



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Conocimiento didáctico del contenido en docentes clínicos expertos de la carrera de odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Yasna Moreno Yáñez

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

TESIS DOCTORAL

CONOCIMIENTO DIDÁCTICO DEL CONTENIDO EN
DOCENTES CLÍNICOS EXPERTOS DE LA CARRERA
DE ODONTOLOGÍA DE LA PONTIFICIA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

Doctoranda: Yasna Moreno Yáñez



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

CONOCIMIENTO DIDÁCTICO DEL CONTENIDO EN
DOCENTES CLÍNICOS EXPERTOS DE LA CARRERA
DE ODONTOLOGÍA DE LA PONTIFICIA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

Programa de doctorado Educación y Sociedad

Facultad de Educación

Yasna Paola Moreno Yáñez, doctoranda

Dr. José Luis Medina Moya, director y tutor

Dra. Beatriz Jarauta Borrasca, directora

AGRADECIMIENTOS

Escribir los agradecimientos parece sencillo, pero no lo es, son muchas las personas que de una u otra forma han colaborado para elaborar este estudio. La mejor manera de expresar mi aprecio ha sido conversarlo directamente con ellos, pero dejar este testimonio me parece también muy valioso.

En primer lugar, agradezco a mi familia, quienes son el mayor proyecto de mi vida y por los que cada día es apreciado. Porque cada uno de ellos ha alentado el logro de este paso en mi carrera profesional: mis hijos, Catalina y Maximiliano, mi madre, Margarita, y mi esposo, Marcos, pacientes y solidarios, que sin duda son el motor de mi día a día, la inspiración para hacer de cada desafío un momento de aprendizaje y seguir con la motivación para llegar a la meta.

A mi director de Tesis, Dr. José Luis Medina, quien me impulsó hacia este camino del doctorado y vio en mis ideas un plan de trabajo que yo no había pensado. Junto a él, mis sinceros agradecimientos a la directora, Dra. Beatriz Jarauta, quien con su guía permitió el avance paso a paso en este trabajo.

Debo un reconocimiento especial a mis colegas y docentes clínicos, expertos de la carrera de odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, seleccionados para este trabajo. Por permitir conocer y aprender más de su quehacer como docentes en la clínica y sobre todo su generosidad para dedicar tiempo a mi trabajo en esta tesis.

A mis compañeros de labores en la Clínica Integral del Adulto de V año y del Curso Procesos para el ejercicio clínico odontológico de la carrera de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Por su cariño y apoyo constante y, junto a ellos, a los estudiantes que con su energía me dieron la fuerza para continuar en este proyecto.

Destaco la compañía de amigos y colegas que con sus palabras me animaron y confortaron en momentos claves para no dejar la tarea emprendida.

A cada uno mi máxima gratitud, por la bondad y cariño demostrado en este camino recorrido.

RESUMEN

Esta tesis describe la práctica docente de académicos cirujano-dentistas clínicos, considerados expertos por la comunidad odontológica, a través del constructo Conocimiento Didáctico del Contenido. Busca entender la transformación del conocimiento disciplinar por los docentes más valorados, en formas comprensibles para los estudiantes que reciben su aprendizaje en la clínica docente odontológica.

El objetivo de la presente investigación es reconocer y definir las dimensiones y manifestaciones del *Conocimiento Didáctico del Contenido* que se observa en los docentes clínicos más valorados de la Carrera de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

La indagación se basó en una metodología que se lleva a cabo desde la Investigación Cualitativa, como un estudio de casos, con un enfoque interpretativo basado en la observación no participante en contexto. Las observaciones se registraron utilizando videograbaciones, entrevistas en profundidad y un cuaderno de campo.

Se seleccionaron tres docentes clínicos expertos, altamente valorados, con la colaboración de estudiantes, docentes clínicos y directivos de la carrera. El trabajo de campo se efectuó en la Clínica Odontológica Docente UC (CODUC) durante un período de 8 meses entre los años 2017 y 2018. Los datos se analizaron de forma inductiva, generando temas de interés y utilizando la estrategia de las comparaciones constantes propuesta por Glaser y Strauss (1967).

De los datos recabados se obtuvieron las unidades de significado, posteriormente las categorías y finalmente, en un segundo análisis, se reunieron en metacategorías apoyando el análisis con el programa cualitativo ATLAS Ti versión 8.1.3.

Se observaron características comunes entre los docentes valorados por la comunidad odontológica, sintetizadas en: valores y principios y formación académica y profesional.

Junto a esto, sus creencias y actitudes, se presentan las manifestaciones de su Conocimiento Didáctico del Contenido-CDC-en sus prácticas, en la clínica docente.

ABSTRACT

This thesis describes the teaching practice of clinical dental surgeons' academics, who are considered experts in the odontology community, by the "Didactic Knowledge of Content", transforming the disciplinary knowledge in ways that are more understandable to students.

The purpose of this research is to recognize and define the dimensions and manifestations of the "Didactic Knowledge of Content" that can be seen in the most valued clinical teachers of the Dentistry Career at the Pontificia Universidad Católica de Chile.

The study is carried out from a qualitative research with an interpretative point of view, like a study of cases, based in a not participant observation context, using in depth interviews and field studies.

Three clinical academic experts were selected with the participation of students, clinical teachers and directives of the career. The field work was made in the Teaching Odontology Clinic UC (CODUC), in a period of eight months between the years 2017 and 2018. The data was analyzed in an inductive way, creating topics of interest by using constant comparisons proposed by Glaser and Strauss (1967).

Of the obtained data, units of meaning were extracted, then the categories and finally, in a second analysis, reunited in metacategories with a common topic. The Qualitative Program ATLAS Ti 8.1.3 contributed at the analysis.

Four metacategories were made: Safe environment for teaching and learning at the clinic, Beliefs of the Expert Clinical Professor about teaching in a teaching clinic, Disciplinary training, Pedagogical training of the Expert Clinical Professor and Manifestations of the Pedagogical Knowledge of Content.

ÍNDICE

CONOCIMIENTO DIDÁCTICO DEL CONTENIDO EN DOCENTES CLÍNICOS EXPERTOS DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.	I
AGRADECIMIENTOS	I
RESUMEN.....	III
<i>ABSTRACT</i>	V
INTRODUCCIÓN	X
1. ORIGEN Y PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1. Biografía y contexto del estudio.	3
1.2. Elección del tema a estudiar.	7
1.3. Interrogantes de la investigación.	14
1.4. Propósitos y objetivos.....	15
1.4.1. Objetivo general.....	15
1.4.2. Objetivos específicos	15
2. EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE.....	18
2.1. La educación superior universitaria en Chile.	19
2.2. El docente universitario.	23
2.3. ¿Cómo aprenden a enseñar los académicos universitarios?	29
2.4. El docente experto	33
2.5. Docencia de calidad.....	34
2.6. La carrera de Odontología en la Pontificia Universidad Católica de Chile.....	39
2.6.1. Malla curricular de odontología UC	41
2.7. Conocimiento base para la enseñanza	45
2.7.1. Conocimiento del contenido	47
2.7.2. Conocimiento profesional	48
2.7.3. Conocimiento experto	50
2.7.4. Conocimiento didáctico del contenido: CDC	52
2.7.5. Conocimiento práctico reflexivo.....	62
2.8. Estilos de enseñanza y aprendizaje.....	63
2.9. Retroalimentación: Feedback y Feedforward.....	70

3.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	76
3.1.	Presentación.....	76
3.2.	Fundamentos.....	78
3.3.	Diseño metodológico.....	81
3.3.1.	El estudio de casos.....	81
3.3.2.	Selección de sujetos participantes.....	83
3.3.3.	Estrategia para recoger la información.....	84
3.4.	Análisis de la información.....	90
3.5.	Rigor metodológico.....	92
3.6.	Aspectos éticos de la investigación.....	96
3.6.1.	Consentimiento Informado.....	97
3.6.2.	Confidencialidad.....	98
4.	TRABAJO DE CAMPO, en el escenario.....	101
4.1.	Presentación.....	101
4.2.	Contexto institucional de los casos de estudio.....	102
4.2.1.	Pontificia Universidad Católica de Chile.....	102
4.2.2.	Escuela de Odontología UC.....	103
4.3.	Perfil de académico UC.....	106
4.4.	Entrada al escenario.....	109
4.4.1.	Identificación de los docentes clínicos más valorados de la carrera de odontología.....	110
4.4.2.	Casos seleccionados.....	111
4.4.3.	Criterios de exclusión.....	115
4.5.	Recolección de información.....	116
4.5.1.	Observación no participante.....	116
4.5.2.	Entrevista en profundidad.....	119
4.6.	Rigor Metodológico.....	126
4.6.1.	Credibilidad.....	126
4.6.2.	Transferibilidad.....	128
4.6.3.	Dependencia.....	128
4.6.4.	Confirmabilidad.....	128
4.7.	Consideraciones éticas de la investigación.....	129

4.8.	Manejo y análisis de la información	130
4.8.1.	Etapa inicial de análisis: Segmentación, Codificación y Categorización	131
4.8.2.	Segundo nivel de análisis: Núcleos temáticos	139
5.	RESULTADOS, lo que se obtuvo	146
5.1.	Presentación	146
5.2.	Resultados en base a las dimensiones obtenidas	147
5.3.	Características del DCE que contribuyen al aprendizaje, Contexto Seguro para la enseñanza y Aprendizaje en clínica.....	149
5.3.1.	Contexto y clima de aprendizaje seguro en Clínica.....	151
5.3.2.	Cercanía con el estudiante.....	155
5.3.3.	Cercanía con el paciente.....	159
5.3.4.	Estrategia de motivación y valoración positiva	163
5.4.	Creencias del DCE para la enseñanza y el aprendizaje	167
5.4.1.	Antigüedad docente y experiencia docente.....	171
5.4.2.	Conocimiento del alumnado	174
5.4.3.	Intuición docente.....	177
5.4.4.	Modelo y personalidad.....	178
5.5.	Formación disciplinar y Formación pedagógica del DCE.....	182
5.5.1.	Acceso a la docencia	185
5.5.2.	Conocimiento del contenido y Conocimiento disciplinar.....	187
5.5.3.	Explicitación de utilidad	192
5.5.4.	Observación Experiencia propia y Trabajo clínico asistencial	194
5.6.	Manifestaciones del CDC en la práctica clínica.	196
5.6.1.	Anticipación de aplicación y anticipación clínica.....	196
5.6.2.	Conocimiento del alumnado	199
5.6.3.	Consciencia situacional.....	202
5.6.4.	Interrogación didáctica, Errores de aprendizaje e Interpretación didáctica	205
5.6.5.	Pensamiento en voz alta y Pensamiento experto.....	209
5.6.6.	Retroalimentación	212
5.6.7.	Resolución de problemas clínicos.....	214
6.	CONCLUSIONES	222
6.1.	Sugerencias para la formación continua en la docencia clínica.....	227

6.2.	Limitaciones del estudio	229
6.3.	Reflexiones finales.....	230
7.	BIBLIOGRAFÍA	234
8.	ANEXOS	248
8.1.	Anexo 1: Encuesta para selección de docentes clínicos expertos por parte de estudiantes, docentes clínicos y directivos.....	248
8.2.	Anexo 2: Consentimiento Informado	249
8.3.	Anexo 3: Carta a presidente comité ético UC	251
8.4.	Anexo 4: Solicitud de revisión expedita	252
8.5.	Anexo 5: Solicitud de acceso a clínica odontológica docente UC (CODUC).....	253
8.6.	Anexo 6: Cuestionario entrevista DCE.....	254
	ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS E IMÁGENES	255

INTRODUCCIÓN

La docencia clínica en odontología es desafiante, dispone a los docentes y estudiantes a un contexto complejo donde interactúan el personal técnico odontológico¹, laboratoristas dentales², administrativos, enfermeras y los pacientes. A estos últimos se deben, en conjunto, todo este equipo.

En la clínica odontológica docente las personas pueden tener la oportunidad de acceder a tratamientos seguros, de calidad y con la dedicación de estudiantes de los últimos años de la carrera de odontología junto a los académicos que guían y monitorean los procedimientos.

Los docentes clínicos en odontología son, sin duda, una parte fundamental de la formación de los futuros odontólogos. Estos profesores son verdaderos pilares de todo un trabajo que viene desde las asignaturas de los primeros años de la carrera y las asignaturas preclínicas, donde el aprendizaje se centra en la simulación. Por ello, el dominio de su saber disciplinar es vital, pero la mayor exigencia es la de transformar el conocimiento disciplinar en un saber práctico.

Los docentes clínicos facilitan el aprendizaje en la acción, lo cual requiere de habilidades que se adquieren durante la trayectoria de los académicos, al hacer una constante reflexión sobre su quehacer.

Los estudiantes de hoy son diferentes a los de unas décadas atrás, tienen intereses y expectativas distintas. La evolución del día a día, las nuevas tecnologías y las exigencias laborales requieren diversas habilidades y destrezas para adaptarse a un mundo dinámico. Asimismo, la odontología es un área que se desarrolla rápidamente en las diferentes especialidades que agrupa, por lo cual, el conocimiento va avanzando a una velocidad que

¹ Asistente dental: colabora en la atención de pacientes, entrega de materiales dentales, esterilización, entre otras funciones.

² Técnico que realiza trabajo en laboratorio como procesos de elaboración de prótesis dentales y otras.

obliga a mantenerse actualizado y el docente universitario requiere no quedarse atrás para entregar una enseñanza actualizada y comprometida con la sociedad.

Es necesario que los profesores se preparen continuamente para influir positivamente en estos jóvenes que vienen de contextos heterogéneos, incluso de profesionales formándose en otra carrera, que tienen necesidades y motivaciones diversas en la educación superior.

En la docencia clínica es necesario una serie de aspectos: características personales y conocimientos que hacen que el desafío de enseñar a estas nuevas generaciones se pueda lograr.

Se han seleccionado los docentes clínicos apreciados por los tres estamentos de la comunidad odontológica de la Escuela de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para profundizar en sus prácticas docentes, lo que puede entregar información valiosa para colaborar con una mejor forma de enseñanza.

El trabajo de esta tesis se ha centrado en reconocer, describir y analizar las manifestaciones del Conocimiento Didáctico del Contenido en la práctica docente clínica de los académicos seleccionados como expertos en la carrera de odontología de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

La tesis está organizada en siete capítulos que presento a continuación:

- *La primera parte*, denominada “Origen de la pregunta”, es la historia que me lleva a este estudio. Refleja la forma de cómo mi trayectoria profesional me ha llevado a buscar respuestas a interrogantes que considero relevantes en el ámbito docente. Junto a esto, planteo los objetivos del estudio.
- *La segunda parte*, denominada “Lo que se sabe”, da cuenta de la elaboración de un marco teórico para fundamentar este trabajo en el constructo del Conocimiento

Didáctico del Contenido y temas que son parte del trabajo diario en la clínica docente y sustentan el accionar de los académicos.

- *En la tercera parte*, denominada “Cómo se hace”, desarrollo el diseño metodológico, la forma en que se tomaron las decisiones de trabajo según lo que se fue dando en el proceso de la investigación: el enfoque interpretativo basado en la observación, descripción, contexto y profundidad del estudio de caso.
- *La cuarta parte*, denominada “Dónde se hace”, es el corazón de esta tesis y muestra desde el acceso al campo de estudio, selección de los casos, recogida de información y posterior organización, hasta la salida del contexto de estudio.
- *La quinta parte*, nombrada como “Qué obtuvimos”, corresponde a los resultados de la tesis, nos entrega las manifestaciones del Conocimiento Didáctico del Contenido observadas en la práctica de los docentes clínicos expertos seleccionados en la carrera de odontología de una universidad de excelencia, y proporciona las posibles respuestas a los objetivos planteados.
- *La sexta parte* destinada a las conclusiones además permite visualizar “*Qué más hacer*”, con pensamientos, reflexiones y sugerencias para futuras investigaciones.
- La *séptima* parte corresponde a la Bibliografía.
- La *octava* parte contiene los anexos.

CAPÍTULO 1

LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN





Fuente: www.pixabay.com/pt/photos/gaudi-o-parque-g%C3%BCell-lagarto-2521013

1. ORIGEN Y PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

“El insensato que reconoce su insensatez es un sabio. Pero un insensato que se cree sabio es, en verdad, un insensato”

- Buda.

1.1. Biografía y contexto del estudio.

Realizar una tesis nace de una historia y esa historia está íntimamente ligada al contexto del autor, a la historia de vida, en este caso mi vida profesional y personal. Por ello relataré, en breves párrafos, parte de ella para exponer mi interés por el tema a desarrollar. Es interesante tomar este tiempo para recorrer el camino que me lleva a este punto.

Podría decir, como señala Anderson y Goolishian (Duero, G. y Limón, 2007, p. 235) un relato autobiográfico: *“...Las narraciones permiten (o impiden) una percepción personal de libertad o competencia para dar sentido y para actuar (mediación)...”*.

Con lo cual se comparte cómo nos pensamos y cómo nos vinculamos con la realidad, permitiendo conocer al autor.

Mi nacimiento fue en Chuquicamata³, segunda región de Chile y tesoro minero que sustenta hasta el día de hoy a nuestro país en lo económico. Esto ocurrió un 29 de enero de 1968, día en que comienza mi historia como hija única. Nos trasladamos con mi familia a un lugar costero, denominado Antofagasta, donde crecí, realicé mis estudios de enseñanza básica y

³ Complejo minero ubicado a 2.870 metros de altitud en la segunda región de Chile.

media, para completar posteriormente mis estudios de pregrado en Santiago de Chile, la capital, cursando Odontología en la Universidad de Chile.⁴

La Odontología es una profesión que reúne dos intereses que me acompañaron desde pequeña: el arte y la ciencia. Una carrera que es muy demandante desde lo teórico y lo práctico y que exige una gran dedicación durante la etapa de pregrado.

La carrera de odontología en Chile dura seis años; a los cinco se obtiene el título de Licenciado en odontología y posteriormente, al aprobar el examen de grado, se recibe el título de Cirujano-dentista⁵.

Obtuve mi título el año 1991 en la Universidad de Chile y me quedé trabajando en la misma institución ad-honorem⁶ como ayudante en la cátedra de Endodoncia⁷, por mi inquietud en esta especialidad y mi interés por la docencia. Luego de unos años ingresé al postgrado de la especialidad de endodoncia en la misma casa de estudios para obtener la especialidad en el año 1998.

Durante los años de postgrado descubrí que tenía habilidades para explicar los temas de la especialización, podía describirlos con facilidad a mis compañeros y dar énfasis a las situaciones importantes para el estudio. Habitualmente mis colegas me pedían ayuda, consultándome acerca de los contenidos revisados, motivándome a continuar en la academia, lo cual me dio mucha satisfacción al ver que había otro camino a seguir paralelamente a la clínica odontológica, que resultaba, y aún lo es, lo más habitual para nuestra profesión.

Como he mencionado anteriormente, mis inicios en el área docente parten inmediatamente terminado el pregrado, pero con la llegada de mis hijos dejé un tiempo de estar en ello y volví

⁴ Universidad pública y la más antigua de Chile, creada en el año 1.842, reconocida internacionalmente por su excelencia. La Facultad de Odontología de esta casa de estudios es la primera Escuela Dental de Chile.

⁵ También se denomina odontólogo(a).

⁶ Forma de ingreso a la academia, sin retribución económica, y con un tutor a cargo.

⁷ Área de la odontología que se dedica a la prevención y tratamiento del complejo dentinopulpar, parte interna de los dientes.

a retomarlo con mucha energía en la Universidad de los Andes⁸, donde realicé actividades docentes desde el ciclo básico, el ciclo preclínico y el ciclo clínico, con lo cual recorrí cursos fundamentales de nuestra formación y definí mi inclinación por la docencia clínica, que se ocupa de los últimos años de formación y prepara a los estudiantes para su vida laboral de forma integral.

Mi familia tiene una veta docente reflejada en mis tíos, primas y madre que se han desarrollado como profesores de nivel primario, en escuelas algunos y en la universidad otros. Lo observado en mi vida familiar y profesional me hizo pensar que quienes no tenemos una formación pedagógica que nos asegure que lo que estamos haciendo es correcto y metodológicamente acertado desde la perspectiva de la enseñanza y el aprendizaje, debemos buscar un camino de perfeccionamiento.

Quienes hemos optado por una profesión de salud y nos hemos especializado en un área, tenemos herramientas para realizar las labores clínicas, pero ¿Quién nos asegura que seamos idóneos como académicos? Ésta y otras preguntas me las he cuestionado desde hace años y he ido trabajando en ello a través de capacitaciones docentes y diplomas que me han ido mostrando la otra parte y que me han llevado a buscar más allá de modelos vistos en mis etapas de estudiante en el pregrado y postgrado. Es más, durante mi etapa de alumna hubo profesores que representaron lo que yo sentía que no debía ser un docente, con actitudes negativas para el aprendizaje, pero también me crucé con profesores que admiraba por su talento en la clínica, su compromiso con el estudiante y una experiencia que demostraban con paciencia.

En la etapa laboral en que estuve en la Universidad de los Andes tomé la decisión de formarme en los aspectos pendientes de la docencia y lo inicié con un Diploma en Pedagogía de Educación Superior, con un total de 120 horas, que se daba en la Facultad de Educación de la Pontificia Universidad Católica de Chile⁹, una de las más prestigiosas del país. Esto fue,

⁸ Universidad privada, autónoma y católica, fundada en 1989, en Chile.

⁹ Universidad católica fundada en 1888 por el arzobispo de Santiago: Mariano Casanova, en Chile.

sin lugar a duda, un nuevo mundo para mí, un mundo humanista y con un lenguaje diferente que me entusiasmó, pero también me complicó ya que me di cuenta de que existían términos, conceptos y formas de ver la enseñanza que yo no conocía.

Continué mi labor docente en ambas universidades y tomé el Diploma en Educación Médica de la facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, un paso más en mi formación, ya que éste hacía hincapié en la docencia en salud, lo cual calzaba perfectamente con mi profesión, incluyendo un foco mayor en lo clínico.

Mi área de especialidad es la endodoncia¹⁰, un área compleja para los estudiantes de pregrado. Es generalmente una parte de la odontología que se señala como “difícil” y sin duda lo es, pero como me apasiona he querido transmitirles a mis alumnos ese cariño por un área que deben conocer y trabajar en su nivel para lograr ayudar a sus pacientes, otro reto que me hizo cuestionar respecto a cómo realizaba mi docencia, si era realmente efectiva en lo que pretendía, aportando nuevas preguntas que fueron surgiendo.

Todo lo anterior lo fui haciendo explícito a mis colegas de equipo de la Clínica Integral del Adulto de quinto año y a mis colegas del curso que imparto en tercer año “Procesos para el ejercicio clínico odontológico” en la Pontificia Universidad Católica de Chile, donde actualmente trabajo. Esto implicó que fuese asumiendo labores de asesoría en los cursos en que me desempeñaba, tanto de los procesos como de las evaluaciones, con lo que facilité la creación de instrumentos de evaluación, clases interactivas, retroalimentaciones efectivas, etc. Esta labor la realicé con la adjudicación de concursos dentro de la institución: Fondedoc¹¹ y OdoUC¹².

Y en este afán de mejorar mi calidad de docencia me encontré con la posibilidad de desarrollar el Doctorado de Educación y Sociedad de la Universidad de Barcelona, un desafío mayúsculo, una nueva oportunidad de aprender en otro contexto cultural y sin duda un

¹⁰ Especialidad de la odontología que trata la parte interna de los dientes, conocida como especialidad que trata los conductos o canales.

¹¹ Fondo para la mejora e innovación en docencia de la Pontificia Universidad Católica de Chile: www.fondedoc.uc.cl

¹² Concurso interno para proyectos de la Escuela de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

cambio de perspectiva que involucraba a la familia y al trabajo, pero que representaría un avance en mi desarrollo personal y profesional. Y más motivante aún porque podría dar posibles respuestas a mis interrogantes, con lo cual podría colaborar con la formación de los docentes.

