1998.
 31. Hatton N, Smith D. Reflection in teacher education: towards definition and implementation. *Teach Teach Educ* 1995; 11: 33–49. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0742051X9400012U> [Consultado el 15 octubre 2017].
 32. Greenwood J. The role of reflection in single and double loop learning. *J Adv Nurs* 1998; 27: 1048–1053. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.1998.00579.x> [Consultado el 15 octubre 2017].
 33. Boud D, Keogh R, Walker D. *Reflection: turning experience into learning.* Kogan Page/Nichols; 1985.
 34. Ng SL, Kinsella EA, Friesen F HB. Reclaiming a theoretical orientation to reflection in medical education research: a critical narrative review. *Med Educ.* 2015;49:461–75. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/medu.12680> [Consultado el 15 octubre 2017].
 35. Brockbank A, Mc Gill I. *Aprendizaje reflexivo en la educación superior:* Ed. Morata,

- 2002; 86-108.
36. Gardner K, Bridges S, Walmsley D. International peer review in undergraduate dentistry: Enhancing reflective practice in an online community of practice. *Eur J Dent Educ.* 2012;16:208–12. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0579.2012.00743.x> [Consultado el 15 octubre 2017].
 37. Davies BR, Leung AN, Dunne SM, Dillon J, et al. Bespoke video vignettes – an approach to enhancing reflective learning developed by dental undergraduates and their clinical teachers. *Eur J Dent Educ.* 2017;21:33–6. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eje.12175> [Consultado el 15 octubre 2017].
 38. Aronson L, Niehaus B, Hill-Sakurai L, Lai C, et al. A comparison of two methods of teaching reflective ability in Year 3 medical students. *Med Educ.* 2012;46:807–14. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2923.2012.04299.x> [Consultado el 15 octubre 2017].
 39. Moon JA. *A Handbook of Reflective and Experiential Learning: Theory and Practice.* RoutledgeFalmer 2004.
 40. Mezirow J. On critical reflection. *Adult Educ Quart* 1998;48:185–98.
 41. Ashley FA, Gibson B, Daly B, Lygo Baker S, et al. Undergraduate and postgraduate dental students’ “reflection on learning”: a qualitative study. *Eur J Dent Educ* 2006;10: 10–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0579.2006.00390.x> [Consultado el 15 octubre 2017].
 42. Wilson HJ, Ayers KM. Using significant event analysis in dental and medical education. *J Dent Educ.* 2004; 68: 446-53. Disponible en <http://www.jdentaled.org/content/68/4/446.long> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 43. Mezirow J. Transformative learning: theory to practice. *New Direct Adult Contin Educ* 1997;74:5–12.
 44. Kember D, Leung DYP, Jones A, Loke AY et al. Development of a Questionnaire to Measure the Level of Reflective Thinking. *Assess Eval High Educ* 2000; 25 :381–95. Disponible en : <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713611442> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 45. Mezirow, J. *Transformative dimensions of adult learning.* Jossey-Bass 1991.
 46. Mitchell R, Regan-Smith M, Fisher MA, Knox I et al. A new measure of the cognitive, metacognitive, and experiential aspects of residents’ learning. *Acad Med* 2009; 84: 918–926. Disponible en <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=19550190> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 47. Sobral D. An appraisal of medical students’ reflection-in-learning. *Med Educ* 2000; 34: 182–187. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365->