1.2. Elección del tema a estudiar.

Hoy en día se vive un cambio fundamental en la enseñanza universitaria que nos ha hecho repensar la forma de enseñar y de aprender. Lo que vivimos como alumnos era una forma de recibir información de quienes poseían el conocimiento y así nos convertíamos en receptáculos de éste. Sin duda hay un cambio positivo y con la ayuda de la tecnología, que suma, se puede decir que hoy el estudiante es el protagonista y el profesor su guía, así el alumno pasa a ser el centro de nuestra tarea como académicos.

Lo comentado nos obliga no sólo a tener un profundo conocimiento de nuestra área. Además, debemos ser capaces de lograr un manejo didáctico que permita transmitir el conocimiento disciplinar y esto se hace a través de transformaciones en la práctica de la docencia universitaria, en nuestro caso en el área de la salud y específicamente en la odontología clínica.

De acuerdo con esto se produce no sólo un cambio de postura en el estudiante que debe ser proactivo y finalmente el protagonista de su desarrollo en la educación, sino también un cambio para el profesor que tiene una tarea de facilitador en este camino profesional y personal. Los retos que debe asumir el tutor “se pueden concretar en 1) afrontar la diversidad del alumnado universitario; 2) el acompañarle en sus procesos de aprendizaje, y 3) el facilitarle un desarrollo integral que le prepare para la vida” (Álvarez, 2008, p. 73).

Esta sociedad del conocimiento implicaría que hay conocimiento al alcance de todos, o al menos de la gran mayoría que quiere saber, y si el conocimiento está a la mano, ¿Por qué no todos aprenden?

En algún momento de mi docencia clínica un estudiante me preguntó:

“¿Por qué doctora con usted siempre se aprende?”

Este cuestionamiento ha sido la motivación para iniciar el proyecto de la tesis y para buscar la respuesta a través de la propuesta del Conocimiento Didáctico del Contenido (CDC en adelante)- Pedagogical Content Knowledge en inglés (PCK), de Lee Shulman, que en 1983 realiza la conferencia titulada “El paradigma perdido en la investigación sobre la enseñanza”, en la que el autor relaciona el contenido del tema de estudio y su interacción con la didáctica, nos dice sobre el CDC:

...la mezcla entre el contenido y la didáctica por la que se llega a una comprensión de cómo determinados temas y problemas se organizan, se representan y se adaptan a los diversos intereses de los alumnos, y se exponen para la enseñanza (Shulman, 1987, p. 8).

Esta pregunta que planteó ese alumno estuvo en mi cabeza provocándome y haciéndome reflexionar sobre este campo que en la odontología no tenía mayores antecedentes, aspecto que lo hacía más atractivo. Luego, en un Congreso de Educación Médica realizado en Santiago, en la Universidad Diego Portales¹³, conozco a uno de mis directores de tesis, el Doctor José Luis Medina, quien me invita a conocer su institución y un año después de este encuentro llego a la Universidad de Barcelona por un proyecto que llevé a cabo para la Pontificia Universidad Católica de Chile con la finalidad de conocer el pregrado de endodoncia y el postgrado de la misma especialidad en esta institución, para proyectar un postgrado en nuestra carrera. Sumado a lo anterior, le presento al profesor José Luis Medina una idea para trabajar, un tema relacionado con el docente clínico¹⁴, señalándome que la idea la consideraba un “embrión de tesis doctoral,” motivándome a pensar en llevarla a cabo en el programa de Doctorado de la Universidad de Barcelona, iniciando así mi preparación de

¹³ Universidad privada, fundada en 1982 en Chile, conocida también como UDP.

¹⁴ Docente dedicado a la atención de pacientes con estudiantes de cursos más avanzados en la carrera.

documentos para postular y al mismo tiempo generar una propuesta que se ajustara a los requisitos de este doctorado.

Nace así el interés por estudiar más profundamente este tema relacionado con la formación docente en la Educación Superior, y precisarla en el docente clínico de odontología. El cómo se han construido los docentes de excelencia, qué hacen para lograr un aprendizaje eficaz y qué piensan sobre la forma en que desarrollan su enseñanza, son algunas interrogantes para analizar.

Al elegir el camino de la docencia, mi postura ha sido mejorar continuamente, porque creo que siempre es posible perfeccionarse y avanzar para lograr la excelencia. Como señala Reyero (2014, p.130) “...se necesita una cierta preparación profesional para ejercer la labor del docente. Por otra, el docente se deberá formar, especialmente en los niveles más altos del sistema, en competencias técnicas cada vez más complejas y con un valor añadido mayor”.

Las palabras de Montero me hacen sentido al valorar al docente como un guía, un facilitador en la docencia universitaria, entregándole el rol protagónico al estudiante, dándole las herramientas para que continúe creciendo como profesional:

Un cambio de énfasis central para la docencia significa pasar de la transmisión de conocimientos de contenidos de tipo académico hacia la construcción por parte de los alumnos y alumnas de nuevas competencias y capacidades que le permitan aprender y seguir aprendiendo en forma permanente. Los contenidos de carácter teórico conceptual no se abandonan sino que se redefinen en función de hacerlos más significativos, actualizados, profundos, generativos de nuevos aprendizajes y pertinentes a las necesidades formativas de los alumnos... (Montero, 2007, p.3).

Sin formación continua estos objetivos son difíciles de lograr, y esto debe ir precedido por querer hacer el cambio. Cada docente debe tener la disposición de avanzar en su profesionalización docente.

Esta mirada técnica es parte de lo que un buen profesor debe lograr para ir mejorando su docencia, pero hay algo más, y podría ser lo que hace finalmente que el estudiante valore en su docente. Reyero (2014, p. 133) lo expresa así:

La relación educativa literalmente abre la mente del discípulo al aprendizaje. Un buen profesor no es tal solo por lo que enseña sino más bien por lo que invita a aprender. De ahí que su eficacia sea más visible en lo que hemos llamado aprendizaje subjetivo.

Y resalta la correlación de dos variables afectivas: la motivación y la satisfacción. Estas variables me hacen pensar en la intención de profundizar en el tema educativo y en los docentes clínicos que tienen la “fórmula”¹⁵ para que sus alumnos sigan aprendiendo y se sientan estimulados a superarse cada día.

En mi historia universitaria de pregrado hubo momentos complejos por la forma en que se relacionaban los docentes con los estudiantes. Era una manera muy distante y vertical, que además generaba miedo, lo que hacía más difícil el aprendizaje. Eran tiempos de dictadura en mi país, período con lo cual el contexto no ayudaba. También, hubo profesores que hacían un ambiente más seguro y permitían tener confianza para preguntar, para equivocarse. Estos antecedentes me llevaron a la posibilidad de pensar que sí se aprende con más facilidad y ganas en ambientes amigables, sin temor a quedar en ridículo o que se castigue con una nota baja un procedimiento que por primera vez se realiza y no resulta del todo bien.

¹⁵ Utilizo la palabra fórmula como un concepto amplio que involucra metodología, personalidad, actitud del docente para lograr los objetivos de aprendizaje en sus estudiantes.

Lo anterior justifica la necesidad de profundizar en el rol del docente, en este caso del docente clínico de odontología, que tiene una tarea social al preparar a un futuro profesional de un área tan necesaria como es el área de la salud, y por lo tanto, resulta de gran responsabilidad para la educación superior fortalecer la enseñanza a través de tutores clínicos que permitan al estudiante avanzar en conocimientos, habilidades y actitudes que favorecen la atención del paciente.

En estos aspectos, dice Reyero (2014, pp. 135-136):

Es un hecho que la medida de la calidad y el énfasis en los aspectos tecnológicos del trabajo del profesor universitario resultan una cuestión actualmente irrenunciable, pero también es cierto que ninguno de esos estudios será capaz de encontrar el corazón de la enseñanza universitaria que se encuentra en el carácter relacional de la misma y cuyo peso, aunque siempre ha sido preocupación esencial en nuestra tradición, aparece ahora de forma minoritaria en el mundo de la investigación educativa.

Los académicos requieren más allá de los conocimientos propios de su disciplina, competencias que les permitan transmitir su conocimiento. Díaz (2005, pp. 6-7) establece en su artículo que antes del año 1970 al docente sólo se le exigía el dominio del contenido, hoy, con la evolución del saber implica un gran compromiso de su parte para abarcar una serie de roles que faciliten al estudiante el camino para llegar a ser un profesional, he ahí la pertinencia de estudiar a los docentes más valorados, que logran lo que todo académico debería ansiar: estimular a los alumnos a aprender, utilizar diversas estrategias que logren el aprendizaje en diferentes tipos de personas, detectar las fortalezas y debilidades, en fin, todo aquello que permita dar a la sociedad un profesional íntegro y capaz.

El formar un profesional es una tarea compleja que asumen las instituciones de educación superior, y son los académicos quienes tienen directa relación con esta misión. Debido a los cambios que tiene nuestra sociedad, lo que se espera de un docente también ha sufrido variación, porque las necesidades para aportar a la sociedad van cambiando, modificando también lo que se espera de un profesor de educación superior, teniendo impacto en la

formación del profesional que resultará al terminar sus estudios superiores. Así, es un desafío permanente para todo académico capacitarse y mantenerse actualizado.

El nuevo rol docente está fuertemente afectado por un cambio de énfasis de una docencia centrada en la enseñanza hacia otra en el aprendizaje, con la preocupación por preparar a los estudiantes para una acción social competente y, por la introducción de los ambientes y situaciones de aprendizaje con tecnologías informáticas y de comunicación (Montero, 2007, p. 2).

El objetivo es entregar a un profesional idóneo para nuestra sociedad, lo cual resulta una gran responsabilidad que debemos asumir como académicos universitarios.

En las diferentes áreas disciplinares que abarcan las universidades, es necesario tener sólidos conocimientos y además habilidades que sean demostrables para poder enseñar. En odontología la experiencia práctica es muy valiosa para que el estudiante pueda visualizar a través de demostraciones del docente en simulación y en casos clínicos, los procedimientos que deberá realizar a futuro con sus pacientes, junto a la relación que debe crear con ellos, quizás lo más complejo.

Al pensar en mi estudio reflexiono sobre las competencias de un docente universitario y cómo las utiliza, por ello, para mí es importante comprender las estrategias de los docentes expertos clínicos y así tratar de entender cómo logran motivar a sus estudiantes, lo cual es tan importante como que logren realizar el procedimiento clínico que sea necesario para su paciente.

Reconociendo que el conocimiento es parte fundamental de la formación del docente y de su formación continua, es de mi interés profundizar en los docentes clínicos expertos, porque son un referente para otros colegas, porque nos pueden enseñar a ser mejores docentes, lo cual implica hacer una mejor docencia para nuestros estudiantes que serán los profesionales del mañana y con lo cual aportamos a la comunidad.

La búsqueda de caracterizar a los docentes clínicos expertos permite construir un perfil que contribuye a orientar la formación de los nuevos docentes clínicos.

En ese contexto, la Escuela de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile expresa públicamente que entrega una formación con ¹⁶: *“un cuerpo académico de excelencia, que crea y transfiere conocimiento, que apoyen a la construcción de un mejor país”*.

Cada docente tiene un patrón particular de enseñar, toma los contenidos, los analiza, los elabora y diseña para un curso en particular. Un docente tiene la capacidad de reconocer lo que es importante y lo procesa para que el estudiante lo reciba de una forma sencilla, y esto requiere un conocimiento que se va desarrollando y que Lee Shulman propuso en 1983 como “El paradigma perdido en la investigación sobre la enseñanza”, destacando el concepto del Conocimiento Didáctico del Contenido, (CDC), como explica Naranjo (2018, p. 48), en su tesis doctoral:

Es decir, todo el esfuerzo que hace el profesor para hacer comprensible su tema en particular. El CDC refiere al saber que utilizan los profesores en el proceso de enseñanza, que les permite representar y formular el cuerpo de conocimiento de una materia de manera que resulte comprensible para los estudiantes. Una de las manifestaciones más claras del CDC es la manera en que un cuerpo de contenidos es transformado (por el docente) para ser enseñado. Dicho en otras palabras, el CDC es el saber que tiene un docente que le permite colaborar para que un estudiante comprenda un aspecto específico de una materia.

Un aspecto que refuerza la pertinencia de este estudio corresponde a la necesidad de conocer más sobre este constructo (CDC) a nivel universitario, como explicitan Medina & Jarauta (2013):

¹⁶ <https://www.uc.cl/informacion-para/futuros-estudiantes/>

la escasez de estudios realizados en el ámbito de la Enseñanza universitaria justifica la pertinencia de todas aquellas propuestas que empiecen a arrojar información acerca de las competencias que permiten a los profesores universitarios transformar sus saberes disciplinares en estructuras comprensibles para los alumnos (p. 604).

Este constructo ha sido estudiado principalmente en el nivel preuniversitario y a nivel de educación superior ha sido más limitado. Por su parte, específicamente en el área de la salud existen estudios que aportan para comprender la construcción y las manifestaciones. En el área odontológica, Naranjo (2018) aborda la práctica pedagógica de docentes a través del CDC.

El objetivo de este estudio es identificar y definir las dimensiones y manifestaciones de este concepto en docentes clínicos considerados expertos -DCE- por su capacidad de enseñar y lograr que los estudiantes comprendan y apliquen el aprendizaje en un ambiente propicio para seguir creciendo como profesionales.

1.3. Interrogantes de la investigación.

A través de este estudio se pretende responder las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué características del docente clínico contribuyen al aprendizaje según los estudiantes?
2. ¿Cómo se han formado estos docentes destacados para aplicar de manera eficaz en su práctica el conocimiento didáctico del contenido?
3. ¿Qué capacidades y características en relación con la docencia consideran importantes para el aprendizaje de los estudiantes los docentes clínicos más valorados?
4. ¿Cómo los docentes clínicos más valorados transforman sus conocimientos disciplinares y profesionales en formas que sean pedagógicamente comprensibles por los estudiantes?
5. ¿Cómo contribuye el CDC al perfil del docente clínico?

1.4. Propósitos y objetivos

El estudio busca dar respuesta a los siguientes objetivos planteados que surgen de las preguntas que se han generado al inicio de esta propuesta.

1.4.1. Objetivo general

Identificar y definir las dimensiones y manifestaciones del Conocimiento Didáctico del Contenido que se observan en los docentes clínicos expertos de la carrera de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar y describir los aspectos didácticos del docente clínico experto que valoran los estudiantes, docentes y directivos.
- Describir, analizar y comprender el proceso de construcción del Conocimiento Didáctico del Contenido en docentes clínicos expertos.
- Identificar y explicar las manifestaciones del CDC en la clínica docente.
- Identificar la contribución del CDC al perfil docente clínico experto.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO





Fuente: www.ecestaticos.com/imagetatic/clipping/f98/48d/f9848d91a1991696ca12e3bef23eb091/por-que-tardan-tanto-en-terminar-la-sagrada-familia-la-historia-de-sus-138-anos-de-construccion.jpg

2. EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE

“Qué gran libro se podría escribir con lo que se sabe. Otro mucho mayor se escribiría con lo que no se sabe”

- *Julio Verne.*

El quehacer del docente clínico se lleva a cabo en un contexto complejo que requiere un profundo análisis, ya que se conjugan diferentes actores en un escenario que obliga a respuestas rápidas, reacciones y acciones que lleven a solucionar los problemas planteados por el trabajo diario en la clínica docente, con el paciente, con los compañeros, con los administrativos, personal técnico y otros involucrados que participan ya sea en forma constante o parcial. Este lugar es especial porque sitúa al estudiante en un escenario profesional, con la guía del tutor clínico y con un paciente que se entrega al aprendizaje de un estudiante que intervendrá de diferentes formas en él.

Álvarez, Rojas, Navas, & Quero (2007) se refieren a la definición de Stuberg y Mc. Ewen sobre la educación en el área clínica: “... *como la parte de la formación académica de los estudiantes en la cual se aplican y practican los conocimientos adquiridos en clase y se desarrollan las habilidades profesionales*” (p.2). Para los estudiantes, llegar a la clínica y aplicar lo aprendido es una meta que visualizan desde los primeros cursos, es el momento en que pueden ejecutar procedimientos, establecer la relación odontólogo-paciente y comprobar sus aprendizajes, para luego enfrentar la vida profesional con la certeza de saber hacer y saber ser.

La tarea principal en este contexto es ayudar al paciente, que llega a buscar la resolución de un problema dental que lo aqueja. Para ello, el académico clínico debe tener los conocimientos pertinentes al área que trata, experiencia clínica para compartirla con sus estudiantes, resolver problemas que se presentan y experiencia en docencia. La clínica es un entorno difícil que requiere herramientas para la enseñanza y el logro del aprendizaje, el cual afecta a un paciente que busca solución y se entrega en forma generosa a la atención de un

estudiante que es inexperto. *“El proceso educativo en la clínica odontológica se da en un ambiente de múltiples factores que configuran el particular escenario donde el estudiante debe aprender”* (Vergara & Zaror, 2008, p. 7).

2.1. La educación superior universitaria en Chile.

La educación superior en Chile ha experimentado una profunda transformación en estas últimas décadas. La creación de nuevas instituciones ha resultado relevante en el acceso a este nivel de formación. La acreditación a nivel nacional producto de este “crecimiento y dinamismo sienta las bases en el año 1999, reconociendo una gran diversidad cualitativa en la oferta educacional universitaria chilena, tanto en pregrado como posgrado” (Cancino & Schmal, 2014). Esto también afecta a la docencia clínica en odontología, haciendo necesario que el docente se profesionalice.

En la Conferencia Mundial Sobre la Educación Superior de la UNESCO se aprobaron documentos que insisten en la necesidad de la educación permanente del profesorado universitario y su formación pedagógica. Cáceres Mesa et al. (2013) destacan que *“La formación científica en la rama del saber específico debe ir acompañada de una formación pedagógica, sólo así puede incidir en el mejoramiento de su labor profesional”*. (p. 2).

Las instituciones de educación superior lo han hecho notar, solicitando o exigiendo a los académicos una formación en metodologías de enseñanza, evaluación formativa y sumativa, retroalimentación, uso de tecnologías de información y comunicación, entre otra, unido a los sistemas de evaluación de desempeño académico, lo que nos lleva a cuestionar lo que hemos hecho y hacemos en la docencia.

Un gran cambio se está dando en la educación superior en Chile -como en otras partes del mundo-. Se produce una transformación de paradigma al considerar que hoy en día el estudiante es quien está en el centro de la educación superior y los académicos serán quienes generen este camino para lograr que sea este estudiante el actor principal, mediando y

guiando el proceso a través de experiencias de aprendizaje y construcción de conocimiento, enfocado en el paradigma constructivista.

Este proceso de cambio no es fácil, existe resistencia de parte de algunos profesores y requiere de un esfuerzo común para avanzar.

La meta de la educación superior es formar profesionales para que sean un aporte a la sociedad y al país y en este sentido relato los acontecimientos ocurridos en Chile a nivel de educación superior.

Un buen resumen de la situación queda recogido en el trabajo de Cancino & Schmal (2014, p.2), en el que se menciona que *“El sistema universitario chileno ha sufrido una profunda transformación en los últimos 30 años en términos de su cobertura, masificación, financiamiento y normativas, como consecuencia de las políticas de liberalización implementadas a inicio de los 80”*.

Estos autores dividen en cuatro fases la evolución del sistema universitario en Chile. En este estudio, he tomado lo más relevante de su descripción:

Primera etapa: durante más de 100 años, desde la creación de la primera universidad en 1842 hasta 1980, período en el que se crean solo 8 universidades, dos de ellas estatales y seis privadas.

Segunda etapa: se inicia en el año 1981 con la promulgación, durante el Régimen Militar, del Decreto con Fuerza de Ley N°2 del 3 de enero de 1981, mediante el cual se inicia un camino marcado por la fragmentación de las universidades estatales a quienes se les despoja de sus sedes regionales, para dar origen a nuevas universidades estatales, creando nuevas instituciones privadas y conformando un total de 33 universidades en el país.

Luego, se resuelve dictar la Ley N° 18.962 -Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE)- que modifica las bases del sistema educativo nacional, estando en vigencia y sin

grandes modificaciones durante casi 20 años, desde 1990 a 2009. Esta Ley crea el Consejo Superior de Educación (CSE), organismo destinado a supervigilar el sistema educativo nacional y el universitario en particular.

Tercera etapa: ocurre entre 1990 y 1999 al amparo de la LOCE; se caracteriza por el crecimiento explosivo de universidades privadas y la continuidad de una tendencia de fragmentación que lleva a la Pontificia Universidad Católica de Chile, en 1991, a que sus sedes regionales pasen a desarrollarse autónomamente, creándose así tres nuevas universidades católicas.

Durante esta etapa, en un período de 5 años, el sistema se duplica en cantidad, creándose 39 universidades, llegando a un total de 70 instituciones en 1993, situación que se mantiene hasta el año 1995 y empieza a declinar lentamente hasta 1999, llegando a un total de 65 universidades en funcionamiento.

Cuarta etapa: desde el año 2000, según el artículo de Cancino & Schmal (2014, p. 3), el sistema se ha caracterizado por un proceso de creación, fusión y desaparición de universidades privadas hasta llegar en la actualidad a un sistema con 60 universidades (35 privadas), manteniendo sin modificación la cantidad de universidades estatales y privadas tradicionales. Ésta, es una etapa donde se inicia la implementación de un proceso de regulación como expresión de la preocupación por el aseguramiento de la calidad en la educación superior.

Lo anterior, nos da una visión global de lo que ha pasado en la educación superior en Chile, un crecimiento en número de las instituciones, proceso ampliamente estudiado por diversos autores. Es el caso de Muñoz & Blanco (2013, pp. 187-191), que reconocen tres grandes momentos en Chile para la educación superior:

Etapa Histórica: basada en una condición histórica/política, donde predomina una distinción general del sistema de universidades, sedimentado en los discursos sociales y que articula las concepciones actuales del panorama universitario en Chile, basada en el par universidad

tradicional/privada. Y se habla de universidades estatales públicas, privadas con carácter público y privadas propiamente tal. También, se denominan las que pertenecen al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas¹⁷ y las que no (CRUCH y no CRUCH). Igualmente, operan sobre esta clasificación otros pares que tomaron relevancia con posterioridad, que también dicen relación con aspectos estructurales, legales u otros distintos de sus condiciones de operación. Tal es el caso de la distinción según ubicación geográfica, metropolitana/regional, o según afinidad religiosa, católica/no católica o laica.

Etapa Tipológica: a diferencia de la anterior, este período emerge como una reacción de algunos investigadores que comienzan a seleccionar variables relativas a las condiciones de funcionamiento y desarrollan grandes avances al pasar de distinciones binarias a distinciones en varias dimensiones, que incluyen el análisis de datos empíricos.

Se continúa con la clasificación binaria y se agregan para el autor Brunner (2005), en su libro Guiar el Mercado, la combinación de insumos tradicionales conceptuales (estatuto legal, misión declarada, prestigio y regionalidad) con nuevos insumos empíricos (tamaño de matrícula, cobertura de áreas profesionales, selectividad e investigación).

Parada (2010) propone una categorización tridimensional basada en las distinciones de tipo de propiedad, organización jurídica, y productos y servicios que ofrece una universidad (Muñoz & Blanco, 2013, p. 4).

Etapa Taxonómica: desde 2012 los factores adscritos a las universidades pierden relevancia frente a otros elementos distintos de los criterios institucionales, dando lugar a clasificaciones de carácter estadístico. Este esfuerzo pretende dar un impulso en la consolidación de esta nueva fase en la evolución de las clasificaciones de universidades en Chile.

¹⁷ Es un organismo colegiado, autónomo, con personalidad jurídica de derecho público, que tiene por función la coordinación del quehacer de las instituciones que lo conforman, para procurar un mejor rendimiento y calidad de la enseñanza superior del país.

Para Muñoz & Blanco (2013, pp. 187-191) se consideran cinco factores para clasificar las Universidades chilenas:

- Factor 1: se caracteriza por la alta importancia de las publicaciones científicas y proyectos Fondecyt, seguido de los programas de postgrado, especialmente doctorados y también magíster. Cabe destacar la carga relativamente alta que tiene la variable selectividad.
- Factor 2: este factor se encuentra definido principalmente por el tamaño de la matrícula nueva y de la matrícula total, denotando masividad, seguido del gran número de programas de pregrado. El número de sedes también es una variable con carga relativamente alta para este factor.
- Factor 3: este factor se caracteriza por tener altas cargas en la acreditación institucional y la acreditación por área. Adicionalmente, poseen una alta carga en selectividad, pero menor a la de las variables señaladas anteriormente.
- Factor 4: este factor se define principalmente por dos variables que son las que tienen mayor carga, relacionadas con la proveniencia de colegios particulares pagados y la alta selectividad.
- Factor 5: este factor se caracteriza por la alta importancia que tiene el establecimiento de origen, en este caso, municipal. Le sigue la variable sedes. Otro aspecto que lo define es la carga negativa que tiene en la variable selectividad.

Considerando esto, se da pie a cinco tipos de universidades: según el factor que predomina, investigación, masivas, de acreditación, elitistas y no elitistas. La Pontificia Universidad Católica de Chile es clasificada en Investigación y Acreditación.

2.2. El docente universitario.

La literatura sobre la trayectoria de docentes en la universidad muestra la situación de un importante número de profesionales, que en forma general no tienen estudios en el área de la pedagogía al momento de iniciar las labores universitarias.

Las exigencias para el docente universitario actual implican mantener una actualización de los conocimientos científicos, generar investigación basada en sus propios estudios (Cruz, 2011); se debe además adaptar a la tecnología, al medio social, tener herramientas pedagógicas para transmitir el conocimiento a los alumnos y darles el protagonismo que hoy deben tener los estudiantes, siendo personas que aprenden a aprender en forma continua.

En el caso de la odontología, en primera instancia somos profesionales clínicos, luego iniciamos una carrera docente y nos hemos ido formando al darnos cuenta de lo necesario que es contar con herramientas que permitan entregar a los estudiantes la enseñanza con distintas metodologías y con el interés de que el estudiante aprenda y se motive a seguir aprendiendo toda la vida.

Para Andrade & Muñoz (2003, p. 214):

...las transformaciones sociales, las exigencias del contexto, los cambios tecnológicos y los avances de la ciencia le exigen cada vez más al docente no un perfil, sino un rostro fundado en su ser, saber y quehacer que se adecue a características específicas que están determinadas por condiciones académicas, sociales, afectivas, cognitivas, entre otras, de los miembros de una comunidad.

La tarea del nuevo docente universitario es ardua, debe ser gestor, asesor, facilitador y orientador del proceso de enseñanza-aprendizaje. Ya no es sólo un transmisor de conocimiento como fue hace años, junto a ello, los profesores universitarios nos encontramos con que cada estudiante es único, su historia de vida y el contexto del que viene lo hace ser un mundo que está evolucionando y donde el docente impacta en él/ella para toda su vida.

En otro sentido el docente de educación superior debe asumir que está con un joven adulto, que se está formando para desarrollarse en una sociedad que cambia y que además debe ser él un aporte, como indican Andrade & Muñoz (2003, p. 18):

Si se asume una respuesta a los retos sociales y culturales, es de esperar que la docencia y el rostro del docente alcancen su objetivo de proyectarse en este tercer milenio con innovaciones pedagógicas que optimicen la interacción maestro- estudiante y, por ende, la educación. Y, precisamente, esta acción de avizorar el momento histórico y atender sus desafíos es un requisito *sine qua non* para este nuevo rostro del docente, que no se preocupe demasiado por los contenidos o temáticas aisladas, sino que le interese la ubicación del estudiante en su contexto y lo estimule para establecer una relación dialógica con el conocimiento, sus congéneres y su realidad, con el objetivo de desarrollar sus potencialidades intelectuales y su conciencia social en pro del ciudadano ideal.

De acuerdo a lo ya expuesto, se visualiza cómo el rol del profesor universitario se ha modificado. Esta nueva forma de hacer docencia implica un esfuerzo mayor al académico, que no sólo debe tener un profundo conocimiento de su área, ya que esto pasa a ser la base, sin duda se espera mucho más que entregar un conocimiento de su disciplina, como indican Estepa et al., (2005, p. 3), entre las tareas docentes tiene “...*como funciones programar las asignaturas, preparar los temas, dar clase, atender a los alumnos en horas consulta, evaluarlos, coordinarse con otros profesores, y ejercer como tutor*”.

Y, también, es un aporte en esta línea lo que explicita Garces (2010, p. 119):

El rol profesional del docente cobra sentido en tanto cuanto éste es un agente social que su accionar está en función del desarrollo y crecimiento de las personas y de la comunidad. En esta dirección el desarrollo profesional del docente para el siglo XXI, es parte de una racionalidad del conocimiento, que se demanda como desafío a la escuela de hoy, según la UNESCO, los cuatro grandes pilares hacia donde debe orientar su quehacer.

- Aprender a aprender
- Aprender a hacer

- Aprender a ser
- Aprender a convivir y colaborar con los demás

Y a esto se le agrega una serie de valores que se consideran fundamentales en una sociedad y que el maestro debe intencionar en su práctica pedagógica:

- La solidaridad
- El respeto
- La responsabilidad

San Martín Cantero (2014, p. 204), luego de su estudio, determinó que el profesor universitario ideal, desde la perspectiva de los estudiantes de primer año de pregrado, en características personales debe considerar ser, “...*Cercano, ameno, justo, paciente y menos valoradas: disciplinado, exigente y entusiasta*”. Lo mencionado demuestra que el sólo hecho de tener un conocimiento en la disciplina no es suficiente para el estudiante. Los docentes clínicos que llevan un tiempo en esta labor, se dan cuenta de lo relevante que es para el estudiante la cercanía, porque esta característica da paso a la confianza, creando un clima de seguridad lo que conlleva a realizar las acciones en el paciente con tranquilidad y recibiendo la retroalimentación del docente para mejorar.

En lo que respecta a características profesionales, San Martín Cantero (2014, p. 204) destaca “...*ser claro en las explicaciones, luego motivador y que se interese por el aprendizaje de los alumnos, menos valoradas: que domine otros idiomas, puntual, investigador y que atienda necesidades educativas especiales*”. En la clínica odontológica docente el ambiente suele ser muy dinámico y tenso, por el tiempo en la atención de pacientes, que es acotado, por lo riguroso de las acciones clínicas en un paciente, que requiere destrezas de un nivel alto, lo cual genera estrés y frustración. Así, un docente que sea claro, preciso y que motive, regula este contexto crítico.

El aspecto que más se destaca en este estudio: ser claro en las explicaciones, coincide con muchos otros autores. Por otra parte tenemos a Krzemien & Lombardo (2006, p. 3) quienes señalan que el rol del docente universitario y sus competencias de acuerdo a su revisión de literatura, implicaría:

- El desarrollo de conocimientos y habilidades pertinentes para la enseñanza;
- Un posicionamiento actitudinal ligado a modos de pensar, sentir y actuar;
- El dominio de un conjunto de recursos y estrategias didácticos;
- La revisión del propio desempeño que permita innovar y mejorar la práctica;
- Un intento de dar respuesta a las demandas y necesidades de los destinatarios;
- Una faceta política que orienta la modalidad de intervención en vinculación con el proyecto institucional y social donde se inscribe la práctica educativa.

Y en cuanto a la competencia profesional, mencionan:

1. Un conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes para el ejercicio profesional con eficacia.
2. La integración de dos tipos de saberes: un conocimiento académico acerca de un campo de la realidad, y otro procedimental, relativo al desarrollo de habilidades para resolver problemas.
3. El papel de la experiencia y el aprendizaje como factor de flexibilidad y adaptación a los cambios.
4. La acción y el uso de un repertorio de recursos, estrategias y dispositivos prácticos.
5. El contexto particular y las condiciones específicas donde se pone en juego.
6. La ocupación o puesto de trabajo mediante el cual es convalidada y reconocida oficial y socialmente (Krzemien & Lombardo, 2006, pp. 3-4).

En relación a las competencias profesionales, Tejada (2009, p.11), las define como: *“...conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados en la acción, adquirido a través de la experiencia y formación, que permite al individuo resolver problemas específicos de forma autónoma y flexible en contextos determinados”*.

Se hace necesario, también, mencionar lo que se relaciona con la investigación, que es una de las principales funciones que se pide en las universidades, incluso dejando en segundo plano el rol de educador. Esto, dado por la forma de valorar a las universidades a través del número de publicaciones. Mas (2011, p. 301), desarrolla esta idea indicando que el docente universitario se debe abocar a investigar, para crear conocimiento en su área, así podrá innovar en su contexto:

Y en muchos centros de educación superior universitaria lo que se espera es un investigador, para generar nuevo conocimiento, dando un segundo lugar al rol de educador, ya que las universidades son valoradas desde este punto de vista: número de publicaciones científicas, patentes, etc.

En acuerdo con Medina y Jarauta (Turull, 2020, p. 306) el término, *scholarship of teaching and learning* (SoTL), toma sentido. Este movimiento que tiene un enfoque centrado en cómo el estudiante construye significados y la investigación que de esto se deriva, con la mirada puesta en los docentes y lo que el alumno va experimentando. Así, lo que partió pensado sólo en la enseñanza: *scholarship of teaching* (SoT), va avanzando y se hace más robusto al dar un lugar primordial a la reflexión del docente en todo momento y con la finalidad de abrirse al público, a la crítica y mejora, con ello la investigación se hace parte de la docencia propiamente tal.

Definir lo que es el docente universitario es complejo, requiere un análisis profundo. Mas (2011), entrega su visión declarando que el docente universitario es un mediador, un facilitador, un tutor, que organiza y orienta, y resalta la necesidad de ampliar las competencias profesionales pedagógicas básicas. Orientando estas características a la clínica docente de odontología, realizó una reflexión a lo cotidiano que resulta ejercer la docencia y fluir en este medio, que es exigente y requiere una constante actualización. Los estudiantes que nos acompañan cada año son diferentes, y nos sorprenden, ante lo cual debemos estar conscientes de su individualidad y flexibilizar la enseñanza para lograr que todos aprendan.

Ruay (2010), en esta línea, menciona el valor del profesor para la sociedad, tanto a nivel escolar como en educación superior y da una gran responsabilidad a las instituciones educativas con la sociedad actual.

...a la hora de definir el nuevo rol del docente y el aprendizaje profesional, es atender a la matriz bajo la cual ese docente ha recibido su formación de base, su formación inicial. Ésta es una tarea que han de resolver las instituciones formadoras de este profesional que tiene como misión educar a las generaciones de niños y jóvenes de una sociedad en permanente cambio, donde ya no es el depositario del conocimiento (p.122).

2.3. ¿Cómo aprenden a enseñar los académicos universitarios?

Una pregunta que puede ser fundamental para este trabajo es la de este subtítulo: ¿Cómo aprenden a enseñar los docentes universitarios? Cada uno de los profesores universitarios ha tenido un trayecto particular para llegar a enseñar. Desde mi formación en pregrado lo que visualicé se basaba en la imitación o según las propias ideas de los profesores de esos años, me refiero a los años 80, me inicié en la academia inmediatamente, al estar titulada como cirujano-dentista, como ayudante ad-honorem¹⁸, esto significó estar en todo momento al lado de un docente que sería mi modelo, y así podría aprender a enseñar. Con el transcurso del tiempo y cada vez más entusiasmada por la docencia, busqué la forma de capacitarme por un interés personal, lo cual, en esos años, era algo que la mayoría de los colegas no realizaba, pero que a mí me parecía necesario y correcto en beneficio de una mejor forma de enseñar y de aprender.

Existe una gran diferencia entre un profesor que ha sido formado para serlo y un profesional que se ha dedicado a ser profesor de su área. Mi caso es el segundo y el de los docentes expertos clínicos que son los protagonistas de esta investigación también.

¹⁸ Situación de incorporación a la academia, sin compromiso contractual, y bajo la tutela de un profesor estable en el equipo de la asignatura.

En el primer caso, estos académicos han seguido un camino paso a paso desde su pregrado, en otra disciplina, para llegar a ser docentes destacados, como señala Rivas et al.(2005, pp. 5 y 6):

Davini (1995) las nomina como biografía escolar del profesor que incluye su historia como alumno; formación inicial o de grado que se realiza en instituciones específicas, con planes de estudio que consideran la formación pedagógico didáctica; y la etapa de socialización profesional, que se realiza en los puestos de trabajo e implica la adquisición de conocimientos, habilidades, destrezas, normas y valores que configuran el saber hacer.

Los profesores de profesión tienen una serie de momentos o niveles de formación que son parte de cómo construyen su manera de aprender a enseñar, en cada uno influyen otros estudiantes, colegas, equipo directivo, la estructura social y política de la institución, etc. Recordando que no son profesores de formación, sino que estamos abordando la docencia desde una perspectiva clínica, de cirujanos-dentistas que ha tomado el camino de la academia.

Los académicos tienen distintas maneras de enfrentar su desarrollo para enseñar. En nuestra área, la odontología, es coincidente con la literatura, tal como dice Estepa et al. (2005, p. 75), para la mejora docente: “...apoyos de otros compañeros y asesoramiento específico de otros colegas con más experiencia profesional, así como determinada formación didáctica”, ya que muchos de nosotros, hoy académicos, hemos aprendido a enseñar observando y trabajando junto a colegas que ya dedicaban tiempo a la docencia, lo cual nos brindó herramientas que hemos definido si son o no aplicables, según las situaciones que enfrentamos.

Cuando se habla de los docentes universitarios existe un acuerdo al constatar que en un porcentaje importante no tienen una formación pedagógica y sólo se ha considerado su experiencia y capacidad para resolver en el ámbito de su disciplina, Mas (2011), nos explica:

El profesorado universitario trabaja en la institución formativa de mayor nivel existente y, curiosamente en su inmensa mayoría, no se han formado para ejercer esa función, ya que han ingresado en este cuerpo docente después de formarse largamente en los contenidos propios de su área (con un expediente más o menos brillante que no garantiza ninguna competencia docente) en instituciones de formación superior y sin recibir ningún tipo de formación pedagógica, ya que mayoritariamente no han sentido esta necesidad formativa, ni la institución les ha exigido ninguna formación pedagógica previa al desarrollo de dicha función docente (p. 9).

Lo expuesto se visualiza en la formación de cirujanos-dentistas que se han dedicado a la docencia, pero ya en este siglo, es una responsabilidad la formación que implica una mejora en la calidad docente, lo cual nos permite realizar la academia con un mayor número de herramientas, apropiándonos de nuevas tecnologías, metodologías, desarrollando un diálogo en confianza con el estudiante, innovando y colaborando con situaciones cercanas a la realidad intencionadas para su aprendizaje y autonomía. Mas (2011), afirma y complementa con estas palabras lo que he señalado previamente:

...al llegar al ámbito universitario no existe ninguna obligatoriedad de que en el currículum formativo del profesor universitario exista una formación psicopedagógica que constata su competencia docente, pudiendo las universidades contratar a personal sin cualificación pedagógica y sin experiencia docente previa. (p. 9).

En la Pontificia Universidad Católica, Facultad de Medicina, Escuela de Odontología donde me desempeño, se ha establecido una formación obligatoria para los docentes que ingresan a formar parte de los equipos docentes, esto ha colaborado en forma importante en la mejora de la formación en docencia, se entregó en un inicio el Diploma de Educación Médica, propio de la Facultad de Medicina, para luego por Vicerrectoría Académica, se definió dictar el Diploma de Docencia Universitaria, ambos en un inicio se hacían voluntariamente,

actualmente es obligatorio para todos los docentes que se incorporan y los antiguos que ya pertenecen a la Facultad.

Diversos artículos científicos hablan sobre la profesionalización de los docentes universitarios desde el punto de vista pedagógico. Manso (1999), entrega la postura que se da en muchos casos, ya que no hay una preparación en áreas propias de la docencia:

Todos somos conscientes de cómo, basándose en la falacia “basta saber para ser capaz de enseñar”, el profesor universitario inicia sus primeras clases sin bagaje sicopedagógico alguno, imitando los modelos de su época de alumno y cargado de buenas intenciones e ilusión, requisitos indispensables pero no suficientes (p. 320).

Muchos de nosotros, colegas y docentes actualmente, estuvimos sometidos a profesores que tenían la docencia como una segunda labor, a parte de su trabajo privado en clínica, y de seguro pensaban que lo hacían muy bien enseñando. Lamentablemente no era lo que sentíamos en ese momento como estudiantes, debido a que no era suficiente su experiencia clínica para darse a entender. El sólo hecho de ser un profesional de determinada área en la odontología, no aseguraba que el profesor lograra transmitir su conocimiento, inclusive vivimos situaciones desagradables en nuestra vida universitaria, lo que se traducía en escaso aprendizaje e incluso aversión por una materia si el docente tenía malos tratos, y por lo contrario, si había confianza y motivación, el aprendizaje se hacía más comprensible.

En el estudio de Jarauta & Medina (2012), destacan el trabajo de Tynjälä (2008), donde clasifica las actividades de aprendizaje para el docente en siete puntos:

- a) A través de propio trabajo.
- b) Por la cooperación e interacción con otros colegas.
- c) Mediante el trabajo con los estudiantes.
- d) Asumiendo nuevos retos y haciendo frente a nuevas tareas.
- e) Por la reflexión y análisis de la propia experiencia.
- f) A través de la formación.
- g) Por la influencia de contextos extra-profesionales.

El profesor universitario para realizar su labor docente ha recurrido a su experiencia de vida, sus conocimientos formales de la disciplina, las creencias que posee, interpretando y poniendo en práctica su docencia. En otros casos han podido recibir apoyo de las instituciones para perfeccionarse o emplear el modelaje de otros docentes como parte de su formación y así van construyendo su conocimiento académico y abordando la enseñanza para el aprendizaje.

2.4. El docente experto

Considerar al docente universitario como experto puede tener diferentes miradas ya que puede ser un gran conocedor de su área de especialidad, área disciplinar, pero no cumple con requisitos de experto en lo que respecta al logro de enseñanza y aprendizaje con sus estudiantes (ámbito pedagógico), creador de ambientes que motiven a seguir aprendiendo, que sean un espacio seguro para preguntar, para equivocarse, para aprender sin temor, así los estudiantes podrían asumir roles más activos.

Tomo las palabras de López, González, & De León. (2014), de lo esperable del académico:

...un profesional que desarrolla su actividad sobre la base de una labor planificada de forma sistemática y con suficiente antelación, donde la información a transmitir está ligada con las competencias profesionales del trabajo para el que capacita la titulación en la que se encuentra y que emplea recursos, metodologías y estrategias didácticas en un contexto específico de enseñanza-aprendizaje, donde la planificación docente, la gestión del tiempo y del espacio, los sistemas de evaluación y la interacción con el alumnado juegan un papel importante. (p. 146).

De lo dicho por estos autores me parece necesario recalcar “*Ciertamente, ser profesor no es un estatus que se alcanza con la obtención del título, sino una actividad que se consolida en*

el acto de enseñar y que cada día se renueva y perfecciona.” González, López, & Pino (2013, p. 185) Con lo cual el docente experto requiere tiempo, práctica, reflexión y formación continua.

En esta investigación podemos definir como docente clínico experto al cirujano-dentista que tiene una especialidad. Es quien tiene la capacidad de resolver situaciones complejas de la clínica, de la organización académica, del trabajo en equipo, de la relación con los estudiantes, además de cumplir con entregar su conocimiento disciplinar a los alumnos de forma atractiva, clara, fácil y motivadora.

Todo lo mencionado se ha obtenido de los registros de la encuesta inicial de esta investigación, información entregada por los estudiantes, docentes clínicos y directivos de la carrera de odontología para definir a los docentes que serían los casos de estudio en esta tesis, lo que permite argumentar que estos docentes clínicos tienen esa capacidad de enseñar, que son expertos porque en su experiencia y formación han ido integrando y evolucionando, además de perfeccionar su forma de entregar la enseñanza.

2.5. Docencia de calidad

Para tener una docencia de calidad, se debe tener docentes de calidad y esto nos lleva a considerar su formación. Durante décadas los profesionales del área de salud nos hemos formado como docentes en el diario ejercicio de la docencia, siguiendo los ejemplos buenos y malos de quienes nos han precedido. Manso (1999) identifica la importancia de la preparación de los profesores para lograr calidad:

Cualquier planteamiento de mejora de la calidad en la Universidad que no anteponga la formación docente del profesorado a otras acciones, es una huida hacia adelante. Probablemente producirá una mejora mínima o nula de la calidad y tiene muchas posibilidades de generar nuevos problemas sin detectar ni resolver los previamente existentes. Además, tiene grave

riesgo de conducir a despilfarro de recursos humanos, tiempo y dinero.
(Manso, 1999, p. 320).

Las necesidades de nuestros estudiantes han crecido porque el mundo del conocimiento avanza rápidamente, por tanto, el profesor universitario debe tener herramientas para facilitar el aprendizaje y considerar todos los roles que debe cumplir. Esto ha implicado un cambio que para muchos puede resultar difícil, hay resistencia y también se debe dar espacio en el trabajo diario del docente para seguir avanzando en su formación.

El contexto social, en los diferentes países, es de una gran diversidad y esto se refleja en la educación, de acuerdo a lo que expresa Garbanzo (2007):

La educación superior en América Latina experimentó, en la década de 1990, un marcado interés por la calidad educativa, al reconocer en ella la principal herramienta para responder a las exigencias y demandas educativas en un contexto marcado por desafíos propios del proceso de globalización. (pp. 44-45).

Esto es significativo para nuestro continente, ya que muchos de nuestros países tienen una historia de pobreza y subdesarrollo marcado por intereses políticos que no buscaban la educación como meta prioritaria.

Se han generado una gran cantidad de cambios tanto en Chile como en otros países y entre éstos está la creación de universidades privadas, tal como explica Garbanzo (2007):

Para el caso de América Latina, en la segunda mitad del siglo XX, el número de instituciones y la matrícula anual experimentaron un incremento sostenido y en la década de 1990 creció un 6% (8% sector privado y 2,5% sector público) (p. 45).

En Chile, los gobiernos han declarado la necesidad de una educación de calidad como una de las principales tareas y así es como lo reafirma Valdebenito (2011), quien menciona:

...La calidad ha sido un ítem dentro de los discursos políticos y gubernamentales que más énfasis ha recibido en los últimos cinco años, de modo que lo que ha quedado en el inconsciente colectivo es que una de las grandes aristas del problema de la educación chilena se encuentra en la calidad de ésta (p. 3).

Establecer un concepto de calidad en educación es complejo y en nuestro país esto se ha trabajado con propuestas que entregan los gobiernos de turno.

Valdebenito (2011), destaca los puntos clave que se están trabajando para lograr la calidad en educación en nuestro país: *“Los organismos gubernamentales que han trabajado intentando sistematizar, de algún modo, las estrategias relacionadas con el problema de la calidad en la educación chilena, se han centrado en cuatro aspectos fundamentales...”* (pp. 14-18).