- 2923.2000.00473.x [Consultado el 20 de noviembre 2017].
48. Gracey C, Haidet P, Branch W, et al. Precepting humanism: strategies for fostering the human dimensions of care in ambulatory settings. *Acad Med* 2005; 80: 21–28. Disponible en https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2005/01000/Precepting_Humanism__Strategies_for_Fostering_the.7.aspx [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 49. Mofidi M, Strauss R, Pitner LL, Sandler ES. Dental students' reflections on their community-based experiences: the use of critical incidents. *J Dent Educ* 2003; 68: 515–523. Disponible en: <http://www.jdentaled.org/content/67/5/515.long> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 50. Mamede S, Schmidt HG. The structure of reflective practice in medicine. *Med Educ* 2004;38:1302–8. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2929.2004.01917.x> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 51. Quick KK. Conversation Salons: A Flexible Format for Open Discourse in Dental Education. *J Dent Educ*. 2016; 80:466-72. Disponible en: <http://www.jdentaled.org/content/80/4/466.long> [consultado el 20 de noviembre 2017].
 52. Jones EK, Kittendorf AL KA. Creative art and medical student development: a qualitative study. *Med Educ*. 2017;51:174–83. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/medu.13140> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 53. Wald H.S, Davis S.W, Reis S.P, Monroe A.D, et al. Reflecting on reflections: Enhancement of medical education curriculum with structured field notes and guided feedback. *Acad Med*. 2009; 84:830-7. Disponible en https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2009/07000/Reflecting_on_Reflections__Enhancement_of_Medical.9.aspx [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 54. Ward A, Gracey J. Reflective practice in physiotherapy curricula: A survey of UK university based professional practice coordinators. *Medical Teacher* 2006; 28:32–39. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01421590600568512> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 55. Horton-Deutsch S, Sherwood G. Reflection: An educational strategy to develop emotionally-competent nurse leaders. *Journal of Nursing Management* 2008; 16: 946–954. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2834.2008.00957.x> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 56. Lyons J. Reflective education for professional practice: Discovering knowledge from experience. *Nurse Education Today* 1999; 19: 29–34. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026069179990607X?via%3Dihub> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 57. Norrie C, Hammond J, D`Avray L, Collington V. Doing it differently? A review of literature on teaching reflective practice across health and social care professions.

- Reflective Pract. 2012;13:565–78. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14623943.2012.670628> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
58. Kember D. Determining the level of reflective thinking from students' written journals using a coding scheme based on the work of Mezirow. *Int J Lifelong Educ* 1999; 18: 18–30. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/026013799293928> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 59. Branch W. Use of Critical Incident Reports in Medical Education. A perspective. *J Gen Intern Med.* 2005; 20: 1063–1067. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490252/> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 60. Fernsten L, Fernsten J. Portfolio assessment and reflection: enhancing learning through effective practice. *Reflect Prac* 2005; 6: 303–309. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14623940500106542> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 61. Koole S, Fine P, De Bruyn H. Using discussion groups as a strategy for postgraduate implant dentistry students to reflect. *Eur J Dent Educ* 2016;20:59-64. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eje.12148> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 62. Koole S, Christiaens V, Cosyn J, De Bruyn H. Facilitating Dental Student Reflections: Using Mentor Groups to Discuss Clinical Experiences and Personal Development. *J Dent Educ* 2016;80:1212–8. Disponible en: <http://www.jdentaled.org/content/80/10/1212.long> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 63. Platzer H, Blake, D, Ashford D. An evaluation of process and outcomes from learning through reflective practice groups on a post-registration nursing course. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31: 689–695. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2000.01337.x> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 64. Sen B, Ford N. Developing reflective practice in LIS education: The SEA- change model of reflection. *Education for Information* 2009; 27:181–195. Disponible en <https://eric.ed.gov/?id=EJ930144> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 65. Wong FKY, Kember D, Chung L, Yan L. Assessing the level of student reflection from reflective journals. *J Adv Nurs* 1995; 22: 48–57. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.1995.22010048.x> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
 66. Boud D, Walker D. Promoting reflection in professional courses: the challenge of context. *Stud High Educ* 1998; 23: 191–206. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03075079812331380384> [Consultado el 20 de noviembre 2017].