- a. Organismos fiscalizadores y asesores de calidad
- b. La prueba SIMCE
- c. Las evaluaciones docentes
- d. La Evaluación Docente

Para Pérez (1998), desde la concepción educativa, la dimensión de la calidad se constituye en tres componentes:

- Los aprendizajes académicos
- La formación intelectual
- La formación integral

Dos son las formas de entender la Educación Universitaria: la formación estrictamente académica y la formación integral. La primera, a su vez, se plantea a dos grandes niveles: el que se orienta al logro de aprendizajes puramente académicos, concretados en los saberes transmitidos y promovidos por el profesorado, y el más ambicioso, que busca a través y a partir del anterior, mediante los enfoques adecuados, capacitar al alumnado para más metas ricas y profundas, como la independencia para el aprendizaje profundo, la autonomía intelectual, el descubrimiento de nuevos saberes, la innovación o el aprendizaje creativo. (Pérez, 1998, p. 19).

Dado lo descrito, el interés por entregar una docencia de calidad está presente como tarea gubernamental y claramente a nivel de las instituciones de educación superior el desafío aumenta con la competencia, como ha ocurrido en Chile, con el crecimiento en el número de universidades.

Es posible que sea la gran meta considerar en la formación universitaria de calidad a una persona integral y Pérez (1998) lo define como a *“un universitario dueño de sus actos, que formula y lleva a cabo proyectos personales de vida valiosos”*.

Lo anterior obliga, desde mi punto de vista, a valorar en mayor medida la forma en que el docente es capaz de mediar no sólo el conocimiento de la disciplina, sino también, una forma de pensar, crear, avanzar en el desarrollo, comportarse y una serie de características y actitudes que hacen de él un modelo para el estudiante. De ahí la importancia de detenerse a analizar a los docentes clínicos más considerados, que sin duda son modelos para los alumnos y para otros docentes.

Parte de lo que se considera calidad tiene que ver con la atención en el aprendizaje, la forma de enfrentar la enseñanza con el estudiante, de forma de crear un ambiente cálido, seguro y así el docente ayuda al estudiante que pasa por una experiencia compleja para él. En la clínica docente, estas situaciones son visualizadas por el académico y puede oportunamente

intervenir, orientando e incluso demostrando si ya está el estudiante realizando una acción en un paciente. “...*la calidad exige calidez en el trato, disponibilidad, amabilidad..., además de agilidad y efectividad en las respuestas*” (Pérez, 1998, p. 32).

Otro punto a considerar sería este entorno de aprendizaje, que si es amable con el estudiante, puede motivarlo a ser más proactivo, sin temor de equivocarse y sintiéndose acompañado por el docente.

Por otra parte, en este siglo los roles del profesor son múltiples y se asocian al concepto de calidad, implican la responsabilidad de adquirir nuevas competencias como docente y así llevar al estudiante a tener una formación óptima. “...*Las competencias del educador para el siglo XXI deben estar ligadas al concepto de calidad, equidad y participación de la institución educativa*” (Ruay, 2010, p. 121).

Y para sumar en el concepto de calidad en la educación superior, Pérez (1998, p. 35) indica que tres podrían ser los aspectos fundamentales a tener en cuenta:

1. La necesidad de equilibrio entre la dedicación a la docencia y a la investigación, de forma que el desarrollo de una función no vaya en detrimento de la otra.
2. La influencia que la investigación juega sobre la calidad de la acción docente y formativa del profesor sobre el alumnado, tanto por lo que representa de actualización y avance del saber cuanto por la actitud que refleja y por su repercusión en la metodología, más activa e indagativa que meramente pasiva y receptiva.
3. Su carácter de componente de la formación del alumno orientada a su capacitación para esta al día en temas de investigación y, en su caso, para investigar en el futuro, bien en su ámbito profesional bien, precisamente, como profesional de la misma.

La calidad como concepto educacional debe ir avanzando junto a las instituciones de educación que deben ir con los tiempos, y adaptarse a las nuevas generaciones, así el docente como pilar fundamental de la institución educativa también evoluciona, tal como Castilla (2011) señala:

Aunque el concepto calidad es difícil de concretar cuando se aplica a la educación superior, según Gvaramadze (2008) se pueden identificar dos vertientes del mismo: la calidad como proceso de mejora y la calidad como transformación individual. En el primer caso, la calidad se asocia a una institución y generalmente se suele basar en su autonomía, transparencia y efectividad, mientras que cuando hablamos de casos individuales, la calidad se asocia a los estudiantes, académicos y plantilla de cada una de esas instituciones, ya sean Universidades o Programas Académicos (p.159).

2.6. La carrera de Odontología en la Pontificia Universidad Católica de Chile

La carrera de Odontología en la Pontificia Universidad Católica ha tenido dos instancias claves para establecerse: la primera en los años setenta, pero no se consolidó, y se dirigieron estos estudiantes ingresados a la carrera de Medicina. Luego, cerca de cuatro décadas después, se vuelve a retomar la idea, partiendo el primer curso en el año 2009, momento en que soy invitada a participar de esta iniciativa.

La Escuela de Odontología en esta casa de estudios sigue los lineamientos de la Pontificia Universidad Católica de Chile¹⁹ y declara:

“Nuestra Escuela busca la excelencia en la formación de profesionales íntegros, que sean capaces de aportar a nuestra sociedad entregando salud y transmitiendo sus conocimientos a la comunidad, las personas y sus familias. Buscamos poner los avances científicos y tecnológicos de la odontología a disposición de nuestros estudiantes y pacientes a través de la

¹⁹ www.odontologia.uc.cl

entrega y el trabajo. Ya somos una carrera acreditada, con el más alto estándar de calidad, que se preocupa de seguir progresando cada día”.

En el año 2009 se abre la admisión a esta carrera con cupo para 70 estudiantes y se titulan el año 2015 los primeros cirujanos-dentista de esta institución, siendo una de las nuevas carreras que imparte la Universidad.

Se cuenta con una infraestructura de dos edificios: el Edificio Académico de Odontología se inauguró el 26 de mayo de 2010. El terreno tiene una superficie de 2.000 m² que se distribuyen en dos auditorios para 80 personas, ocho salas de seminario, dos laboratorios multipropósito y un amplio laboratorio de simulación equipado con alta tecnología.

La Clínica Odontológica Docente UC (CODUC) se inauguró el 7 de mayo de 2012. La edificación tiene una superficie 3.463 m² repartidos en seis pisos con 112 boxes de atención clínica, tres pabellones de cirugía menor con sala de recuperación, una unidad de imagenología y central de esterilización.

El docente, cirujano-dentista y especialista en cirugía maxilofacial y manejo del dolor, Hernán Ramírez Skinner, comparte su mirada respecto a la evolución de la carrera en la Pontificia Universidad Católica, ya que ha participado desde el inicio en ella, con cuarenta años de docencia en Odontología, relatando que:

“...participé en el grupo que diseñó el pregrado en esta nueva etapa, años 2007-2008, en la Pontificia Universidad Católica. Considero que hay más madurez para la formación de los futuros cirujanos-dentistas, con una sólida formación biomédica, considerando la experiencia de otros lugares... hemos crecido con nuevas generaciones y postgrados...valorando nuestro quehacer como acto médico, lo que me motivó a escribir el libro: Historia general de la odontología: el arte dental como acto médico...” (Entrevista, junio 2019).

2.6.1. Malla curricular de odontología UC

El estudiante de Odontología completa la carrera en 12 semestres, son 6 años con asignaturas de formación general, cursos electivos en disciplinas diferentes a las del currículo propio, formación teológica, de formación antropológica-ética y específicas del currículo.

Para obtener el título de Licenciado en Odontología debe completar 513 créditos y para el título de cirujano dentistas 613 créditos.²⁰

Malla Curricular

Licenciatura en Odontología y Título Profesional de Cirujano Dentista

1° Semestre	2° Semestre	3° Semestre	4° Semestre
CÁLCULO* MAT1023 cr10	FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA* MED105B cr5	HISTOLOGÍA PARA ODONTOLOGÍA** MED203O cr7	FISIOLOGÍA HUMANA PARA ODONTOLOGÍA** BIO258O cr20
ANATOMÍA TOPOGRÁFICA Y EMBRIOLOGÍA I** MED101O cr10	FÍSICA PARA ODONTOLOGÍA* FIS109D cr8	BIOLOGÍA MOLECULAR DE LA CÉLULA* BIO238M cr20	NEUROCIENCIA PARA ODONTOLOGÍA** ODO204A cr10
BIOESTADÍSTICA* MED104A cr10	ANATOMÍA TOPOGRÁFICA Y EMBRIOLOGÍA II** MED102O cr10	FUNDAMENTOS ODONTOLÓGICOS INTEGRADOS III ODO201B cr15	FUNDAMENTOS ODONTOLÓGICOS INTEGRADOS IV ODO203A cr15
FUNDAMENTOS ODONTOLÓGICOS INTEGRADOS I ODO101B cr10	QUÍMICA* QIM201 cr15	FORMACIÓN TEOLÓGICA *** TTF cr10	ELECTIVO OTRA DISCIPLINA OPT cr10
ELECTIVO OTRA DISCIPLINA OPT cr10	FUNDAMENTOS ODONTOLÓGICOS INTEGRADOS II ODO102A cr5		
EXAMEN DE COMUNICACIÓN ESCRITA VRA100C cr0	ELECTIVO OTRA DISCIPLINA OPT cr10		
ENGLISH TEST ALTE 2 VRA2000 cr0			

²⁰ <https://odontologia.uc.cl/pregrado/malla-curricular/>

5° Semestre	6° Semestre	7° Semestre	8° Semestre
PATOLOGÍA MORFOLÓGICA Y FUNCIONAL ODO300A cr10	FISIOPATOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA DE SISTEMAS ODO306A cr10	ÉTICA MÉDICA**** MED403A cr10	CLÍNICA INTEGRAL DEL NIÑO II ODO407A cr10
SALUD PÚBLICA MED304A cr10	FARMACOLOGÍA PARA ODONTOLOGÍA MED303O cr8	CLÍNICA INTEGRAL DEL NIÑO I ODO403A cr10	CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO II ODO409A cr15
MICROBIOLOGÍA PARA ODONTOLOGÍA MED301O cr7	PRECLÍNICO ODONTOLÓGICO ODO304A cr8	CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO I ODO405A cr15	SEMINARIO EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS ODO411A cr5
FUNDAMENTOS ODONTOLÓGICOS INTEGRADOS V ODO301A cr10	FUNDAMENTOS ODONTOLÓGICOS INTEGRADOS VI ODO302A cr10	IMAGINOLOGÍA DIAGNÓSTICA II ODO417A cr5	PATOLOGÍA BUCAL Y MAXILO FACIAL II ODO415A cr5
PROCESOS PARA EL EJERCICIO CLÍNICO ODONTOLÓGICO ODO305A cr5	IMAGINOLOGÍA DIAGNÓSTICA I ODO307A cr5	PATOLOGÍA BUCAL Y MAXILO FACIAL I ODO413A cr5	CIRUGÍA BUCAL II ODO416A cr5
ELECTIVO OTRA DISCIPLINA OPT cr10	ELECTIVO OTRA DISCIPLINA OPT cr10	CIRUGÍA BUCAL I ODO414A	ELECTIVO OTRA DISCIPLINA OPT cr10

9° Semestre	10° Semestre	11° Semestre	12° Semestre
CLÍNICA INTEGRAL DEL NIÑO III ODO502A cr10	CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO IV ODO507A cr20	ODONTOLOGÍA LEGAL ODO601A cr5	ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD ODO604A cr5
CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO III ODO510A cr20	CLÍNICA INTEGRAL DEL NIÑO IV ODO505A cr10	INTERNADO ASISTENCIAL INTEGRAL I ODO611A cr45	INTERNADO ASISTENCIAL INTEGRAL II ODO612A cr30
ODONTOLOGÍA GERIÁTRICA I ODO514A cr5	ODONTOLOGÍA GERIÁTRICA II ODO516A cr5		INTERNADO ELECTIVO cr15
CIRUGÍA BUCAL III ODO509A cr10	CIRUGÍA BUCAL IV ODO512A cr10		
PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES I ODO515A cr5	PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES II ODO517A cr05		

Internados Electivos para el 12° Semestre

INTERNADO : REHABILITACIÓN ORAL	INTERNADO: ODONTOPEDIATRÍA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR	INTERNADO : PERIODONCIA	INTERNADO: CIRUGÍA BUCAL	INTERNADO: IMAGINOLOGÍA	INTERNADO: INTRAMURAL DE ENDODONCIA	INTERNADO: INTRAMURAL DE OCLUSIÓN Y TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES	INTERNADO: INTRAMURAL DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR
ODO605A 15	ODO606A 15	ODO607A 15	ODO613A 15	ODO614A 15	ODO615A 15	ODO616A 15	ODO617A 15

COMPOSICIÓN CURRICULAR GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER UC

* CURSOS DE FORMACIÓN BÁSICA DE LA LICENCIATURA	88
** CURSOS PROPIOS DE LA LICENCIATURA	57
*** CURSO TEOLÓGICO	10
**** CURSO ANTROPOLÓGICO-ÉTICO (MED403A: ÉTICA MÉDICA)	10
CURSOS ELECTIVOS EN OTRAS DISCIPLINAS	90
EXAMEN DE COMUNICACIÓN ESCRITA (VRA100C)	APROBADO
ENGLISH TEST ALTE 2 (VRA2000)	APROBADO
TOTAL CRÉDITOS	215

COMPOSICIÓN CURRICULAR LICENCIATURA EN ODONTOLOGÍA Y TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

MÍNIMOS (INCLUYE CURSO MED403A: ÉTICA MÉDICA)	443
CURSO DE FORMACIÓN TEOLÓGICA	10
ELECTIVOS EN DISCIPLINAS	60
TOTAL LICENCIATURA EN ODONTOLOGÍA	513
MÍNIMOS	85
OPTATIVO DE PROFUNDIZACIÓN (INTERNADO ELECTIVO)	15
TOTAL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA	613

EL GRADO DE BACHILLER SE OBTIENE LUEGO DE HABER APROBADO 210 CR. DISTRIBUIDOS DE LA SIGUIENTE MANERA :

A) FORMACIÓN BÁSICA DE LA LICENCIATURA RESPECTIVA (68 CR.):

SIGLA	CURSO	CRÉDITOS
BIO238M	BIOLOGÍA MOLECULAR DE LA CÉLULA	20
FIS109D	FÍSICA PARA ODONTOLOGÍA	08
MAT1023	CÁLCULO	10
MED104A	BIOESTADÍSTICA	10
MED105B	FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DE LA MEDICINA Y ODONTOLOGÍA	05
QIM201	QUÍMICA	15

B) OTROS CURSOS PROPIOS DE LA LICENCIATURA RESPECTIVA (57 CR.):

SIGLA	CURSO	CRÉDITOS
BIO258O	FISIOLOGÍA HUMANA PARA ODONTOLOGÍA	20
MED101O	ANATOMÍA TOPOGRÁFICA Y EMBRIOLOGÍA I	10
MED102O	ANATOMÍA TOPOGRÁFICA Y EMBRIOLOGÍA II	10
ODO204A	NEUROCIENCIAS PARA LA ODONTOLOGÍA	10
MED203O	HISTOLOGÍA PARA ODONTOLOGÍA	07

C) CURSOS ELECTIVOS EN DISCIPLINAS DIFERENTES A LAS DEL CURRÍCULO PROPIO (60 CR.).

LOS ALUMNOS DEBEN APROBAR CURSOS ELECTIVOS EN OTRAS DISCIPLINAS CUYO CONTENIDO NO TENGA EQUIVALENCIA, NI SEAN HOMOLOGABLES CON ASIGNATURAS DEL PLAN DE ESTUDIO DE ODONTOLOGÍA.

EN PRINCIPIO, PARA CUMPLIR CON ESTE PROPÓSITO QUEDAN EXCLUIDAS LAS DISCIPLINAS DE CARRERA DEL ÁREA DE LA SALUD: MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, KINESIOLOGÍA Y FONOAUDIOLOGÍA Y DEL ÁREA DE LAS CIENCIAS BÁSICAS: BIOLOGÍA, BIOQUÍMICA, BIOLOGÍA MARINA Y QUÍMICA.

SIN EMBARGO, LOS ALUMNOS PODRÁN APROBAR COMO ELECTIVOS EN OTRA DISCIPLINA, CURSOS INTERDISCIPLINARIOS (CMD) QUE PUEDA DICTAR MEDICINA, O BIEN CARRERAS DEL ÁREA DE LA SALUD (HASTA UN MÁXIMO DE 20 CRÉDITOS), COMO LOS SIGUIENTES U OTROS QUE PUEDAN CREAR ESTAS UNIDADES:

SIGLA	CURSO	CRÉDITOS.
MED801	CMD: DOLOR, SUFRIMIENTO Y MUERTE	10
MED805	CMD: POBREZA Y SALUD	10
MED806	CMD: SALUD, CULTURA Y PERSONA	10
MED807	CMD: MEDICINA, TECNOLOGÍA Y PERSONA HUMANA	10
MED810	CMD: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	10
MED811	CMD: MANEJO Y ÉTICA ANIMAL	10
MED819	CMD: ÉTICA Y BUENAS PRÁCTICAS EN INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS	10

TAMBIÉN, PODRÁN APROBAR CURSOS DEL ÁREA DE LA SALUD QUE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA PUEDE RECOMENDAR ANUALMENTE A SUS ALUMNOS. ESTA INFORMACIÓN SERÁ DIFUNDIDA Y COMUNICADA PARA EFECTOS DE SEGUIMIENTO CURRICULAR DE LOS ALUMNOS.

D) FORMACIÓN TEOLÓGICA (10 CR.), DE UNA NÓMINA DE CURSOS QUE LA FACULTAD DE TEOLOGÍA DICTE PARA ESTOS EFECTOS.

E) FORMACIÓN ANTROPOLÓGICO-ÉTICA (10 CR.):

SIGLA	CURSO	CRÉDITOS.
MED403A	ÉTICA MÉDICA	10

2.7. Conocimiento base para la enseñanza

Una de las tareas de las universidades es formar un profesional de excelencia que sea un aporte a la sociedad, para ese logro, los docentes ocupan un lugar fundamental y deben dominar en primer lugar el conocimiento en su área disciplinar. El conocimiento es la

columna principal para trabajar en docencia, un concepto que abarca la comprensión de los contenidos y su aplicación, con ello el estudiante podrá realizar las labores profesionales de manera óptima en el contexto que se desarrolle y quien gestiona este conocimiento es el académico universitario. Y este conocimiento se debe aprender, integrar, co-construir con lo que ya se posee, todo bajo la mediación del docente, por ello es tan valiosa la labor del profesor en la universidad, se convierte en un mediador que permite al estudiante continuar su avance en un aprendizaje guiado.

El conocimiento académico supone una herramienta para la vida profesional, así lo mencionan Mauri, Colomina, & Rochera (2006, p. 230), quienes mencionan que “*el conocimiento académico no se contempla como una finalidad en sí mismo sino como un recurso formativo junto con los elementos de carácter técnico, metodológico y práctico*”.

Por su parte, Shulman (1987) propuso que la persona que se dedica a la docencia tiene un conocimiento base que, al menos, incluye siete categorías: el conocimiento del contenido, de lo pedagógico general, de lo curricular, de lo pedagógico del contenido, de los aprendices y sus características, de los contextos educativos y de los fines educativos. (Salazar, 2005, p. 3).

Esto lo ratifica Castejon Oliva & Giménez Fuentes-Guerra (2017) en su artículo:

Como expresó Shulman (1987) el profesorado utiliza diferentes tipos de conocimientos cuando toma decisiones sobre la enseñanza: CC²¹, CPC²², conocimiento curricular, conocimiento de los aprendices, conocimiento de los objetivos educativos, conocimiento de otros objetivos y conocimiento general pedagógico. Grossman (1990) los resumió en conocimiento pedagógico general, CC, CPC y conocimiento del contexto (p. 146).

²¹ CC:Conocimiento del contenido.

²² CPC:Conocimiento pedagógico del contenido.

El conocimiento académico sería un complejo conjunto de conocimientos que además se adaptaría al contexto institucional, a los estudiantes y a las metas establecidas.

En Odontología puede resultar de gran ayuda el Conocimiento Didáctico del Contenido, CDC, ya que facilitaría al docente a organizar y planificar la enseñanza, más aún en la clínica docente, porque en la atención de pacientes cada uno de ellos es único, sus problemas, patologías, expectativas también y ante tan variado contexto, un constructo potente y en construcción puede ser parte de los DCE.

2.7.1. Conocimiento del contenido

En la clínica docente odontológica el conocimiento teórico cobra vida dando sentido a lo aprendido al poner en práctica soluciones clínicas para un paciente. Esto queda de manifiesto cuando los estudiantes inician sus prácticas y el profesor está ya al tanto de situaciones que pueden ser complejas de abordar para el estudiante, que muchas veces ha memorizado el tema de estudio, pero no es aún capaz de aplicarlo a una situación real.

El conocimiento amplio y profundo de la materia es crucial para el logro de una función docente eminentemente actualizada. Un elevado conocimiento disciplinar da la tranquilidad y seguridad necesarias para gestionar con comodidad el aula y seguir aprendiendo. Este conocimiento, en el aula, permite explicar con facilidad los contenidos nucleares de sus materias y las conexiones que pueden darse entre diferentes tópicos y con materias afines. La profunda comprensión sobre el contenido ayuda al docente a detectar y anticiparse a los errores o dificultades de los estudiantes en el aprendizaje de los tópicos nucleares de sus asignaturas. El conocimiento de la materia suele provenir de situaciones múltiples y procesuales (carrera docente, relación con colegas, asistencia a cursos y seminarios, etc. (Mentado, Medina, Cruz, 2017, p. 30).

El conocimiento del contenido es un gran pilar para la docencia, al mismo tiempo requiere actualización constante para seleccionar y transmitir a los estudiantes aquellos tópicos que serán útiles en la vida profesional.

Compartiendo lo señalado por Castejon Oliva & Giménez Fuentes-Guerra (2017, p. 146) sobre el dominio de los académicos sobre el contenido, llamado Conocimiento disciplinar, Conocimiento del contenido, Conocimiento académico y junto a este conocimiento el Conocimiento pedagógico del contenido.

Es necesario un conocimiento de la materia para poder definir los aspectos que el estudiante deberá aprender, esto puede considerarse un filtro que es parte de la tarea del docente. Según el curso debe conocer y aplicar, lo que indica que también se debe dominar un tema hasta un nivel que permita entregar esa información en diferentes etapas, según la necesidad en la formación de los estudiantes.

En definitiva, hay saberes que se deben dominar para luego poder transmitirlos y estos conocimientos deben ir actualizándose en un mundo dinámico en información. La odontología es una profesión que sobretodo en temas de tecnologías ha tenido un avance acelerado en las últimas décadas y es primordial que los docentes asuman este constante aprender en sus vidas profesionales y más aún si son académicos.

2.7.2. Conocimiento profesional

En su artículo, Badía & Monereo (2004) definen el concepto de la siguiente manera:

Conocimiento profesional docente como un conjunto de representaciones cognitivas orientadas a la práctica, que permiten al profesor la interpretación de los problemas de enseñanza y aprendizaje a los que se enfrenta y determinan, en gran medida, el enfoque de las actividades de

enseñanza, aprendizaje y evaluación que desarrolla en su práctica profesional” (p. 48).

Para la docencia clínica en odontología hace sentido esta definición, ya que los docentes que hacen clínica dedican tiempo a resolver dudas, corregir conceptos, procedimientos, y sobre todo a retroalimentar a los estudiantes en distintas situaciones que buscan finalmente solucionar problemas de salud oral en los pacientes, en un entorno muy cercano a la vida profesional.

Es habitual que los docentes clínicos con experiencia reconozcan los errores más habituales que pueden suceder en la clínica y están atentos a solucionarlos. Por otra parte, pueden hacer un análisis de cada alumno en forma natural detectando las debilidades y fortalezas para acudir a ellos en los momentos críticos de su actuar, esto en forma individual, singular, según el caso.

Sanjurjo (2005, p. 6) destaca los conceptos de Schön, detallando que: “...*conocimiento en acción, reflexión en acción y reflexión sobre la acción y sobre la reflexión en acción permiten comprender el proceso de construcción del conocimiento profesional...*” que nacen del conocimiento tácito, un conocimiento que surge cuando actuamos, demostrando que sabemos qué hacer. Así, el conocimiento profesional en docencia se observa en los docentes clínicos expertos.

Es interesante cómo Schön detecta y destaca el dominio de un saber de una persona y la dificultad que tienen esa persona para explicar cómo lo hace, ya que resuelve en forma natural, sin pensar, como parte de su forma de enfrentar las situaciones.

Hoy, en el campo de la educación, lo anterior se denomina “*Conocimiento Procedimental o Saber hacer*” (Cassís, 2011, p. 54), se activa una secuencia de acciones y en el caso del docente o de otro profesional, le permite llegar al objetivo. Es, como dice Schön, un conocimiento en la acción que es tácito, más aún cuando se logra con un alto nivel, porque ha pasado por etapas de perfección.

En los docentes reconocidos se nota ese saber hacer, ya que el cambiante escenario de la docencia les permite desarrollar más este conocimiento y se mantienen en reflexión en la acción.

El conocimiento profesional docente resulta un proceso complejo que se acrecienta en el tiempo, reuniendo una serie de conocimientos y experiencias de vida personales que permiten al docente actuar en los diferentes escenarios que se presentan ante él, recurriendo de forma instantánea a su bagaje.

2.7.3. Conocimiento experto

El conocimiento experto ha sido investigado y puede entregar líneas para profundizar en lo que los docentes más valorados y capacitados realizan diariamente, colaborando así con la formación docente a nivel de educación superior. Este conocimiento es relevante debido a la necesidad de lograr un profesional competente. Para establecer el nivel de cada docente se han instaurado clasificaciones como la de Berliner (1988, pp. 2-5) que considera las siguientes categorías:

- Principiante o novel
- Principiante avanzado
- Competente
- Muy competente
- Experto

Berliner explicita que estas etapas son consideradas graduales. El profesor parte de la base como profesor principiante o novel y puede alcanzar un desempeño profesional experto.

Para este estudio, el docente clínico experto -DCE- es definido por características de personalidad, actitud y conocimiento que destacan los estudiantes, los docentes clínicos y las autoridades de la Escuela de Odontología, obteniendo una enseñanza para los alumnos en un ambiente amable, seguro, que permite motivar al aprendizaje donde se observa un docente

competente en su área disciplinar y que es capaz de transmitir valores junto con las técnicas propias de la especialidad.

El CDC (Conocimiento Didáctico del Contenido), según Magnusson, Borko, & Krajcik (1999, p. 21) colabora con la definición de un docente experto “...*esta construcción representa una herramienta importante para definir lo que significa ser un maestro de ciencias competente o experto...*” Esto porque el constructo del CDC tiene el potencial para definir dimensiones de la práctica docente que pueden guiar en la formación de los profesores universitarios, lo cual nos orienta en este estudio a revisar si los docentes clínicos expertos de odontología manifiestan en su enseñanza aspectos del CDC.

Shulman (2001, p. 169) lo expresa de esta forma “...*los conocimientos, la comprensión y las aptitudes que vemos a los principiantes exhibir con vacilación, y en ocasiones con maestría, a menudo son desplegados con facilidad por los expertos...*”

Los docentes más valorados tienen esa facilidad de entregar su conocimiento y el que consideran útil para los alumnos de una forma sencilla, clara, motivadora. Medina & Jarauta (2013, p. 603) lo consideran así:

El CDC es aquel conocimiento específico que poseen los docentes acerca de cómo enseñar un contenido concreto a un grupo de estudiantes para promover la comprensión y adquisición de competencias. Es fruto de un largo proceso y algunos autores lo sitúan como propio de los docentes expertos.

Por lo expuesto, no es lo mismo un docente que es experimentado, al tener un tiempo considerable enseñando, pero no necesariamente es experto, porque esta cualidad requiere no sólo tiempo, también reflexión y ajustes que hace el académico de su quehacer para adaptar la enseñanza al contexto, a los estudiantes, al nivel del curso que esté organizando.

2.7.4. Conocimiento didáctico del contenido: CDC

La labor del profesor se ha complejizado a través del tiempo: debe saber, debe hacer y debe ser, lo que implica transmitir de forma tal que el estudiante logre un nivel de entendimiento adaptado a su etapa. El alumno debe comprender y aplicar lo que se considera el logro de aprendizaje para ese momento de formación. Es así como se reconoce un docente experto, siendo el que logra esto de manera fluida, colaborando con el crecimiento del estudiante y adaptándose a la individualidad de cada alumno.

La explicación de Mentado, Medina, Cruz (2017), aclara esta idea:

...aparte del conocimiento del contenido, los docentes desarrollan un conocimiento específico que se refiere a la forma de enseñar su materia, es decir, transforman el conocimiento disciplinar en formas didácticamente eficaces. Esa transformación se opera mediante el Conocimiento Didáctico del Contenido (CDC) (p. 29).

Se encuentra en la literatura interés en el CDC desde diferentes posturas, y en los diferentes niveles de la educación , teniendo un menor número de publicaciones en la educación superior, lo cual apoya este estudio, y en específico en el área de la educación en odontología clínica, para intentar comprender cómo logran los docentes más valorados por la comunidad académica construir y mostrar formas de enseñanza para el aprendizaje de los estudiantes.

2.7.4.1. El Concepto del CDC

Lee Shulman ha construido un modelo y constructo: el CDC que permite acercarse al conocimiento en los diferentes niveles de la educación. En los años siguientes al trabajo inicial de Shulman, los investigadores han presentado sus estudios principalmente en la

educación obligatoria. En este estudio se intenta aproximar a la enseñanza superior en odontología.

Vergara Díaz & Cofré Mardones (2014, p. 326), reúnen las definiciones de Shulman (1986) (1987):

Tabla 1: Definiciones del CDC, Shulman (1986-1987).

“Dentro de la categoría del PCK yo incluyo, para los tópicos más regularmente enseñados en un área de contenido, las formas más útiles de representación de estas ideas; las analogías, ilustraciones, ejemplos, explicaciones y demostraciones más poderosas; en pocas palabras, las formas de representación y formulación del tema que lo hace comprensible a otros” (Shulman, 1986: 9).

“El PCK también incluye un entendimiento de lo que hace fácil o difícil el aprendizaje de tópicos específicos: las concepciones y preconcepciones que los estudiantes de diferentes edades y características traen cuando aprenden los tópicos más frecuentemente enseñados. Si estas preconcepciones son errores conceptuales, como lo son frecuentemente, los profesores necesitan el conocimiento de las estrategias que más probablemente funcionen en la reorganización del entendimiento de los estudiantes” (Shulman, 1986: 9)

“Éste (PCK) representa la mezcla entre el contenido y la pedagogía en un esfuerzo por comprender cómo un tópico, problema o tema específico es organizado, representado y adaptado para los diversos intereses y habilidades de los estudiantes y presentado para la enseñanza” (Shulman, 1987: 8).

El Conocimiento Didáctico del Contenido es el nombre que recibe el Conocimiento Pedagógico del Contenido (Pedagogical Content Knowledge, pck). En el escenario Iberoamericano (Parga Lozano & Mora Penagos, 2008, p. 57) los autores consideran que permite reconocer las habilidades y conocimientos que utilizan los profesores cuando enseñan.

El CDC es un conocimiento que genera controversia, y se continúan desarrollando ideas en torno a él. Para Parga & Mora (2014, p. 332) corresponde a un conocimiento dinámico, que evoluciona y se expande, crece.

Esta afirmación establece lo difícil de definir este concepto y delimitar sus partes. Lo que sí se acuerda es que es una fusión entre el conocimiento disciplinar y el conocimiento pedagógico y didáctico, la forma en que cada profesor de forma única hace la enseñanza, para este estudio la forma en que los docentes clínicos logran hacer comprensible lo teórico, lo intangible de la clínica a los estudiantes, permitiendo el paso que significa aplicar los conocimientos.

Cada docente debería conocer profundamente su disciplina, pero no necesariamente ser capaz de representarla de forma óptima a sus estudiantes. El CDC intenta representar de diversas formas ese contenido, ese conocimiento que es necesario comprenda y aplique el estudiante. Como Bolívar (2005, p. 114), expresa: “...*el Programa de Shulman pretende estudiar el conocimiento que los profesores tienen de la materia que enseñan y cómo lo trasladan/transforman en representaciones escolares comprensibles...*” .

Una forma de entender este concepto del CDC es la manera que Bolívar (2005) lo interpreta:

...los profesores deben desarrollar un conocimiento específico: cómo enseñar su materia específica: si bien el conocimiento de la materia es indispensable en la enseñanza, no genera por sí mismo ideas de cómo presentar un contenido en particular a alumnos específicos, es necesario un CDC que los buenos profesores con experiencia poseen (p. 115).

Para comprender el CDC en Odontología es necesario reflexionar sobre la gran cantidad de contenidos que tiene esta área y el docente debe dominar, incluso en la especialidad, pero para lograr que el estudiante pueda comprender y aplicar se produce una interacción en la que media el docente clínico a través de diferentes formas de transformación de ese conocimiento del contenido, facilitando su comprensión y dando guía a la práctica en contexto clínico.

Y podríamos sintetizar como Parga Lozano & Mora Penagos (2008, p. 57) que el CDC es un producto, del conocimiento práctico, tiene una particularidad, es individual e idiosincrático, y está influenciado por el conocimiento de cada docente, sus creencias, el contexto en que se desempeña y la experiencia de enseñar.

El CDC sería una característica de los docentes más competentes y que se verifica en los estudiantes que demuestran su aprendizaje, porque comprenden lo que este profesor ha seleccionado para enseñar, a través de formas diversas como son las analogías, metáforas, ejemplos, tareas, etcétera, con lo que aprenden con mayor facilidad.

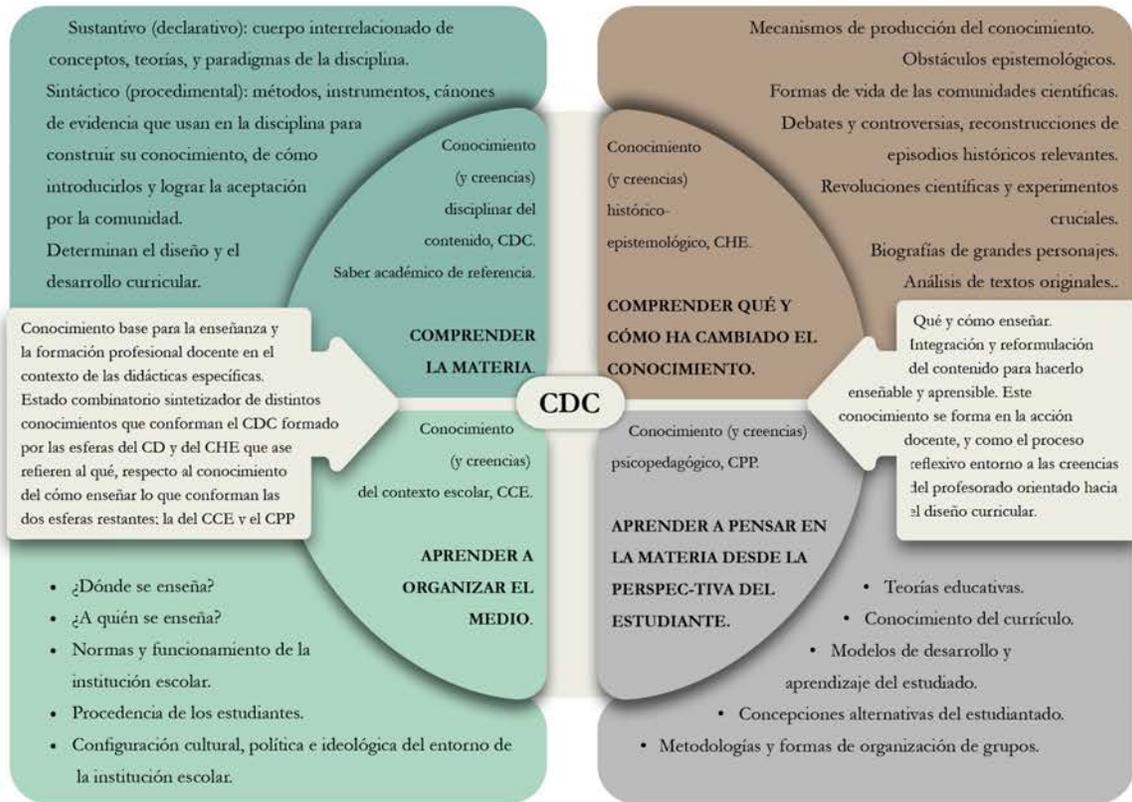
Bostock (2017), en la conferencia de la Academia de Educación Superior comenta que este constructo permite indagar en cómo los docentes se enfrentan a los problemas día a día y buscan soluciones, repiensen su labor, se adaptan a los nuevos escenarios. Además, permite apreciar su labor y reflexión en la vida académica.

2.7.4.2. *Componentes del CDC*

Este constructo multidimensional ha resultado cambiante y se ha ido construyendo según diversos autores por diferentes partes. Shulman, en 1986, da origen a este gran concepto y considera que está constituido por dos temáticas: una de ellas serían los estudiantes, que son reconocidos y comprendidos, y luego estaría la posibilidad de la enseñanza que se logra representar en temas específicos. Comprensible que sea el estudiantado el centro de atención, ya que si el docente puede entenderlos se podrán generar situaciones de aprendizaje para ellos, específicas, propias de la disciplina del profesor, pero enfocadas en ese estudiante o ese grupo de alumnos, con características propias.

Parga Lozano & Mora Penagos (2008, p. 64), sintetizan en el siguiente esquema cómo se integran los conocimientos-creencias docentes para formar el CDC:

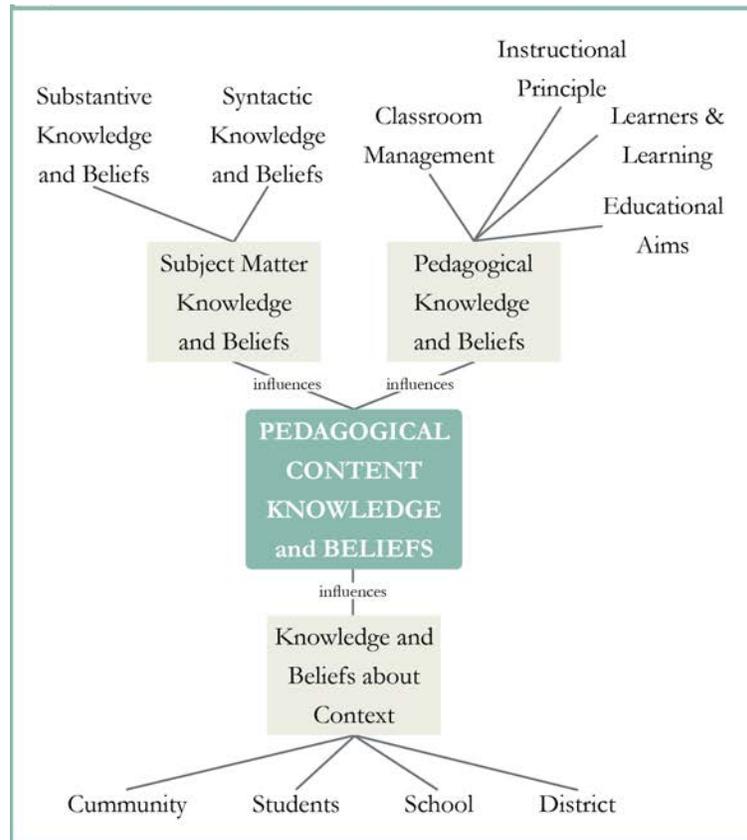
Esquema 1: Integración de conocimientos-creencias del docente. (Parga & Mora, p.64)



Es aplicable en el área odontológica ya que hay diferentes conocimientos disciplinares que se utilizarían según la perspectiva del docente, dándole sentido según su particular forma de ver qué es importante enseñar en la clínica y cómo se puede llevar a cabo en los estudiantes para el logro de estos aprendizajes declarados en los cursos correspondientes.

Magnusson et al. (1999, p. 2), lo explicitan indicando que hay diversos caminos para cada profesor que desarrolla el CDC y que éste sería “*el resultado de una transformación del conocimiento de la materia, la pedagogía y el contexto*”, adaptando el modelo de relaciones entre los conocimientos del docente:

Esquema 2: Modelo de relaciones entre los dominios del conocimiento docente. (Modificado de Grossman (1990) por Magnusson et al.p. 2)



Para estos autores (p. 3), el CDC relacionado con la enseñanza de las ciencias estaría compuesto por:

- (a) orientaciones hacia la enseñanza de las ciencias,
- (b) conocimiento y creencias sobre el currículo de ciencias,
- (c) conocimiento y creencias sobre la comprensión de los estudiantes de temas específicos de ciencias,
- (d) conocimiento y creencias sobre la evaluación en ciencias, y
- (e) conocimiento y creencias sobre estrategias de instrucción para enseñar ciencias

2.7.4.3. *Manifestaciones del CDC*

Para determinar si los docentes se apropian del CDC, se recurre a las manifestaciones como indican Medina & Jarauta (2013):

Una vez determinado el contenido que se va a enseñar, los docentes lo *transforman* seleccionando los materiales que utilizan, los ejemplos, las analogías, las explicaciones y las metáforas de que van a hacer uso para *adaptar* el contenido a los alumnos teniendo en cuenta sus preconcepciones, edades, intereses, etc. (p. 603).

Los docentes utilizan diversas estrategias y van demostrando las manifestaciones del CDC, por ejemplo, a través de la conciencia situacional, que les permite estar en un momento dado y enfrentar esa situación particular. También, la reflexión en la acción y sobre la acción desarrollada, forma que les permite un pensamiento para actuar en forma rápida y oportuna, cada vez con mayor naturalidad debido a que han tenido la posibilidad de vivir situaciones con pacientes y estudiantes, analizándolas y siendo capaces de tener a la mano alternativas de solución. O las anécdotas, como una nueva estrategia que se ha generado aprovechando el conocimiento previo, también con experiencias ejemplares que colaboran con la comprensión de los estudiantes. Una forma muy amigable que pueden considerar los docentes con el curso que están apoyando es preocupándose de conocer y tratar por sus nombres a los estudiantes, como con el diálogo reflexivo, esto de forma constante y coherente, según palabras de Schubert, Medina, & Do Prado (2011).

La forma en que cada docente puede expresar el CDC es original, dada por su vida personal y profesional, el lugar donde ejerce, el grupo de estudiantes, etc. y requiere una comprensión de varios factores que participan en la enseñanza y el aprendizaje, según indican Mentado, Medina, Cruz (2017, p. 30).

Con la experiencia práctica el docente tiene, también, un aprendizaje al darse cuenta que contenidos, procedimientos o situaciones pueden resultar difíciles de comprender y debe resolver cómo abordarlas para dar solución y mejorar la comprensión del alumnado.

Este conocimiento permite dar cuenta al estudiante de qué necesita aprender, crea conciencia y el profesor le da un camino que lo hace asumir esta cuestión, generando un clima de aprendizaje que es mencionado por Mentado, Medina, Cruz (2017) como “*la dimensión Preparar para aprender*”(p.27).

Los estudiosos del CDC comparten consideraciones respecto a este constructo, su forma de expresión dinámica y única en cada profesor, su esencia práctica en diferentes contextos y la generación de un pensamiento crítico frente a las situaciones que se van presentando.

En este estudio se buscan las manifestaciones del CDC en los docentes clínicos expertos seleccionados de odontología, comprender la forma en que logran esta transformación del contenido, reconocer sus tácticas para desarrollar su enseñanza en clínica y lograr el aprendizaje.

2.7.4.4. *Proyección del CDC*

Diversas investigaciones se han realizado entorno al CDC, y la proyección se puede considerar en múltiples áreas. Podemos reconocer algunas de ellas y relacionarlas con este estudio y futuras investigaciones:

Mellado, Blanco, & Ruiz (1998), hablan de un conocimiento que no se construye sólo con la formación formal del profesor, sino que requiere tiempo, implica que el profesor reflexione sobre su práctica docente, y se debe fomentar este conocimiento en las instituciones superiores.

La formación docente es uno de los temas que se relaciona continuamente con el CDC. Así, Salazar (2005) revisa el desarrollo conceptual de esta categoría del conocimiento docente y las posibles implicancias en el estudio de la docencia, destaca la posibilidad que brinda el CDC en conocer la profundidad de los conocimientos del docente para elaborar formatos didácticos contextualizados.

Para Parga & Mora (2014) la posibilidad de estudiar el CDC es amplia, con situaciones complejas que se deben seguir analizando:

...la línea de investigación sobre el PCK sigue siendo un espacio de gran diversidad teórica que lejos de generar unanimidad parece estar generando tensiones y en algunos casos falta de claridad, que hagan fecundos muchos de los resultados de investigación. (p. 332).

Y buscan posibles acuerdos concluyendo que *“el CDC se entiende como una emergencia compleja que es propia de cada profesor en su contexto y en su modelo didáctico”*. (Parga & Mora, 2014, p. 340).

Lo anterior porque consideran que es un nacer propio de cada docente según las circunstancias que lo rodean, siendo así un concepto integrador de saberes, pero altamente dinámico, con lo cual se puede decir que hay aún mucho que decir.

En esta búsqueda de la proyección del CDC, Acevedo (2009) lo utiliza para la enseñanza de la naturaleza de la ciencia, y confirma que:

... el CDC se ocupa de las creencias, actitudes, disposiciones y sentimientos del profesorado, respecto a la materia que enseñan y cómo influyen estos aspectos en los contenidos que se seleccionan y la manera de enseñarlos, en los temas preferidos y los que no les gusta enseñar a los profesores, así como el autoconcepto relativo a la capacidad relativa de enseñar una disciplina determinada. (p. 33).

Sería coherente mencionar en este momento la información entregada por los estudiantes al seleccionar los docentes más valorados, porque justamente se hace hincapié en los aspectos personales del profesor, que como menciona Acevedo, es más que el conocimiento del profesor lo que valora el estudiantado. Y destacar que, al enseñar temas de interés del académico los enseñan con pasión, motivando al estudiante a interesarse en ellos y lograr el aprendizaje.

Otra posibilidad de proyectar el CDC es la que Garritz (2011, p. 72), propone a través de las preguntas: ¿Cómo logra la emoción de los estudiantes por el tema?; ¿Cómo promueve actitudes favorables hacia el aprendizaje del tema?; ¿Cómo favorece que los alumnos participen y se expresen con confianza en el aprendizaje del tema?, dirigiendo el CDC hacia la afectividad, intentando provocar la motivación y emoción en sus estudiantes. Se resalta la motivación que logra este docente experto en sus alumnos para que sigan profundizando los contenidos y aplicando en el quehacer para apropiarse de ese conocimiento.

En un área diferente como es la estadística, Pinto (2010), en la introducción de su tesis, plantea otra posibilidad para continuar explorando el CDC en profesores noveles: *“El análisis se centró en comprender la cognición del profesor, constituida por lo que conoce y hace y las razones por las que actúa”*. Me parece interesante este contraste que se podría producir entre los profesores expertos y los noveles.

Este estudio se centra en docentes expertos, tratando de comprender qué saben, cómo llegaron a ese saber y sus estrategias escogidas para enseñar en la clínica docente odontológica.

La investigación en el área odontológica está encaminada en lo que se refiere a la enseñanza aprendizaje. Falta mucho por indagar, pero ya hay pasos dados, como manifiestan A. Garritz, Rueda, Robles, & Vásquez (2011), que dan la idea de unificar la investigación disciplinar con la educativa para lograr unir estos procesos y a través de la investigación en el aula, se daría a un conocimiento didáctico del contenido, que pueda tener visibilidad, contraste por colegas y difusión.