67. Bulpitt H, Deane M. Connecting reflective learning, teaching and assessment. Higher Education Academy; 2009.
68. Cadman K, Clarke E, Lethbridge Z, Millward J, et al. Reflection: a casualty of modularisation? Enquiry Based Reflection Research Group. *Nurse Education Today* 2003; 23: 11–18. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691702001582> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
69. Braine, M.E. Exploring new nurse teachers' perception and understanding of reflection: An exploratory study. *Nurse Education in Practice* 2009; 9: 262–270. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595308000978?via%3Dihub> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
70. Gallagher L, Lawler D, Brady V, OBoyle C, et al. An evaluation of the appropriateness and effectiveness of structured reflection for midwifery students in Ireland. *Nurse Educ Pract* 2017;22:7–14. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2016.11.003> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
71. Carroll M, Curtis L, Higgins A, Nicholl H, et al. Is there a place for reflective practice in the nursing curriculum? *Nurse Educ. Pract* 2002; 2: 13-20. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595302900508> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
72. Swanwick T. *Understanding Medical Education. Evidence, theory and practice.* Wiley-Blackwell; 2012.
73. Lifshitz A. La enseñanza de la competencia clínica. *Gac Med Mex.* 2004;140:312–3. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000300010 [Consultado el 20 de noviembre 2017].
74. Ortega J. Una práctica docente sustentada en la reflexión. *Rev Educ Ciencias Salud.* 2014;11:7–10. Disponible en <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol1122014/esq112.pdf> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
75. Ortega J, Nocetti A, Ortiz L. Prácticas reflexivas del proceso de enseñanza en docentes universitarios de las ciencias de la salud. *Educ Med Super* 2015; 29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000300016&lng=es. [consultado el 20 de noviembre 2017].
76. Davies B, Leung A, Dunne S. So how do you see our teaching? Some observations received from past and present students at the Maurice Wohl Dental Centre. *Eur J Dent Educ* 2012; 16: 138–143. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0579.2012.00733.x> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
77. Duffy A. Guiding students through reflective practice e the preceptors experiences: a qualitative descriptive study. *Nurse Educ. Pract.* 2009; 9: 166-175. Disponible en

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595308000711?via%3Dihub>
[Consultado el 20 de noviembre 2017].

78. Ihm J, Seo D. Does Reflective Learning with Feedback Improve Dental Students' Self-Perceived Competence in Clinical Preparedness? *J Dent Educ.* 2016;80:173–82. Disponible en <http://www.jdentaled.org/lookup/pmidlookup?view=long&pmid=26834135> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
79. Boyd LD. Reflections on clinical practice by first-year dental students: a qualitative study. *J Dent Educ* 2002; 66: 710–720. Disponible en <http://www.jdentaled.org/content/66/6/710.long> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
80. Mezirow J. *Fostering critical reflection in adulthood.* Jossey-Bass; 1990.
81. Boyd LD. Development of reflective judgement in the pre-doctoral dental clinical curriculum. *Eur J Dent Educ* 2008; 12: 149–158. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0579.2008.00511.x> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
82. General Dental Council. *Standards and scope of practice: principles of team working.* London: General Dental Council; 2006.
83. Plack MM, Greenberg L. The reflective practitioner: reaching for excellence in practice. *Pediatrics* 2005;116: 1546-52. Disponible en http://pediatrics.aappublications.org/content/116/6/1546.long?sso=1&sso_redirect_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token [Consultado el 20 de noviembre 2017].
84. Lawton F. What can be done to correct deficiencies in the undergraduate course? *Int Dent J* 1976; 26: 67–72.
85. Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC, Clyman SG, et al. Medical Students' Professionalism Narratives: A Window on the Informal and Hidden Curriculum. *Acad Med.* 2010; 85: 124-33. Disponible en https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2010/01000/Medical_Students__Professionalism_Narratives__A.35.aspx [Consultado el 20 de noviembre 2017].
86. Jarvis P. Reflective practice and nursing. *Nurse Educ Today* 1992; 12: 174–181.
87. Woodman T, Pee B, Fry H, Davenport ES. Practice-based learning: emerging professional characteristics, self-concepts and patterns of knowing in dental training. *Eur J Dent Educ* 2002; 6: 9–15. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1600-0579.2002.060103.x> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
88. Bericat E. *La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social.* Cap 5: “estrategias y usos de la integración.” Ariel; 1998.
89. Simons H. *El estudio de caso: Teoría y práctica.* Ediciones Morata, S.L; 2011.

90. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int J Morphol* 2017; 35 :227–32. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=en [Consultado el 20 de noviembre 2017].
91. Lethbridge K, Andrusyszyn MA, Iwasiw C, Laschinger HKS, et al. Assessing the psychometric properties of Kember and Leung's Reflection Questionnaire. *Assess Eval High Educ.* 2013;38:303–25. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02602938.2011.630977> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
92. Medina J. Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería. Publicaciones de la Universidad de Barcelona; 2006.
93. Krippendorff K. Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica. Paidós: Barcelona; 1997.
94. Bardín L. Análisis de contenido. Ediciones Akal; 1986.
95. Berelson B. Content Analysis: Handbook of social psychology. Tomo I. New York, Lindzey; 1967.
96. Phan H. Predicting change in epistemological beliefs, reflective thinking and learning styles: a longitudinal study. *Br J Educ Psychol* 2008; 78: 75–93. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/000709907X204354> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
97. Tate S. Educating for Reflective Practice. *J Altern Complement Med.* 2003;9 :773–7. Disponible en <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/107555303322524634?journalCode=acm> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
98. Ruffinelli A. Formación de docentes reflexivos : un enfoque en construcción y disputa. *Educ Pesqui* 2017; 43:97-111. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/ep/v43n1/1517-9702-ep-43-1-0097.pdf> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
99. Concha S, Hernández C, del Río F, Romo F et al. Reflexión pedagógica en base a casos y dominio de lenguaje académico en estudiantes de cuarto año de pedagogía en educación básica. *Calidad en la educación* 2013; 38: 81-113. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-45652013000100002 [Consultado el 20 de noviembre 2017].
100. Serrano C. Diagnóstico de clima educacional , carrera de Odontología , Universidad de Concepción. 2012;9:43–9. Disponible en <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol912012/artinv9112e.pdf> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
101. Zeegers P, Martin L. A learning to learn program in a first-year chemistry class. *Higher Educ Res Dev* 2001; 20: 35–52. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07924360120043630?journalCode=cher2>

0 [Consultado el 20 de noviembre 2017]

102. Nicholls G. Developing teaching and learning in higher education. Routledge Falmer; 2002.
103. Ramsden P. Learning to teach in higher education. Routledge, 1992.
104. Gokhale A. Collaborative learning enhances critical thinking. J Technol Educ 1995; 7: 1045–1064. Disponible en <https://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JTE/v7n1/gokhale.jte-v7n1.html> [Consultado el 20 de noviembre 2017].
105. Jarvis P. Adult and continuing education. Routledge; 1995.
106. Koole S, De Wever B, Aper L, et al. Using online periodontal case-based discussions to synchronize theoretical and clinical undergraduate dental education. Eur J Dent Educ 2012;16:52-8. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0579.2011.00719.x> [Consultado el 20 de noviembre 2017].





ANEXO 1: Información y consentimiento de participación



INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Prácticas reflexivas en relación a la enseñanza clínica en estudiantes de Odontología de una universidad tradicional chilena.

PARTE I. INFORMACIÓN AL ESTUDIANTE

Introducción: Mi nombre es Paulina Pérez y soy docente colaboradora de las asignaturas de Operatoria Dental I y Materiales y Preclínicas integradas I y II, del Dpto. de Odontología Restauradora de la Fac. de Odontología de la UdeC. Como parte de mi tesis para optar al grado de Magíster en Educación Médica para Ciencias de la Salud, estoy desarrollando un estudio al cual se le invita a participar.

Propósito: este estudio tiene como objetivo describir las prácticas reflexivas en relación a la enseñanza clínica en alumnos de cuarto año de Odontología, en una universidad tradicional chilena.

Tipo de intervención: si Ud. acepta participar, se le proporcionarán dos instrumentos de recolección de datos: (1) *Cuestionario reflexivo* (Kember et al., 2000, modificado por Tricio et al., 2014 para estudiantes de Odontología) y (2) *Cuestionario de preguntas abiertas*. Estos serán entregados vía correo electrónico o en papel, dependiendo de su disponibilidad y preferencia. Sólo deberá responder en una instancia ambos cuestionarios, cuya duración aproximada es de 15-20 minutos. Sus respuestas, deberán ser entregados a la investigadora, durante las dos primeras semanas de diciembre.