Y sin duda un trabajo colaborativo en este campo entregaría una riqueza desde diferentes puntos de vista. En forma unida, en equipos de estudio, se puede robustecer el acervo y conformar un trabajo que motive a otros.

2.7.5. Conocimiento práctico reflexivo

En la clínica odontológica docente se considera que la articulación entre el conocimiento teórico y la experiencia práctica es compleja. En nuestra carrera los estudiantes suelen obtener muy buenos resultados en las evaluaciones teóricas, pero al llegar al trabajo clínico se puede visualizar una gran diferencia entre los alumnos, y en un gran porcentaje declaran que la clínica es difícil por diferentes motivos. Para los estudiantes entablar relaciones con los pacientes, establecer diagnósticos, realizar acciones clínicas genera un grado de complejidad mayor, son destrezas que requieren práctica y un número importante de estudiantes no logra rápidamente el nivel esperado, y de forma general se refieren a que no les resulta tan claro cómo llevar la teoría a la práctica con pacientes.

Como señala Naranjo (2018), acerca del pensamiento de Schön (1987) sobre la teoría y la práctica, el problema es verlos como componentes separados al formar profesionales, cada uno sin conexión, y esa situación en la clínica se ve claramente en los primeros meses de un curso clínico, donde a los estudiantes les cuesta poder integrar para poder aplicar.

Uno de los cuestionamientos de los estudiantes desde los primeros cursos corresponde a si lo que están aprendiendo les será útil en su trabajo profesional y sin duda es una pregunta importante, porque si entienden que es fundamental para su desarrollo les hará sentido lo que se expone desde la teoría. Si consideramos esto, nos obliga a hacer visible la repercusión que tiene que aprendan lo que se está enseñando, ya que es parte de lo que les servirá para el desempeño posterior tanto en la carrera como en la profesión.

Como señala Beltrán, Flores, & Ikeda (2006, p. 139):

Tres son los saberes propuestos por Aristóteles:

- el saber teórico
- el saber práctico
- el saber operativo

El saber práctico es aquel que permite saber la respuesta apropiada para distinguir situaciones y dar respuesta oportuna a los problemas que encara, basado en el saber teórico y mediante el saber operativo o procedimental.

El saber teórico precede al práctico y operativo, ya que está destinado a un conocimiento abstracto y no concreto, incluso se puede quedar sólo en ello y no avanzar hacia el ejercicio del conocimiento práctico, lo cual en los alumnos significaría un estancamiento en su aprendizaje.

El saber operativo, también denominado procedimental, requiere mayor especificidad, por lo cual las técnicas, como procedimientos forman parte de la tercera categoría propuesta por Aristóteles.

Para estos autores y para la odontología, lo anterior tiene sentido porque en la clínica docente el estudiante debe lograr los tres conocimientos para su práctica profesional.

Para los docentes clínicos el saber práctico sería la posibilidad de hacer la aplicación de toda la formación teórica que recibe el estudiante durante la carrera y traducirla en la atención del paciente, elaborando hipótesis diagnóstica, realizando la planificación de un tratamiento, ejecutando una técnica, entablando una relación odontólogo-paciente.

2.8. Estilos de enseñanza y aprendizaje

Los años en la docencia me han llevado a pensar en una pregunta que tiene directa relación con la docencia clínica y los académicos considerados expertos. Y considero que es aplicable

a toda la enseñanza: ¿Cuál es el problema para los estudiantes, la enseñanza o el aprendizaje? Me resulta complejo establecer una respuesta definitiva, por lo que desarrollo este tema brevemente.

Cada individuo es único y su forma de aprender personal. Esto llevado a la práctica docente tiene una vital relevancia, porque tenemos un grupo diverso de estudiantes (contexto, capital cultural, monetario, etc.), que requiere atención y dedicación para lograr el proceso de enseñanza y aprendizaje de forma que sea este alumno capaz de lograr las competencias del curso que impartimos y del perfil de egreso al cual nos avocamos.

Analizar cómo aprenden los estudiantes está estrechamente relacionado a cómo enseñamos los docentes y en el ámbito clínico es crítico, ya que estamos interviniendo a otra persona que es el paciente. Por esto, cómo organicemos la enseñanza, seleccionemos los recursos, utilicemos los instrumentos de evaluación, etcétera, debe aportar a todo este variado grupo de alumnos, de tal forma que podamos lograr el aprendizaje esperado.

Margarita González-Peiteado (2013), da pistas para lograr un clima de enseñanza que facilite el aprendizaje:

En consecuencia, es necesario que el docente conozca todas las dimensiones del alumnado: cognitiva, afectiva y social, con el fin de emprender una enseñanza individualizada y de calidad (Pozo, 2000; González-Pienda, González Cabanach, Núñez y Valles, 2002; Lozano, 2005; Martínez Geijo, 2007) pero también que se conozca a sí mismo para poder optimizar sus potencialidades y adaptarlas a las características del grupo-aula. (p. 53).

Asimismo, hay que tener presente las relaciones interpersonales como otro de los componentes que van perfilando un determinado estilo de abordar el proceso educativo. En

esta relación docente-alumno debe existir respeto y consideración por el otro, así la interacción puede lograr ser un estímulo, motivando al aprendizaje.

A tenor de lo expuesto, es imprescindible generar un clima asociado a sentimientos y pensamientos positivos por parte de todos los integrantes, aumentando la motivación por el trabajo bien hecho, su implicación y esfuerzo.

Las expectativas de los docentes para con sus estudiantes debieran ser altas, pero también hay que tener en cuenta las de los estudiantes, que esperan de la docencia un avance en su crecimiento académico y personal. Es en esta interacción que la motivación se hace presente para dar paso a una relación docente-estudiante que active la posibilidad de ajuste y logros académicos.

Al hablar de la calidad del aprendizaje en la universidad, Orejudo (2006, p. 328) se refiere a J. Biggs (1999), señalando que una de las principales reflexiones corresponde a que los buenos estudiantes pueden usar un enfoque profundo en su aprendizaje, utilizando sus características personales y aclarando lo que ocurre a nivel general, para el resto del alumnado, en que el enfoque dependerá de un conjunto de variables del entorno enseñanza-aprendizaje como: conocimientos previos, motivación, la evaluación, el clima o los procedimientos de la institución.

Al respecto, Margarita González-Peiteado (2013) señala:

La búsqueda del profesor ideal ha sido una constante a lo largo de la historia, su estilo de enseñanza es un valor importante en todo proceso educativo dada la repercusión de la organización del material de estudio, su forma de comunicarse, la directividad de la clase, su rol orientador, consejero, facilitador del aprendizaje y transformador de la cultura, su nivel de control de la clase, su imparcialidad, empatía, entusiasmo y su disponibilidad afectiva. Todas ellas son cualidades personales consideradas como prerrequisito para el éxito de la enseñanza. No

podemos olvidarnos de que el fenómeno educativo, a pesar de sus implicaciones sociales, es un fenómeno individual (p. 66).

Se resalta lo original del profesor y cómo influye en sus estudiantes y luego en la sociedad, siendo la labor educativa un proceso que requiere un análisis profundo para el buen logro de los objetivos planteados en cada curso, en cada sesión educativa.

Los estilos de enseñanza son individuales y tienen un componente mixto, es complejo que sean tan puros, generalmente predomina un rasgo. Según lo descrito en el artículo de Aguilera Pupo (2012), mencionando a Gallardo López, B. (2007):

... cuando estudia las características específicas de la docencia universitaria advierte que en ellas se reflejan dos modos fundamentales que dan origen a los modelos comúnmente aceptados hasta hoy día: el modelo centrado en la enseñanza (modelo de transmisión de información, expositivo) y el modelo centrado en el aprendizaje (modelo de facilitación del aprendizaje interactivo), siendo conscientes de que existen modelos mixtos ya que muchos profesores se ubican en una “zona intermedia” entre los tipos más extremos. En este sentido, considera necesario prestar atención a lo que denomina “habilidades docentes” enfocadas hacia la competencia de los profesores para tareas referidas al diseño y el desarrollo curricular. (p. 81).

De León (2005) menciona la definición de Estilo de enseñanza, de Guerrero, dando énfasis a lo personal de esta forma de interpretar el conocimiento y presentarlo al estudiantado. Así, el docente imprime un sello a su enseñanza, seleccionando y organizando contenidos, aplicando métodos, estableciendo su particular relación docente-alumno y creando un ambiente especial en el aula.

La búsqueda del docente por desarrollar estrategias que colaboren con el aprendizaje de los estudiantes ha sido una tarea constante en el ámbito escolar y universitario, hoy, con la diversidad que se presenta en la comunidad de estudiantes toma más sentido; nos encontramos con diferencias sustanciales entre unos y otros, así también es un desafío mayor esta enseñanza centrada en el estudiante y que debe intentar abarcar a todos.

El estilo de enseñanza es una expresión de instruir particular de cada docente, presentando el contenido según su forma de ver las necesidades de los alumnos, también cómo los orienta y la manera en que se relaciona con ellos, entre otros aspectos. Esto, ligado al contexto educativo puede orientar la forma en que el docente aplica su enseñanza, la influencia del contexto institucional, el trabajo en los equipos docentes y el sello propio del profesor.

Por otra parte, Camarero, Martín, & Herrero (2000, p. 615) definen los estilos de aprendizaje como variables personales, entre la inteligencia y personalidad, lo que explicaría las distintas formas de abordar, planificar y responder frente a las necesidades del aprendizaje. Ante lo cual vemos la importancia de la individualidad de cada persona, cada estudiante con todo su mundo, lo que trae y cómo lo aplica en las situaciones que se le presentan en el proceso de aprendizaje.

Es útil esta clasificación desde la teoría del aprendizaje experiencial y de su desarrollo, de acuerdo a lo expuesto por Camarero et al. (2000, p. 615):

1. El *estilo Activo* de aprendizaje, basado en la experiencia directa (animador, improvisador, descubridor, arriesgado, espontáneo).
2. El *estilo Reflexivo* de aprendizaje, basado en la observación y recogida de datos (ponderado, concienzudo, receptivo, analítico, paciente).
3. El *estilo Teórico* de aprendizaje, basado en la conceptualización abstracta y formación de conclusiones (metódico, lógico, objetivo, crítico, estructurado, planificado).
4. El *estilo Pragmático* de aprendizaje, basado en la experimentación activa y búsqueda de aplicaciones prácticas (experimentador, práctico, directo, realista, técnico).

Al pensar en los estudiantes, es probable que se dé una mezcla de estos estilos, con proporciones variadas.

En el artículo de Ortiz-Fernández et al. (2016, p. 76), identificaron los estilos de aprendizaje de estudiantes que ingresaban a la carrera de odontología, relacionándolos con el rendimiento académico, para lo cual recurrieron al cuestionario Honey-Alonso de estilos de aprendizaje (CHAEA), que define los estilos de la siguiente forma:

- a) Activos: gustan de nuevas experiencias; son de mente abierta, no escépticos y les agrada emprender nuevas tareas. Son personas que viven en el aquí y ahora.
- b) Reflexivos: gustan observar las experiencias desde diferentes perspectivas. Reúnen datos para analizarlos con detenimiento antes de llegar a alguna conclusión; prefieren ser prudentes y mirar bien antes de actuar.
- c) Teóricos: suelen ser perfeccionistas. Por lo general, buscan integrar los hechos en teorías coherentes. Gustan de analizar y sintetizar. Para ellos, la racionalidad y la objetividad son aspectos prioritarios.
- d) Pragmáticos: su principal característica se relaciona con la aplicación práctica de las ideas. Son realistas cuando se trata de tomar una decisión o resolver un problema. Su filosofía es: si funciona, es bueno.

El psicólogo Kolb, en 1984, (Romero, Salinas Urbina, & Mortera Gutiérrez, 2010) define los estilos de aprendizaje iniciando un camino en esta área, tal como lo refleja la siguiente tabla.

Tabla 2: Estilos de aprendizaje Kolb, 1984 (obtenido de Romero, Salinas y Mortera, 2010, p.75).

Estilo de aprender	Características
Divergente	Agilidad imaginativa, visualiza situaciones concretas de diversas perspectivas, formula ideas, emotivo(a) y se interesa por las personas.
Asimilador	Habilidades para crear modelos teóricos, razonamiento inductivo; le interesan menos las personas y más los conceptos abstractos.
Convergente	Aplicación práctica de las ideas, pruebas de inteligencia de una constestación, soluciona un problema o una pregunta, razonamiento hipotético deductivo, poco emotivo(a), prefiere los objetos a las personas.
Acomodador	Lleva a cabo planes, se involucra en experiencias nuevas, arriesgado (a), intuitivo (a), depende de otras personas, cómodo con la gente.

Es necesario tener presente que los contextos y diferentes situaciones a los que nos vemos enfrentados nos llevan a comprender los estilos de aprendizaje y de enseñanza según las necesidades que se presenten en nuestros alumnos. Esto, por la individualidad de cada estudiante, que implica al docente situarse en su perspectiva, mirar con los ojos de quien está aprendiendo.

Observamos en la clínica docente la interacción docente clínico y estudiante, que resulta estrecha, dando la oportunidad de reconocer en los alumnos estilos de aprendizaje y adaptar nuestro estilo de enseñanza a cada estudiante. Sin olvidar la motivación, sobre todo del educando, como lo indican Kember, Wong, & Leung (1999, p. 325) se observan tres motivaciones: superficial, donde el estudiante realizará lo que tiene que hacer, al mínimo y no le importa el error. La motivación profunda, muy diferente porque le interesa, quiere ser competente; y por último la que está basada en el ego, sea o no interesante el material, pero con un fin más competitivo. Si buscamos la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje nos enfocaremos en esa motivación que permitirá al alumno ser un profesional competente.

2.9. Retroalimentación: Feedback y Feedforward

He seleccionado la retroalimentación para el estudio, por ser un elemento valorado por la institución en que se lleva a cabo esta tesis, muy apreciado por los estudiantes, mencionándolo en las encuestas docentes, y también por esta investigadora. Durante mi experiencia como alumna y como docente he podido confirmar que la clínica nos sorprende día a día y ese dinamismo e incertidumbre requiere de un acompañamiento significativo para el estudiante, es un momento de conversación bidireccional y que puede guiar al estudiante en su caminar académico.

En la docencia es vital este proceso de retroalimentación; en la clínica se entrega muchas veces de forma espontánea pero intencional y en otros casos de manera formal, es decir, planificada y con énfasis en el proceso de evaluación. Considerando en cada momento que es una instancia que merece una pausa, así, el estudiante podrá comprender más sus fortalezas y debilidades.

Para diversos autores la retroalimentación en cualquier instancia es significativa para el estudiante y para el docente, es una forma de avanzar mostrando lo logrado y lo que aún está pendiente, pero además intentando crear una solución.

Para Canabal & Margalef (2017), es esa la orientación que se debe seguir:

...la retroalimentación cumple la función esencial de apoyo y soporte para el aprendizaje, no tanto en su visión de “feedback” exclusivamente, sino desde la perspectiva del “feedforward”. Es decir, no solo para revisar un trabajo ya finalizado, detectar y corregir errores o señalar aciertos, sino para orientar, apoyar y estimular al estudiante en su aprendizaje posterior (p. 151).

En la clínica docente odontológica esto ocurre diariamente; cada instancia puede ser considerada para retroalimentar, porque desde que se recibe al paciente hasta la despedida de la sesión se producen momentos de mejora para el estudiante y se pueden detectar también las fortalezas que ha incorporado y las debilidades que posee para generar ese cambio, pero junto a él, dándole tiempo para reflexionar y asimilar la conversación con su profesor.

Habitualmente, el docente clínico centra el foco de su atención en aspectos como el diagnóstico, plan de tratamiento y procedimientos, con lo cual puede detectar errores, aciertos, omisiones, perfeccionar su análisis del caso, alternativas de solución y rigurosidad en las técnicas realizadas en los pacientes (Mentado, T., Medina, J.L., Cruz, 2017, p. 30). “... *La profunda comprensión sobre el contenido ayuda al docente a detectar y anticiparse a los errores o dificultades de los estudiantes en el aprendizaje de los tópicos nucleares de sus asignaturas*”.

Todo lo anterior está sumergido en una sistemática de trabajo para resolver los problemas que presenta cada caso clínico y devolver la salud a los momentos en que ocurre la situación a analizar, dando la oportunidad al estudiante para que se autoevalúe, lo que permite que realice una reflexión sobre su quehacer. A veces, por la intensidad del trabajo clínico y el número de estudiantes que se tiene a cargo, la retroalimentación ocurre en otra sesión.

En este sentido, Lima Silvain (2017), lo expone así:

...Si la retroalimentación es completa, el docente asiste al estudiante de diferentes maneras. Ya sea para que se reconozca cómo se está desempeñando (feedback); para que tenga presente el objetivo de la actividad que está revisando y los enlaces con actividades previas, de modo tal que pueda asociar el conocimiento precedente al actual (feedup); o bien, para que considere cómo puede mejorar la actividad siguiente (feedforward). (p. 10).

El hecho de que el estudiante de odontología debe demostrar en un paciente su aprendizaje, genera un ambiente de gran responsabilidad y por ello en numerosas ocasiones el docente entrega en forma anticipada la información del logro que se espera de acuerdo con el nivel del estudiante, así también, los instrumentos de evaluación formativa y sumativa que se utilizarán. Teniendo esto presente, los alumnos saben qué se espera de ellos.

El énfasis en una u otra forma de retroalimentación va a depender del propósito de aprendizaje y aquello que el docente considere importante recalcar, como por ejemplo, cuando estamos en la clínica y buscamos un diagnóstico probable, alternativas de tratamiento, etc. *“Tenga en cuenta que el estudiante merece conocer anticipadamente qué se está esperando de él como meta de aprendizaje, en su defecto, podría percibir que la retroalimentación carece de fundamento en tanto no se establecieron explícitamente los términos de la tarea asignada”*. (Valdivia, 2014, p. 21).

En la clínica se espera que el estudiante sea capaz de autoevaluarse; se encuentra en un curso superior y su autonomía es observada para verificar su avance.

Como señala Valdivia (2014, p. 23) se puede invertir en facilitar la autoevaluación del aprendizaje cuando se pide al estudiantes que identifique sus debilidades y aquellas fortalezas que se desprenden de su labor, si tiene claro los criterios de evaluación y también puede hacer una autocrítica a su desempeño según la retroalimentación que le entrega el docente.

Me parece interesante lo que expresa esta autora, porque motiva a la búsqueda de nuevas formas de enfrentar la enseñanza y el aprendizaje, lo cual en la docencia clínica es necesario para lograr evitar que el estudiante se frustre ante las complejidades de la atención con el paciente, y pueda tener alternativas que el docente presente. Como indica Román (2009), la responsabilidad del profesor en su tarea, lo lleva a seguir aprendiendo y perfeccionarse:

Es importante recordar que todos los docentes son producto de un proceso de aprendizaje, y según algunos, evalúan tal y como fueron evaluados. Obviamente, esta situación hay que relativizarla en casos particulares,

porque no es la situación general. Los procesos de aprendizaje del pasado deben actualizarse en el presente y de cara al futuro. (p. 12).

La retroalimentación en la clínica docente suele darse en forma grupal e individual, uniendo el feedback y el feedforward, ya que se entrega información concreta sobre lo logrado y lo que aún se debe mejorar. Y unido a lo mencionado, una propuesta para alcanzar la meta de aprendizaje en conjunto con el estudiante, elaborando un plan de trabajo.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA





Fuente: www.astelus.com/wp-content/viajes/monumento-del-arco-del-triunfo-barcelona

3. DISEÑO METODOLÓGICO

“Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo”

- *Albert Einstein.*

3.1. Presentación

El diseño metodológico es la columna vertebral de todo proyecto de investigación. En lo personal, introducirme en este estudio desde una formación científica a una formación humanista ha sido complejo y al mismo tiempo fascinante; descubrir desde otra mirada lo que permite definir este camino hacia la Investigación Cualitativa que puede responder las preguntas que he ido construyendo para llegar a este proyecto:

Desde la perspectiva cualitativa, buscar el sentido de fenómenos, en el lugar y en su contexto, significa intentar interpretar los significados que las personas les conceden. (Calderón, 2002).

Paso a paso voy acercándome a la Investigación Cualitativa, que tiene la posibilidad de darnos respuestas en el área de estudio que me aboco.

Conocer a los docentes que han sido considerados valiosos, destacados en su actividad docente, en el quehacer académico clínico es atractivo y merece dedicación. A través de sus prácticas en docencia clínica intentaré contestar las preguntas que surgen desde mi habitual práctica docente clínica, ¿Qué hacen los docentes clínicos expertos para que sus estudiantes logren los aprendizajes trazados?, ¿Cómo visualizan los estudiantes y colegas a los docentes clínicos de odontología más reconocidos? ¿Cómo han aprendido los docentes clínicos más valorados a realizar su enseñanza? Y ¿Cómo un concepto tan complejo como el CDC colabora con el perfil de estos docentes?

Por medio de la Investigación Cualitativa me permito acercarme a la realidad y conocerla en mayor profundidad, indagar e interpretar los fenómenos y la información que se vaya descubriendo de estos docentes destacados.

Los rasgos de la Investigación Cualitativa, mencionados por Vasilachis (2019) y propuestos por Flick (1998) son:

- a) la adecuación de los métodos y las teorías
- b) la perspectiva de los participantes y su diversidad
- c) la reflexividad del investigador y de la investigación
- d) la variedad de enfoques y métodos en la Investigación Cualitativa

Este tipo de investigación intenta captar las sutilezas de la situación que queremos comprender en este estudio de los docentes clínicos más valorados y su quehacer. Buscar la fórmula para descifrar respuestas a las preguntas de esta investigación me llevan por el camino de la Investigación Cualitativa, ser observador de un escenario natural, cotidiano, que tiene actores que van mostrando su quehacer y voy captando el significado de su labor.

La literatura se refiere al hecho de que la Investigación Cualitativa constituye una de las tendencias más significativas en la investigación en educación, permitiendo profundizar en las situaciones de estudio, en los sujetos de estudio, en su forma de ver el mundo y en el contexto donde se desarrollan.

La clínica docente tiene muchos matices ya que son varios los personajes y cada día se presentan diversas situaciones propias de la actividad docente y clínica. Esto calza perfectamente con las experiencias humanas, que es parte de lo que trabaja la Investigación Cualitativa, enfatizando en los significados que dan los involucrados a sus acciones, ideas, conceptos, etc. Este enfoque comprensivo de la Investigación Cualitativa tiene como objetivo el comprender la realidad educativa. (Bartolomé, 1992, p.11).

Dando la posibilidad a un real acercamiento a la cotidianidad de los sucesos, de las experiencias de los sujetos, en su lugar de trabajo podemos conocer y comprender a los docentes clínicos expertos, intentando, como dice Alvarez (2003, p. 7) “...comprender a las

personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, experimentar la realidad como otros la experimentan”.

Debido a esta necesidad de comprensión de los significados de docentes y estudiantes en relación con sus prácticas en la clínica odontológica, busco la forma de lograrlo a través de la investigación cualitativa, y a continuación describiré las consideraciones por las cuales opté por esta metodología.

3.2. Fundamentos

La Investigación Cualitativa me permite diseñar y planificar esta investigación gracias a sus características. Como señala De la Cuesta (1997, p. 18) es “un estudio sistemático de la experiencia cotidiana”.

Como investigadora paso a ser testigo y un instrumento que obtiene la información en un medio natural, no hay hipótesis, siendo un análisis emergente.

Los estudios cualitativos se centran en los sujetos y se hace un proceso de indagación inductivo, que en el área de la salud considero tiene gran importancia porque estamos centrados en el cuidado de las personas. El investigador es un ser participativo con los sujetos y con la información, estudiando el fenómeno de forma integral, sin dejar de lado sus valores, que guían la interpretación de los resultados.

Para Pérez (2007, p. 3), *“la Investigación Cualitativa se considera como un proceso activo, sistemático y riguroso de indagación dirigida, en el cual se toman decisiones sobre lo investigable, en tanto se está en el campo objeto de estudio”.*

En la clínica docente odontológica donde me sitúo, me interesa conocer, comprender, caracterizar a los docentes clínicos expertos y su forma de transmitir el conocimiento, para ello sustento este trabajo en el constructo del Conocimiento Didáctico del Contenido.

Al intentar esta aproximación a cada uno de los docentes clínicos expertos, debo establecer mi investigación en la clínica donde llevan a cabo sus principales labores docentes, donde pueden desarrollar sus métodos para lograr un aprendizaje en los estudiantes, resuelven situaciones complejas con sus pacientes lo que conlleva una responsabilidad social, ética y profesional que involucra también al docente.

Los referentes epistemológicos a los que adhiero en esta investigación vienen de la tradición fenomenológica interpretativa, esto por la intención de averiguar y comprender las prácticas docentes, junto con describirlas, desde los significados de los docentes clínicos expertos. Un enfoque que los autores Morrow y Brown denominan supuestos ontoepistémicos cualitativo-fenomenológicos, ecológico-naturalistas y sistémicos-complejos (Naranjo, 2018).

La forma en que se trata de entender la realidad es por este carácter fenomenológico. G. Pérez (2007, p. 5) considera tres características para ello:

1. Un interés importante por la exploración de percepciones y actitudes y por la comprensión del significado profundo de los acontecimientos.
2. Una confianza en ciertas técnicas de recogida de datos: entrevistas abiertas y semi-estructuradas, observación participante y no participante y el uso de métodos adecuados.
3. Predilección por la teoría de campo, en vez del análisis y la codificación de datos, y por el reconocimiento de temas troncales, la generación de hipótesis y el establecimiento de tipologías y clasificaciones.

La fenomenología hermenéutica o interpretativa, como señala Castillo (2000), está interesada en entender los fenómenos, esto se lleva a cabo si se descubren y entienden los significados y prácticas del ser humano, en el estudio las prácticas de los DCE.

En la práctica docente y en la clínica odontológica se capturan frecuentemente significados diferentes para cada uno de los participantes de este contexto. El investigador “...*es un ser auto interpretativo que es y tiene un mundo, su compromiso con el mundo, sus intereses y compromisos moldearán sus proyectos*”. (Castillo, 2000, p. 5).

Así, al realizar una investigación como esta, es necesario tener presente que la fenomenología interpretativa persigue como objetivo comprender las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas; para ello se requiere hacer una selección de los sujetos de estudio y el escenario en que se desempeñan habitualmente.

Como menciona Aguirre & Jaramillo (2012): *“El método fenomenológico contribuye, de modo privilegiado, al conocimiento de realidades escolares, en especial, a las vivencias de los actores del proceso formativo”* (p.71).

Lo que hace mucho sentido al pensar lo que comparte Ayala (2008) al decir que:

El investigador FH (fenomenológico hermenéutico) está interesado primordialmente por el estudio del significado esencial de los fenómenos así como por el sentido y la importancia que éstos tienen. En el caso de la investigación aplicada al campo educativo, el interés se orienta a la determinación del sentido y la importancia pedagógica de los fenómenos educativos vividos cotidianamente. (p. 411).

La fenomenología, por su naturaleza, se enfoca en las vivencias y destaca el sentido que envuelve lo cotidiano, el significado del ser humano, es decir, la experiencia que somos. La fenomenología es sensible a la problemática desatada en torno al mundo de la vida (Fuster 2019, p.5).

Y la investigación interpretativa permite responder a las preguntas *¿Cómo?* y *¿Qué?*, preguntas que surgen en esta tesis sobre la forma de cómo y qué hacen los docentes clínicos expertos o más valorados de la comunidad odontológica en la Escuela de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para que sus estudiantes aprendan.

3.3. Diseño metodológico

A partir de los fundamentos ontoepistémicos procedentes de la fenomenología hermenéutica, en el nivel metodológico se plantea un estudio de caso, para interpretar y comprender los motivos internos de los participantes, buscando los significados de lo expresado, describiendo y dando la perspectiva que toman los sujetos para permitir dar respuesta a las preguntas planteadas desde el inicio de esta investigación.

3.3.1. El estudio de casos

Seleccionar la forma en que se llevará a cabo la investigación de esta tesis me ha guiado a profundizar en el estudio de casos, ya que es una forma de indagar en algo específico, estando en la situación real, pudiendo analizarla.

El estudio de casos permite investigar fenómenos en los que se busca dar respuestas a preguntas como las siguientes ¿Cómo? y ¿Por qué?, gracias a las cuales es posible explorarlos en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre el fenómeno en estudio. Lo anterior nos da la oportunidad de visualizar en la clínica docente las manifestaciones del CDC en los docentes clínicos expertos.

El estudio de casos, según afirma Reyes (1998):

...es un examen intensivo a una entidad de una categoría o especie. Esta técnica permite la recopilación e interpretación detallada de toda la información posible sobre un individuo, una sola institución o una empresa, o un movimiento social particular (pp.83-84).

Entender la mirada desde esta forma de trabajo investigativo implica centrarse en la unidad, en este estudio: el sujeto, docente clínico e intentar comprenderlo. Y así resolver las preguntas planteadas (Díaz De Sala, Mendoza, & Porras, 2011).

Las características que definen el estudio de casos, según Munarriz (1992, p 9), son las siguientes:

- a) Participación intensiva y de largo plazo en un contexto de campo
- b) Interrelación continua entre investigador-participantes en el escenario natural
- c) Comprensión de las acciones-significados de éstos a partir de los hechos observados, sin especificaciones de teoría previa.

Es posible profundizar en la utilización del CDC con respecto a los docentes clínicos expertos, a través de este enfoque metodológico, acompañando el quehacer de los académicos valorados y respetados por su desempeño, para lo cual se debe hacer una muy rigurosa selección de los sujetos, permanecer junto a ellos en su contexto clínico, en la clínica docente de la Escuela de Odontología y realizando un análisis para poder interpretarlos de acuerdo a lo observado y a sus propias explicaciones al analizar en conjunto los registros.

Para Stake (1999, p. 16), uno de los principales representantes del uso de estudio de casos, el sentido de estudiar un caso se da por su particularidad, no para generalizar, sino porque queremos saber más de esa persona o programa, etc., y por otra parte, el autor señala: *“En otras situaciones, nos encontraremos con una cuestión que se debe investigar, una situación paradójica, una necesidad de comprensión general, y consideraremos que podemos entender la cuestión mediante el estudio de un caso particular”*.

Stake (1999, pp. 16 y 17), indica que un estudio de caso puede ser intrínseco cuando el foco está en el propio caso que trata de ser desentrañado y comprendido; o instrumental, cuando el caso es un medio para comprender un concepto, procedimiento o idea.

En este trabajo se opta por un estudio de caso instrumental.

Además, como estudiaremos de manera simultánea a varios docentes, este trabajo será un estudio de casos múltiple.

3.3.2. Selección de sujetos participantes.

Para llevar a cabo esta investigación se seleccionan los docentes clínicos considerados expertos, competentes y valorados por la comunidad académica de la carrera de odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en Santiago, capital de Chile.

Como formula Stake (1999):

Si es posible, debemos escoger casos que sean fáciles de abordar y donde nuestras indagaciones sean bien acogidas, quizá aquellos en los que se pueda identificar un posible informador y que cuenten con actores (las personas estudiadas) dispuestos a dar su opinión...(p.16).

La forma para obtener la nómina de los académicos clínicos más destacados consiste en realizar una encuesta a los tres grupos de la comunidad odontológica: estudiantes, docentes y directivos que tienen relación con ellos:

- Estudiantes de último año, sexto, de la carrera de odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Docentes clínicos de odontología de la carrera de odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Directivos de la carrera de odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Los casos seleccionados corresponderán a los docentes clínicos expertos que según las encuestas realizada han obtenido la más alta votación, por parte de los tres estamentos de la carrera de odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile mencionados precedentemente

- *Directivos*: en el momento de la selección se ha consultado a los directivos de la carrera que se relacionan con los académicos de la clínica.
- *Docentes*: se refiere a los académicos que se encuentran trabajando en la enseñanza clínica, que desarrollan cursos desde el octavo semestre de la carrera de odontología en la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- *Estudiantes*: considerados los alumnos que ya están en sexto año, último año de la carrera y conocen a los docentes clínicos de odontología.

3.3.3. Estrategia para recoger la información

Obtener la información es un paso crucial en la investigación. En este estudio se consideran diversas formas para recolectar los datos: observación no participante y a través del diario de campo, entrevistas en profundidad a los docentes clínicos expertos, análisis de documentos, videos que capturan el día a día de estos académicos y la reflexión constante de la investigadora en el desarrollo de la investigación para comprender desde la experiencia de los profesores y sus puntos de vista, en cuanto a los significados que le dan a sus creencias y acciones.

Para reunir la información en la Investigación Cualitativa existe una serie de estrategias e instrumentos: podemos recurrir a la observación como estrategia y recopilar la información a través de: entrevistas, videgrabaciones, cuadernos o diarios, ponencias, actas de congresos, etc.

Los videos, que son parte de los instrumentos seleccionados se realizarán en CODUC durante todo el tiempo de trabajo de campo, registrando la docencia clínica de los docentes seleccionados y luego en diferentes lugares de la escuela de odontología para hacer la confrontación respecto a las interpretaciones y reconocimiento de los sujetos grabados.

Cuando se realizan entrevistas, los participantes en este tipo de investigaciones son invitados a conversar más de una vez, para entender sus preocupaciones, significados y prácticas con

relación a un evento específico. Así, es posible aclarar posibles errores de interpretación, poder volver a preguntar y expresar lo que se ha comprendido buscando la confirmación en los sujetos de estudio.

Así, Serbia (2007), explica que:

La estrategia cualitativa de producción de datos es recursiva, el investigador va avanzando conforme la información que produce y analiza, y así, decide los próximos pasos a seguir. El investigador cualitativo va disponiendo en vivo, a partir de lo previsible y lo no previsto, los alcances de la selección. La muestra cualitativa aborda desde lo intensivo las características de la calidad de los fenómenos, desatendiendo su generalización cuantificable y extensiva. (p.132).

3.3.3.1. Observación no participante

En mi calidad de docente clínica habitualmente me encuentro en el mismo contexto de los docentes seleccionados, es decir CODUC, una clínica que integra los diversos cursos clínicos de la carrera, por lo que mi presencia no es llamativa, no genera novedad, inclusive los académicos clínicos expertos son parte de mi equipo de la Clínica Integrada del Adulto de V año, así me integro de forma natural en este contexto que es habitual en mi desempeño docente.

Mi rol se enfocará en una observación no participante, como la define Díaz et al. (2013, p.8) “la Observación No Participante es aquella en la cual se recoge la información desde afuera, sin intervenir para nada en el grupo social, hecho o fenómeno investigado”.

Mi estadía cumplirá el objetivo de observar sin intervenir en el contexto de la clínica docente mientras se realiza la actividad de los docentes clínicos seleccionados, así me integro al quehacer de ellos y observo directamente en el momento de sus prácticas de enseñanza.

Principalmente recurriré al contacto de los docentes en los momentos de su enseñanza con los estudiantes y los pacientes, o en conversaciones, también interrogaciones que hacen al estudiante aprender con recursos como el uso de exámenes imagenológicos, instrumentos propios de la profesión, análisis de casos clínicos con presentaciones en computador, y entre otros uso de dispositivos para comprender la patología del paciente, para ello, utilizo primeramente las grabaciones en video y las entrevistas.

Con la observación no participante buscaré comprender a los docentes en su lugar habitual de trabajo y con el entorno acostumbrado de estudiantes.

3.3.3.2. *Entrevistas en profundidad*

Este encuentro entre el investigador y el docente clínico experto busca profundizar en las experiencias que forman la vida académica clínica y así detallar, caracterizar, descifrar, dar sentido a lo que el investigador le van comunicando.

Cada entrevista es un paso a obtener más información de cada uno de los entrevistados, avanzando en comprender su forma de actuar en la academia, qué significados le dan a su forma de enseñar, cómo son ellos, lo que permite ir traduciendo lo que hemos visto a través de la observación, entendiendo lo que en algún momento sólo veíamos, pero no comprendíamos desde el punto de vista del sujeto de estudio.

Según Robles (2011, p. 2):

... es adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias, zozobras y alegrías, significativas y relevantes del entrevistado;

consiste en construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro.

La entrevista en profundidad sigue el modelo de plática entre iguales...

Se va dando curso a la entrevista para obtener la información importante, la que permita descifrar las preguntas que quiere contestar el investigador. Es importante comprender que la literatura nos indica que el investigador es un instrumento más de análisis.

Considero que la entrevista tiene un gran valor en la Investigación Cualitativa porque se genera una historia que avanza en el tiempo, se crea un vínculo con cada nueva pregunta o, también, se puede perder la confianza y retroceder. Además, permite a lo largo de la investigación ir determinando los aciertos de nuestras interpretaciones, al corroborar con nuevas preguntas que afirman o no lo que el entrevistado nos va entregando.

También, el proceso de entrevista permite al investigador adquirir información relevante de lo que se está abordando con los actores involucrados; se mantiene el cuidado de mantener la precisión de lo que se recopila; desde el punto de vista de los entrevistados tiene características que colaboran con este estudio, por ejemplo, se propone obtener información sobre un tema, la información debe ser muy precisa, se pretende conseguir los significados de quienes están involucrados, y el entrevistador debe conservar una actitud activa durante la entrevista. Esta actitud se entiende como un estado de alerta, interpretando y así obtener una comprensión profunda del discurso de quien es entrevistado. Díaz et al. (2013).

Así, la entrevista en profundidad es un instrumento de gran utilidad que podemos utilizar para obtener la información que nos lleva a comprender más el quehacer de los sujetos de estudio.

El investigador, al encontrarse en un proceso de entrevistas con un rol activo permanente, al profundizar en este proceso, se genera un aprendizaje bidireccional.

Las entrevistas semiestructuradas consideradas, siguen un guión que busca acercarse a las posibles respuestas del estudio. La formulación de estas preguntas se intenciona y permite al entrevistado ampliar las temáticas profundizando.

3.3.3.3. *Entrevistas emergentes*

Estas entrevistas son parte de las situaciones de grabación y observación, se realizan de forma más espontánea ya que surgen durante las sesiones de las prácticas docentes en la clínica, generalmente luego de terminar los videos con cada docente clínico experto.

Debido a la flexibilidad de la Investigación Cualitativa me permito realizar estas conversaciones en momentos que no son claramente programados, pero que revisten interés al obtener nueva información y se está in situ, con la claridad de los momentos vividos.

3.3.3.4. *Entrevistas biográficas*

La entrevista biográfica permite conocer al docente clínico experto en sus concepciones académicas, cómo ha llegado a ser quién es hoy luego de pasar etapas de formación, desde lo formal: cursos, diplomados, magíster, doctorados, etc. La experiencia que ha vivido en su carrera profesional clínica, sus cambios en este rol de docente. Así, desde su punto de vista se obtiene cómo cada docente clínico visualiza su quehacer.

Son entrevistas en profundidad que van uniendo parte de la vida personal y las decisiones que han tomado para ir avanzando en su carrera profesional y docente.

3.3.3.5. *Diario de campo*

Durante el desarrollo de la estadía en el contexto de estudio se desarrollará un registro de situaciones que consideré valiosas para el estudio, en paralelo apuntando mis sensaciones,

emociones e ideas que surgieron del momento vivido y que son parte de la experiencia de investigar en un lugar natural a los hechos que se investigan.

Este diario de campo me permitirá capturar, en la medida de lo posible, el contexto y sensaciones al realizar la observación. Con él pretendía registrar el día a día de este proceso y luego analizar los resultados.

Para Martínez (2007), el diario de campo nos permite describir el contexto con sus relaciones y situaciones de los sujetos, argumentar, profundizar en las relaciones que se señalan al describir y la parte más compleja: interpretar la teoría y la experiencia vivida en la práctica. En algunos momentos de la investigación el diario de campo resulta también una bitácora que permite volver hacia atrás y reflexionar sobre situaciones que se presentaron o dudas que no se han resuelto, además de poder plasmar lo que se ha interpretado en la experiencia que se va dando en el trabajo de campo.

Y como señala Alzate, Puerta, & Morales (2008, p. 4) “... *uno de los aspectos y procesos de mayor significancia pedagógica en la realización del diario de campo, es quizás el de los procesos de reflexión continua*”. Esto permite plasmar ideas y sentimientos que surgen en forma espontánea, logrando un registro rápido y no olvidar detalles.

3.3.3.6. *Documentos académicos*

Esta estrategia apunta a conocer los documentos que existen en los cursos que los académicos seleccionados trabajan, pueden considerarse los documentos escritos, presentaciones, videos, etc. Todo lo que pueda darnos ideas sobre la forma de enseñar que tienen los docentes clínicos expertos respecto a su forma de comprender su labor y cómo la aplican en sus cursos.

De forma sintética, podemos recuperar los documentos académicos considerados formales (programas, guías de trabajo o talleres, calendarios, etc.) o los que son aplicados en el momento de la labor docente en la clínica (pautas, controles, etc.).

Para los tres docentes seleccionados se revisa el programa del curso: Clínica Integral del Adulto de V año, el calendario anual, los instrumentos de evaluación formativos y sumativos. Los profesores del estudio han sido parte del equipo que ha seleccionado, organizado y aplicado estos documentos en el curso.

3.4. Análisis de la información

En la etapa de análisis de datos se realizará un trabajo inductivo, basado en la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss, esto según lo señalado por San Martín (2014):

Sus inspiraciones para desarrollar esta metodología estriban en la necesidad de salir al campo de investigación para descubrir los conceptos que allí subyacen. Ambos investigadores compartían la necesidad de hacer comparaciones constantes mientras se hacían los análisis cualitativos, con la finalidad de desarrollar conceptos y relacionarlos. (p.107).

Y de acuerdo con lo que se obtiene en la investigación es posible descubrir y desarrollar teoría.

Los videos serán analizados y también trabajados con el software cualitativo ATLAS Ti 8.1.3, que tiene ventajas como poder incorporar datos en forma secuencial, sin necesidad de tener todos los datos en un solo momento y permite codificar segmentos de textos, videos, audios e imágenes, lo cual lo hace inclusivo.

En este software es posible instalar los videos de cada docente y estudiante que aportan para el estudio, identificados por los nombres que guardan la confidencialidad de los sujetos. Al tener este material se iniciará la selección de los segmentos que son significativos para el trabajo y se generarán los códigos respectivos.

Como señala Varguillas (2006, p. 76), el uso de ATLAS Ti consisten en:

... cuatro etapas: Codificación de la información (de los datos); Categorización; Estructuración o creación de una o más redes de relaciones o diagramas de flujo, mapas mentales o mapas conceptuales entre las categorías; y Estructuración de hallazgos o teorización si fuere el caso.

La idea es luego realizar una serie de vinculaciones entre las unidades de significado, para esto, es necesario buscar elementos similares lo que permite agrupar y generar temas que los envuelven, que logran abarcarlos. Así, también al volver a relacionar estos temas se pueden generar unas categorías mayores o metacategorías y todo este proceso podría originar respuestas a los objetivos planteados en esta tesis.

Todo lo anterior corresponde al análisis que se realizará con cada uno de los sujetos de estudio, DCE, entre ellos y los estudiantes que dan su mirada en las grabaciones de los videos seleccionados, permitirá obtener información coincidente o información opuesta de los análisis realizados. Se utilizarán los datos: de videograbaciones, registros de las entrevistas, material documental de los cursos involucrados, lo interpretado por los docentes clínicos valorados y los estudiantes, junto a lo que el investigador determine con los datos que obtiene. Así, se cumplirá la comparación constante de los códigos obtenidos y los emergentes.

Como señala en su artículo San Martín (2014), respecto a la interpretación de datos, se distinguen tres procesos que considero para mi estudio:

- Codificación abierta: abordar el texto, con el fin de desnudar conceptos, ideas y sentidos. Puede ser un tema, un problema, un acontecimiento que se define como significativo, generando una categoría.
- Codificación axial: es el proceso de identificación de relaciones entre las categorías obtenidas en la Codificación abierta y sus subcategorías.
- Codificación selectiva: el propósito de esta codificación es obtener una categoría central que exprese el fenómeno de investigación e integre las categorías y

subcategorías de la codificación abierta y axial, formándose las nombradas metacategorías.

Es importante destacar lo vital de la saturación de los datos, porque así nos aseguramos de detener la recolección de la información al repetirse los datos y no obtener información nueva.

Como explican Vivar, Arantzamendi, López-Dicastillo, & Luis (2010, p. 5) *“Este proceso de recolección y análisis se realiza hasta la saturación teórica, es decir, cuando la recogida de nuevos datos ya no aporta información adicional o relevante para explicar las categorías existentes o descubrir nuevas categorías”*.

3.5. Rigor metodológico

Para lograr un trabajo riguroso en la Investigación Cualitativa se han considerado criterios que son considerados en esta investigación y que permiten asegurar la calidad del estudio. Estos procedimientos se utilizan para asegurar la veracidad del estudio, con lo cual se logran niveles elevados de rigor, credibilidad y validez en el conocimiento producido (J. Medina, 2006)

Los criterios considerados y que deben cumplirse son los de Guba (Pla, 1999): Credibilidad, Transferibilidad, Dependencia y Confirmabilidad.

Tabla 3: Criterios de confiabilidad de Guba

Criterios de confiabilidad	Definición	Procedimientos
Credibilidad	Valor de verdad de la investigación en términos que sea creíble.	<ul style="list-style-type: none"> Explicitar el modo de recogida de datos. Realizar observaciones extensas e intensivas. Triangular datos, métodos e investigadores. Obtener retroalimentación de los informantes. Reconocer los sesgos del investigador (rol). Mezclar continuamente las fases de recolección, interpretación y sistematización de los datos. Documentar e ilustrar los datos con ejemplos específicos
Transferibilidad	Grado que pueden aplicarse los descubrimientos de la investigación a los sujetos o contextos.	<ul style="list-style-type: none"> Controlar y explicitar el tipo de representatividad elegida. Descripción exhaustiva (una vez seleccionados los sujetos y situaciones describirlos exhaustivamente).
Dependencia	También se denomina consistencia y trata de la estabilidad de los datos (replicabilidad).	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el estatus y rol del investigador. Delimitar el contexto físico, social e interpersonal. Realizar descripciones minuciosas de los informantes. Describir las técnicas de análisis y recogida de datos. Triangular situaciones, personas y técnicas de recogida de información. Especificar toma de decisiones para controles posteriores.
Confirmabilidad	Hace referencia a la neutralidad.	<ul style="list-style-type: none"> Recoger registros concretos, transcripciones textuales y citas directas. Comprobar los supuestos con los participantes. Recogida mecánica de la información (grabaciones). Explicar posición del investigador.

Fuente: Colás P, Buendía L. La investigación educativa. Sevilla: Alfar, 1992. Del artículo de M.Pla. El rigor en la investigación cualitativa, Atención Primaria, Vol.24. Núm.5. 30 de septiembre 1999.

A continuación, describo cada uno de ellos:

Credibilidad:

Para lograr la credibilidad me surgen las siguientes interrogantes ¿Son los datos fiel representación de la realidad que he estado observando?, ¿He registrado lo que he comprendido y constatado de la vida académica de los docentes clínicos expertos?

Para tener una **respuesta favorable** se considera:

La estadía en el campo, en tiempo y resultados, lo cual se traduce en situarme en CODUC durante las labores habituales de los docentes seleccionados y realizar la observación no participante, las grabaciones de los videos, las entrevistas, etc.