Selección de los participantes: se invitará a los alumnos regulares de la asignatura de Operatoria Dental I de cuarto año, cohorte 2017.

Participación voluntaria: Su participación será de carácter voluntario, mediado por un proceso de consentimiento informado. Como participante, usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto involucre una sanción.

Duración: El proyecto tendrá una duración de dos semanas para la recolección de los datos, durante éste, se recibirán las respuestas vía correo electrónico (al correo pauperez@udec.cl) o a través de la información en papel, entregada directamente a la investigadora principal.

Riesgos: Esta investigación no implica riesgos en contra de su bienestar físico o mental. Asimismo, los resultados obtenidos mediante ambos instrumentos, no incidirán en sus actividades académicas de manera alguna, siendo resguardada la confidencialidad de los datos a través de la codificación de la información y el conocimiento de ésta sólo por parte de la investigadora principal.

Beneficios: A partir de esta intervención se le hará llegar una retroalimentación de su nivel de pensamiento reflexivo y cómo ocurre éste, en relación a la clínica, si usted lo solicita. Para esto, deberá enviar un correo a la investigadora principal señalando su fecha de nacimiento y número de matrícula. Además, los resultados de la investigación permitirán realizar un diagnóstico de cómo ocurren los complejos procesos de reflexión en la clínica, permitiendo a futuro realizar intervenciones educativas que permitan fomentar su desarrollo.

Incentivos: Los participantes no recibirán retribución económica ni académica por su participación.

Confidencialidad: Se le solicitará identificarse con su número de matrícula y fecha de nacimiento para relacionar los datos de ambas encuestas, pero su confidencialidad será resguardada codificando la identidad de todos los participantes, la que sólo será conocida por el Investigador Principal y no será considerada durante el procesamiento de los datos ni en ningún otro momento. Además, los datos serán almacenados en ordenadores resguardados con clave.

Difusión de los Resultados: Las publicaciones generadas a partir del proyecto, mantendrán el anonimato de la identidad de todos los estudiantes e instituciones participantes. Se le proporcionará un resumen si Ud. lo solicita.

Derecho a negarse o retirarse: El rechazo a participar o el retiro en cualquier momento de la investigación no tendrán ningún tipo de castigo o consecuencia.

A Quién Contactar: Cualquier pregunta respecto al desarrollo de la investigación o sobre los resultados de ésta, parcial o final, puede contactar con el investigador principal, Paulina Pérez Cabezas (*Correo electrónico: pauperez@udec.cl*)

PARTE II: Formulario de Consentimiento

Usted ha sido invitado(a) a participar voluntariamente en una investigación, cuyo objetivo es describir las prácticas reflexivas en relación a la enseñanza clínica en estudiantes de Odontología de una universidad tradicional Chilena. La investigadora principal es Paulina Pérez Cabezas y la investigación forma parte de la tesis para optar al grado de Magister en Educación para Ciencias de la Salud.

Por este motivo, se solicita su colaboración para responder a dos instrumentos de medición del pensamiento reflexivo: (1) *Cuestionario reflexivo* (Kember et al., 2000, modificado por Tricio et al., 2014 para estudiantes de Odontología) y (2) *Cuestionario de preguntas abiertas*, lo cual se realizará durante el segundo semestre del año 2017.

Declaro que se me informó que mi participación será de carácter voluntario y mediado por un proceso de consentimiento informado. Para poder analizar las respuestas de cada participante, se solicita que me identifique con mi número de matrícula y fecha de nacimiento al inicio de cada instrumento. No obstante, los investigadores se comprometen a que la información que entregaré en estos instrumentos sólo será utilizada para responder a los objetivos de este estudio y será confidencial, siendo los datos manejados exclusivamente por los investigadores y almacenados en ordenadores resguardados con clave.

Además, consiento que tanto a mí como a la institución a la cual pertenezco, se nos hará entrega, en caso de que lo solicitemos, de un resumen con los resultados generales del estudio, el cual no identificará a los participantes. También, se me ha garantizado que el estudio no implica exponerme a situaciones que atenten en contra de mi bienestar físico o mental y que no afectará mi situación académica. Si en algún momento siento que el proceso de encuestaje me incomoda, puedo solicitar que se detenga inmediatamente la recolección de datos. Estoy al tanto de que la participación que se me solicita es voluntaria, que no recibiré pago alguno por mi colaboración y que puedo negarme a participar o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin necesidad de dar explicaciones y que esto no tendrá ningún tipo de consecuencias para mí.

Por último, he sido informado que puedo pedir mayor información del estudio al investigador principal, **Paulina Pérez Cabezas** escribiéndole a su correo pauperez@udec.cl.

A partir de los antecedentes antes mencionados, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____ **Fecha:** _____

Notas:

Usted se quedará con una copia de este consentimiento como garantía de las condiciones de su participación.

Si desea recibir un resumen de los resultados del estudio una vez que éste se encuentre terminado, indique su dirección de correo electrónico, o, si no posee una, indique su dirección de correo postal:

Correo electrónico: _____

Equipo investigador



ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos



Por favor, ingrese su número de matrícula y fecha de nacimiento. Recuerde que esta información sólo se usará para parear los distintos instrumentos que se le aplican y no se hará ningún otro uso de él.

Número de matrícula	Fecha de nacimiento

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Para iniciar, necesitamos que nos entregue la siguiente información.

Género	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
---------------	-----------------------------------	------------------------------------

Edad	___ años
-------------	----------

Año de ingreso a la carrera	_____
------------------------------------	-------

¿Es la primera vez que cursa asignaturas clínicas en la carrera de Odontología?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---

Si su respuesta es NO, señale cuántas veces ha cursado asignaturas clínicas antes	_____ veces
--	-------------

¿Ha cursado otra carrera universitaria?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuál?	_____

¿Realiza alguna actividad extracurricular?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cuál?	_____

¿Cuál es su procedencia?	<input type="checkbox"/> Concepción <input type="checkbox"/> Otras ciudades
---------------------------------	--

Estado civil	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Conviviente no casado (a) <input type="checkbox"/> Separado/divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)
---------------------	--

Hijos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--------------	---

Recuerde que la información que nos ha entregado es confidencial, sólo será utilizada por el equipo investigador y en ningún momento se hará un análisis individualizado de esta.

Cuestionario Reflexivo de Kember & al. Modificado

Por favor rellene el cuadro apropiado utilizando una cruz (X) para indicar su grado de conformidad con todas las afirmaciones respecto a sus pensamientos y acciones clínicas durante el presente curso o año.

Por favor, ingrese su número de matrícula y fecha de nacimiento:

Número de matrícula	Fecha de nacimiento

	Afirmaciones	Completamente de acuerdo	De acuerdo con alguna reserva	Neutral	Desacuerdo con alguna reserva	Completamente en desacuerdo
1	Cuando estoy trabajando en algunas actividades prácticas/clínicas, puedo hacerlas sin pensar en lo que estoy haciendo					
2	Los ramos de la carrera de Odontología requieren comprender los conceptos enseñados por los docentes					
3	A veces me cuestiono la forma en que otros hacen algo y trato de pensar en una mejor alternativa para hacerlo					
4	Como resultado del entrenamiento en la carrera de Odontología he cambiado la manera en que me veo a mi mismo/a					
5	Como parte del entrenamiento en la carrera de Odontología realizamos tantas veces las acciones que ahora las hago sin pensar					
6	Para aprobar los ramos de la carrera de Odontología es necesario comprender sus contenidos					
7	Me gusta pensar sobre lo que he estado haciendo y considerar formas alternativas para hacerlo mejor					
8	Mi entrenamiento en la carrera de Odontología ha desafiado algunas de mis ideas firmemente arraigadas					
9	Mientras pueda recordar la información entregada en clases para los exámenes, no tengo que pensar demasiado					
10	Para realizar las acciones prácticas/clínicas, necesito entender la información entregada por los docentes					
11	A menudo reflexiono sobre mis acciones para ver si lo podría haber hecho mejor					
12	Como resultado de lo aprendido en la carrera de Odontología, he cambiado mi forma habitual de hacer las cosas					
13	Si sigo lo que los docentes dicen en mis ramos de la carrera de Odontología, no tengo que pensar mucho					

14	En los ramos de la carrera de Odontología tengo que pensar continuamente en la información que está siendo enseñada					
15	A menudo re-evalúo mis experiencias de tal forma de poder aprender de ellas y así mejorar mi futuro desempeño					
16	Durante mi entrenamiento en la carrera de Odontología he descubierto errores en lo que antes creía que era correcto					

Kember et al. 2000



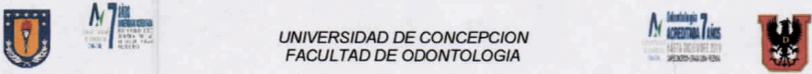
CUESTIONARIO DE PREGUNTAS ABIERTAS

Por favor, ingrese su número de matrícula y fecha de nacimiento:

Número de matrícula	Fecha de nacimiento

Cuestionario reflexivo
<p>Instrucciones: responda las siguientes preguntas en relación a sus actividades clínicas. Recuerde que la información que nos ha entregado es confidencial y sólo será utilizada por el equipo investigador, no realizándose en ningún momento un análisis individualizado de ésta.</p>
<p>Reflexión antes de la acción</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ¿Qué expectativas tenía antes de comenzar sus actividades clínicas?▪ ¿Qué acciones creía que sería capaz de realizar al ingresar a sus actividades clínicas?▪ ¿Qué ideas o preocupaciones solían activar inseguridades antes de realizar sus actividades clínicas?▪ ¿Qué ideas o factores le solían brindar seguridad y/o confianza antes de iniciar una sesión clínica?
<p>Reflexión en la acción (en la clínica)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ¿Cómo considera que se desarrolló durante el desarrollo de sus actividades clínicas?▪ ¿De qué manera el conocimiento teórico ayudó al desempeño durante sus prácticas clínicas?▪ ¿Cuál fue el impacto de su tutor clínico durante su desempeño en sus actividades clínicas?▪ ¿Cuál fue el impacto de sus aptitudes/emociones durante su desempeño en sus actividades clínicas?▪ ¿Qué otros factores pudieron haber influido durante su desempeño clínico?▪ ¿Qué cambios realizó durante sus actividades clínicas con el propósito de hacerlas más eficaces?
<p>Reflexión sobre la acción</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ¿Qué podría hacer de manera diferente si se enfrentara por primera vez a una actividad clínica?▪ ¿Qué podría hacer para mejorar su desempeño clínico en el futuro?▪ ¿Qué consideró más relevante para su aprendizaje clínico?▪ ¿Qué siente que hizo bien durante sus actividades clínicas?▪ ¿Qué cree que podría mejorar en relación a su aprendizaje clínico?

ANEXO 3: Certificado de aprobación comité de Bioética



CERTIFICADO
C.I.Y.B. N°061/17

El Comité de Bioética en reunión ordinaria vio la solicitud de aprobación del Proyecto de Investigación **"Prácticas reflexivas en relación a la enseñanza clínica en estudiantes de Odontología de una universidad tradicional chilena"** presentado por Paulina Pérez.

Ante lo expuesto el Comité declara:

1. Que el o los investigadores son idóneos para efectuar lo programado.
2. Que el estudio presenta una base teórica, una metodología y objetivos que reflejan ser un aporte significativo al conocimiento.
3. Existe un claro cuidado y respeto hacia los sujetos que se investigan, advirtiéndose sobre los riesgos y beneficios involucrados.
4. El consentimiento informado es claro, asegura la confidencialidad de la información y la garantía del retiro voluntario de los participantes.
5. Que por todo lo anterior este comité de Bioética no presenta ningún reparo o inconveniente atinente a nuestra área.

En consecuencia **se aprueba** el proyecto.

Se extiende el presente documento a petición de los interesados, para fines convenientes.


DRA. GABRIELA SÁNCHEZ SANHUEZA
Presidenta
Comisión de Investigación y Bioética
Facultad de Odontología
Universidad de Concepción

Concepción, 27 de Noviembre de 2017

Roosevelt #1550, Casilla 160-C, Concepción-Chile
Fono 56-412204292