Los videos se realizarán en CODUC durante todo el tiempo de trabajo de campo, registrarán la docencia clínica de los docentes seleccionados y luego en diferentes lugares de la escuela de odontología me reuniré con ellos para hacer la confrontación respecto a las interpretaciones y reconocimiento de los sujetos grabados.

Triangulación:

En cuanto a la triangulación, Okuda & Gómez (2005) nos da su mirada que permite entender desde la Investigación Cualitativa en qué consiste:

La triangulación comprende el uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno, por ejemplo, el uso de varios métodos (entrevistas individuales, grupos focales o talleres investigativos)". Además, se puede observar el problema de diferentes posiciones, con ello se logra aumentar la validez de los hallazgos, y se tiene la posibilidad de lograr con cada mirada una parte del todo. (Okuda & Gómez, 2005, p. 119).

La triangulación de datos permite con el uso de diferentes fuentes de información recabar los datos y así contrastar los resultados obtenidos. En este estudio aporta el cuaderno de campo, las observaciones recogidas en los videos y las entrevistas a cada DCE. Los investigadores revisarán la información colaborando a este contraste. Y, además, la información entregada por los estudiantes. Esta triangulación puede ser temporal, personal o espacial.

Aplicabilidad:

La posibilidad de repetir la investigación en otros contextos similares, es decir: lograr transferir los resultados a otros lugares, espacios, profesionales, es un desafío, ya que el trabajo realizado tiene particularidades y de seguro también similitudes con otros contextos. Como indican Parra & Briceño (2013, p. 120), *“Para ello es necesario que se describan densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue observado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.”*

Lo que se trata es de entregar la mayor información a través de una descripción detallada de los involucrados: docentes expertos clínicos y del lugar de la investigación, CODUC, Escuela de Odontología, donde se desarrollan las experiencias de enseñanza y aprendizaje.

Dependencia:

Corresponde a la estabilidad de los datos, lo cual en la Investigación Cualitativa es difícil de asegurar. Son momentos que muchas veces no se pueden replicar exactamente a cómo han ocurrido.

Confirmabilidad:

El llevar un período extenso en el campo, nos entrega la posibilidad de constatar con los docentes clínicos expertos la información recolectada, dialogando constantemente para asegurar la comprensión de lo observado, junto a esto, la triangulación de los datos obtenidos. A lo anterior se suma que la investigadora declara su objetividad, inmersa en el contexto sin intervenir en lo que acontece, definiéndose como una observadora no participante. Se debe lograr que en caso de que otro investigador pueda seguir los pasos realizados en la investigación y al examinar los datos, pueda llegar a conclusiones similares.

3.6. Aspectos éticos de la investigación

Al realizar una investigación que involucra a seres humanos, se debe dar prioridad a los aspectos éticos como parte del respeto a ellos y a las leyes que rigen la investigación.

Para llevar a cabo esta tesis se han considerado los principales conceptos de la Declaración de Helsinki como lo principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia.

No podemos olvidar que, “...*La Investigación Cualitativa reconoce la individualidad de los sujetos como parte constitutiva de su proceso indagador*”(González, 2002, p. 94), junto a ello, se suman la cultura, la ideas preconcebidas, el contexto en que se desenvuelve el sujeto, sus valores y principios y todo lo que implica una persona, toda su complejidad, por ello debemos ser cuidadosos y respetuosos de su dignidad.

Considerar hacer una investigación debe ser relevante para la sociedad, tener una clara justificación y aplicabilidad. En esta tesis, el poder profundizar en los aspectos que logran los docentes clínicos expertos puede colaborar con una mejora en la docencia para nuestros estudiantes que mañana serán los profesionales de nuestra comunidad, ante lo cual se genera un compromiso y una responsabilidad social.

Para lograr el principio de autonomía o de respeto, se debe dar a la persona la oportunidad de decidir su participación de forma voluntaria, de lo contrario puede negarse desde el inicio e incluso durante la investigación. Para concretar el estudio se ha realizado el proceso de Consentimiento Informado, junto al documento que se anexa en el capítulo final (anexos), además del procedimiento con el Comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile que es requisito fundamental para iniciar la investigación.

El principio de beneficencia y el de no maleficencia asegura que el sujeto de estudio puede recibir los beneficios de los resultados de esta investigación y que no será expuesto a daño físico, psicológico o moral alguno por participar.

Respecto al principio de justicia corresponde a la selección de los docentes clínicos expertos, bajo un marco equitativo para los académicos. De forma igualitaria se realizó la elección de los postulantes según los tres estamentos de la carrera de odontología y escogidos en función de las interrogantes de la investigación.

3.6.1. Consentimiento Informado

Como se ha explicitado, el Consentimiento Informado es un proceso que involucra una detallada conversación con los sujetos de estudio, los DCE, en un ambiente cómodo y sin interrupciones. Se les ha entregado la información que les permite conocer el propósito del estudio, la forma en que ellos participan y que de forma voluntaria se sella con un documento que relata la investigación donde se concentran resumidamente todos los antecedentes del estudio. Y teniendo presente en todo momento la posibilidad de abandonar la investigación, sin ningún tipo de sanción para el sujeto.

Se considera, según señala Parra & Briceño (2013, p. 121) que:

...se debe tener muy en cuenta para sustentar la ética de todo estudio el consentimiento informado, uno de los pilares básicos de la ética de la investigación moderna, que, además de ser un principio ético, se ha convertido en una norma jurídica.

Cada uno de los participantes del estudio ha decidido voluntariamente su contribución, han realizado las preguntas que estiman conveniente y tienen claridad de su participación.

Y como cada persona es un ser único, González (2002) aclara:

...la finalidad del Consentimiento Informado es asegurar que los individuos participen en la investigación propuesta solo cuando esta sea compatible con sus valores, intereses y preferencias; y que lo hacen por

propia voluntad con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. (p. 101).

Se resalta que esta investigación resguarda el anonimato de los participantes y la confidencialidad del estudio.

Además, cada uno de los docentes clínicos expertos puede tomar la decisión de abandonar la investigación en el momento que lo considere, sin perjuicio ninguno. Y esto también ocurre para cada estudiante involucrado en este proyecto.

El respeto por cada uno de los docentes clínicos implica considerar sus tiempos de trabajo y personales para poder colaborar con el estudio, evitando las presiones y dando la posibilidad de que ellos definan los encuentros de entrevista y registros en video.

3.6.2. Confidencialidad

Durante todo el desarrollo de la investigación se han mantenido bajo códigos los nombres de los docentes clínicos expertos seleccionados y se han identificado de esta forma:

- Docente 1: D1
- Docente 2: D2
- Docente 3: D3

Esto permite asegurar la confidencialidad de la información y mantener el anonimato de los sujetos participantes, tanto en el análisis y en los resultados. En el caso de los estudiantes también se recurre a la forma de asegurar la confidencialidad a través de la codificación de los sujetos.

CAPÍTULO 4

TRABAJO DE CAMPO





Fuente: www.pixabay.com/es/photos/gaudi-parque-guell-arquitectura-1160382

4. TRABAJO DE CAMPO, en el escenario

“Los hombres no se hacen en el silencio, sino en la palabra, en el trabajo, en la acción, en la reflexión.”

- Paulo Freire.

4.1. Presentación

El trabajo de campo es un momento de la investigación que permite involucrarse profundamente con las personas que son las protagonistas del estudio y con ello ser parte del contexto, lo cual da significado al trabajo previo, integrándose al proceso en forma activa y real en la complejidad del fenómeno social.

Soto & Durán (2010, p. 257) lo relatan así: “...*hacer una lectura de cómo son las relaciones, cómo interactúan las personas*”. Lo cual es un paso crucial para el investigador que se prepara para tomar posición en las circunstancias y el terreno que rodea a los DCE seleccionados.

De acuerdo con esta mirada, se hace una lectura desde adentro, inmersa en las actividades que se desean conocer y comprender, observando las experiencias del día a día de los sujetos en estudio, en su relación con los estudiantes, otros profesores, pacientes, personal de apoyo, su pensamiento y todo lo que involucra su actividad docente.

Es en esta fase donde recogeremos la información que nos brinda el sitio (CODUC) donde transcurre la docencia de los académicos seleccionados como expertos, tal como lo expresa Di Virgilio et al. (2007, p. 91) “...*el trabajo de campo involucra el enfrentamiento a una variedad de fuentes y materiales significativos, cuya combinación brinda riqueza y profundidad a la investigación.*”

Al estar en el lugar, se busca información, pero de una forma sutil, sin interrumpir las actividades, intentando comprender el fenómeno de estudio, y convivir con los actores de este contexto hasta un cierre oportuno.

Las interacciones en el trabajo de campo se preparan, organizan, registran y analizan, hasta decidir la salida con la información requerida.

4.2. Contexto institucional de los casos de estudio

4.2.1. Pontificia Universidad Católica de Chile

La Pontificia Universidad Católica de Chile es una de las universidades más prestigiosas de Chile y de Latinoamérica, fue fundada²³ el 21 de junio de 1888 por iniciativa del arzobispo de Santiago, Monseñor Mariano Casanova, con el objetivo de ser una institución que integrara la excelencia académica y una formación inspirada en la doctrina cristiana. Su creación se inserta en las circunstancias históricas universales y locales que afectaron a la Iglesia Católica, instándola a formar profesionales poseedores de un auténtico sentido cristiano de la vida, que sirviera como fermento renovador para las nuevas generaciones.

Las relaciones entre la Universidad y la Santa Sede se remontan a los días de su fundación. El decreto fundacional de la Universidad recibió la aprobación general y bendición del Papa León XIII el 28 de julio de 1889. Cuatro décadas después, la Universidad fue erigida canónicamente por el Papa Pío XI, mediante rescripto del 11 de febrero de 1930.

Entre los años 1920 y 1953, durante el rectorado de Monseñor Carlos Casanueva Opazo, se crearon seis nuevas facultades (Arquitectura, Comercio, Filosofía y Ciencias de la Educación, Medicina, Tecnología y Teología) y cuatro escuelas (Servicio Social, Enfermería,

²³ <https://www.uc.cl/es/la-universidad/historia>

Ciencias Biológicas y Artes Plásticas), además del Club Deportivo, el Hospital y la Federación de Estudiantes.

4.2.2. Escuela de Odontología UC

La carrera de Odontología es parte de la Escuela de Odontología, que se encuentra bajo el alero de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Tal como se describe en su sitio web²⁴, el 29 de abril de 2007 la Pontificia Universidad Católica de Chile promulga, a través del Honorable Consejo Superior, el Decreto de Rectoría N°156/2007 que crea el grado académico de “Licenciado en Odontología” y el título profesional de “Cirujano Dentista”, además de la carrera de Odontología, dependiente de la Facultad de Medicina.

Este proyecto educacional abrió su admisión regular a principios de 2009 con un plan de implementación docente, infraestructura y difusión. Durante ese período, cerca de 70 alumnos conformaron la primera generación de estudiantes de odontología de la institución. En 2010 se estrenó el nuevo Edificio Académico de Odontología en el Campus San Joaquín, con más de 160 alumnos matriculados. Dos mil metros cuadrados distribuidos en tres pisos fueron asentados para fortalecer la actividad docente de los estudiantes de pregrado.

En 2012 se inauguró la Clínica Odontológica Docente UC (CODUC), moderno establecimiento de cinco pisos que fue creado exclusivamente para el perfeccionamiento clínico de los futuros profesionales. La construcción se emplazó adyacente al Edificio Académico de Odontología y cuenta con instalaciones de primer nivel para la atención integral de pacientes adultos y niños.

²⁴ <https://odontologia.uc.cl/escuela/historia/>

Actualmente, el compromiso de la Escuela de Odontología por la calidad, le ha valido el reconocimiento obteniendo seis años de acreditación.

Este es el escenario sobre el cual se desarrollará el trabajo de campo, donde transcurren las experiencias de aprendizaje durante el ejercicio de los cursos clínicos e interactúan los estudiantes, docentes, personal técnico, administrativos, personal auxiliar de aseo y es donde se entregan las condiciones más cercanas a la realidad profesional que experimentarán los estudiantes en su vida laboral.

4.2.2.1. *Plan de Estudios*²⁵

Un compromiso constante con la calidad hace de las instituciones un sello valorado por la comunidad en general. La Pontificia Universidad Católica de Chile, y en específico la Escuela de Odontología, está buscando constantemente esta mejora continua, y una de las formas que visualiza este sello es el plan de estudios, tal como López Abreu, García Muñoz, Batte Monter, & Cobas Vilches (2015, p. 198) lo expresan: “...Los procesos de mejora continua en las instituciones de educación superior constituyen no solo un reto, sino su compromiso con la actual y futura sociedad...”.

El plan de estudios consta de 12 semestres con tres ejes de formación:

- a) Cursos de ciencias básicas y fundamentos biomédicos
- b) Cursos de plan general
- c) Cursos disciplinarios

“Nuestro plan de estudios busca alcanzar progresiva e integradamente los conocimientos, habilidades y actitudes para responder al perfil de egreso de la carrera de odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile”.

²⁵ <https://odontologia.uc.cl/pregrado/plan-de-estudios/>

La malla curricular²⁶ considera doce semestres, completando los seis años de la carrera para obtener el título de cirujano dentista.

Todos los cursos pertenecen a ciclos, que se pueden detallar de la siguiente forma:

- Cursos Básicos
- Cursos preclínicos
- Cursos clínicos
- Internado

La integración de todos estos cursos tiene una finalidad que se traduce en la atención de salud centrada en el paciente.

4.2.2.2. Perfil del egresado de odontología UC

El resultado de toda la formación recibida durante el pregrado, durante doce semestres, se sintetiza en el perfil de egresado²⁷, que se describe de la siguiente forma:

“El cirujano dentista egresado de la Pontificia Universidad Católica de Chile, será un profesional integral con sólidos conocimientos y competencias clínicas”.

Los egresados deberán contar, además, con habilidades comunicacionales y de liderazgo, comprometidos con su formación continua y poseedores de firmes principios éticos y morales. Su quehacer profesional estará centrado en el paciente, su familia, la comunidad y las necesidades de salud del país, basando su actuar en la evidencia y en el marco valórico de la Universidad.

Dominios del egresado de odontología UC:

- Identidad UC

²⁶ <https://odontologia.uc.cl/pregrado/malla-curricular/>

²⁷ <https://odontologia.uc.cl/pregrado/perfil-de-egreso/>

- Pensamiento crítico
- Profesionalismo y ética
- Comunicación
- Promoción de la salud
- Administración y gestión
- Ciencias básicas y biomédicas
- Conocimiento y habilidades clínicas

4.3. Perfil de académico UC

Más allá de declarar un perfil académico, la Pontificia Universidad Católica de Chile (UC), explicita que los principios orientadores para una docencia de calidad UC²⁸ son:

- Personas cultas, con una visión amplia y propia del mundo
- Poseedores de sólidos valores
- Muy competentes en sus áreas de conocimientos específicos
- Motivados y capacitados para perfeccionarse toda la vida
- Capaces de pensar críticamente y abordar problemas complejos en forma sistemática
- Con actitud reflexiva y proactiva hacia el cambio
- Respetuosos de las personas y con vocación de servicio
- Capaces de trabajar en equipo y ejercer un liderazgo positivo

Para lograr este compromiso, la UC requiere de una docencia centrada en el aprendizaje de sus estudiantes, y de docentes que consideren las características y necesidades de sus alumnos, buscando el aprendizaje profundo y efectivo de todos.

Por su parte, la UC organiza los nueve principios orientadores de la siguiente forma:

- a) Todo académico de la UC debe ser una persona preparada y reconocida en su disciplina, que reflexiona sobre su propio quehacer, realizando su trabajo con

²⁸ <https://desarrollodocente.uc.cl/quienes-somos/principios-orientadores-de-una-docencia-de-calidad/>

dedicación y organización, promoviendo los valores de la universidad y siendo un ejemplo para sus alumnos.

- b) Todo académico que busque realizar una docencia de calidad debe planificar su enseñanza de modo coherente, implementando metodologías activas y diversas que promuevan el aprendizaje profundo y significativo de todos sus estudiantes.

Entre los años 2009 y 2010 se trabajó para lograr el modelo orientador para los docentes UC, con los nueve principios que guían los objetivos:

1. **Promoción de valores UC:** La docencia de calidad en la UC debe promover los rasgos que se esperan de sus egresados: poseer sólidos valores, respetuosos de las personas, capaces de trabajar en equipo y con vocación de servicio. El docente de excelencia es, en consecuencia, modelo, testigo y maestro. Encarna los valores UC en su enseñanza y en su relación con los estudiantes y pares al mismo tiempo que promueve el proyecto educativo de la universidad en concordancia con la impronta UC.
2. **Reflexión crítica sobre su quehacer docente:** La práctica docente provee de instancias de reflexión y es en sí misma un objeto de evaluación crítica e indagación, que posibilita su mejoramiento continuo para lograr los objetivos de aprendizaje propuestos. El docente de excelencia demuestra compromiso con el mejoramiento continuo de su quehacer, promoviendo en su unidad académica la reflexión y la investigación sobre la docencia, así como el intercambio de buenas prácticas con sus pares y el mejoramiento continuo, basado en evidencias.
3. **Relación con estudiantes:** El aprendizaje de calidad requiere de un ambiente positivo que estimule al logro, que motive la curiosidad, y que permita asumir el riesgo de la exploración en un clima de confianza y seguridad. El docente de calidad es por ende accesible para sus alumnos y se interesa en sus aprendizajes; crea un clima favorable y demuestra interés, respeto y valoración al aporte y proceso de aprendizaje de sus estudiantes.
4. **Experticia en área de conocimiento:** La formación que desea entregar la UC requiere de docentes con conocimiento profundo de su disciplina, que aplique sus conocimientos en clases a través de ejemplos, y que presente información actualizada y relevante a los temas que trabaja. El docente de excelencia posee de este modo un

- alto nivel de conocimiento en su disciplina, se mantiene en permanente actualización, y conoce y domina los conceptos y teorías centrales de su materia y sus aplicaciones.
5. **Compromiso con el aprendizaje de sus alumnos:** El compromiso de la UC se basa en una docencia centrada en los estudiantes, donde el docente diseña experiencias adecuadas a sus estudiantes buscando que todos ellos logren los aprendizajes definidos. El docente de calidad es aquel que está comprometido con el aprendizaje de todos sus estudiantes, para lo cual crea las condiciones y estrategias necesarias y oportunas para que ellos realicen un aprendizaje profundo y transferible.
 6. **Organización de la enseñanza:** Para desarrollar una docencia de excelencia no basta con el manejo experto de los contenidos, sino que requiere de una planificación adecuada que genere aprendizajes profundos en los estudiantes. Así, el docente de calidad planifica y organiza su curso adecuada y oportunamente, presentándolo a sus estudiantes a través de un programa de curso completo, con objetivos claros, contenidos, actividades, evaluaciones y retroalimentaciones secuenciales y coherentes, en concordancia al plan de estudios y con bibliografía actualizada. Promueve el uso de los recursos de información que ofrece la universidad (biblioteca, laboratorios, redes, etc.) y provee los materiales necesarios para lograr los aprendizajes esperados. Mantiene, además, una permanente y directa coordinación y supervisión de las actividades formativas que se desarrollan durante las ayudantías, laboratorios, talleres o prácticas.
 7. **Metodologías de enseñanza y aprendizaje diversas y pertinentes:** El uso de metodologías de enseñanza y aprendizaje pertinentes al área de conocimientos es el punto de unión entre el conocimiento experto y el impacto sobre los aprendizajes, utilizando para ello un enfoque centrado en el estudiante. De este modo, el docente de calidad es aquel que crea las condiciones y oportunidades para que los estudiantes desarrollen un aprendizaje activo, participativo y significativo, tomando en consideración sus conocimientos previos y diversidad. Además, hace uso de un amplio repertorio de metodologías pertinentes a su disciplina, incluyendo el uso de tecnologías, recursos de información y otras.
 8. **Evaluación y retroalimentación:** Para lograr un aprendizaje profundo, profesores y estudiantes requieren disponer de información adecuada y oportuna respecto del

avance y efectividad del proceso de enseñanza y aprendizaje en que participan. Ello, sobre la base de criterios claros y conocidos por todos. El docente de excelencia, por ende, utiliza la evaluación como insumo para el aprendizaje. Evalúa a sus estudiantes durante el proceso y los resultados alcanzados de manera acorde a los aprendizajes esperados y al trabajo realizado. Realiza de modo frecuente y oportuno una retroalimentación de los logros a sus estudiantes, como complemento a la calificación, y utiliza criterios claros y conocidos para evaluar.

9. **Relación de su docencia con la realidad:** El proyecto educativo UC busca que sus estudiantes aporten a la sociedad desde sus disciplinas, lo que se desarrolla de modo progresivo con experiencias de aprendizaje que les permita vincularse con la realidad social y la comunidad local. De este modo, el docente de calidad es aquel que promueve un aprendizaje significativo, relacionando los contenidos del curso con sus aplicaciones y la experiencia y/o historia de los estudiantes. Establece vínculos entre los conocimientos tratados y los problemas y desafíos de la sociedad global, promoviendo su comprensión y su relación con ellos.

4.4. Entrada al escenario

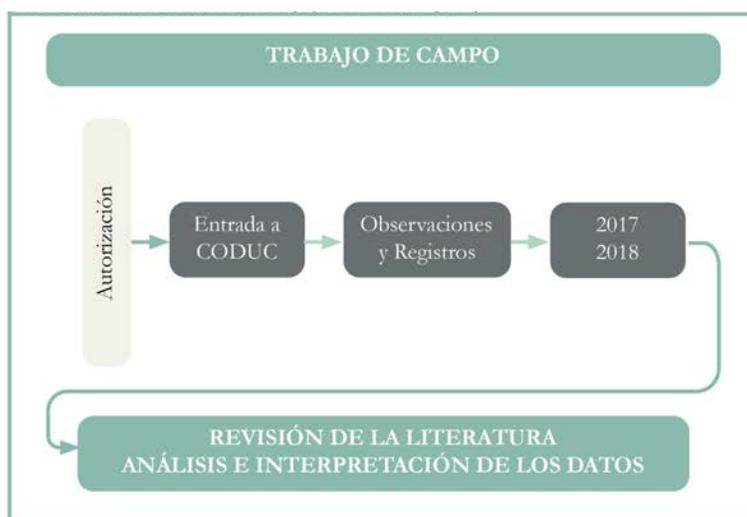
El trabajo de campo ocurre en la Clínica Odontológica Docente UC, (CODUC), un recinto de salud de la Escuela de odontología y de la Facultad de Medicina²⁹ de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que se ubica en el campus San Joaquín, sector sur de la capital y consta de un edificio de cinco pisos dedicados a la atención de pacientes tanto para los niveles de pregrado, postgrado y clínica profesional.

El objetivo es acceder a los lugares donde se desempeñan los docentes más valorados y hacer una estadía acompañando a cada uno de ellos en su actividad cotidiana. Como declara Di Virgilio et al. (2007, p. 94) “*el acceso debe ser constantemente negociado*”.

²⁹ La Escuela de Odontología es parte de la Facultad de Medicina de la UC, y se encuentra en un campus amplio que contiene escuelas y Facultades de la UC.

Para realizar el acceso a CODUC, se solicitó autorización a la dirección de la carrera de odontología y luego de una respuesta positiva al Director Clínico de CODUC. Se explicó la investigación respecto al propósito, metodología y el tiempo considerado, además, se envió un comunicado de parte del director de carrera a la comunidad docente informando de la investigación y valorando la participación de cada uno de los involucrados, con lo cual la mayoría de los colegas se enteraron del estudio y apoyaron la iniciativa.

Esquema 3: Proceso del trabajo de campo. [Autoría de la investigadora]



4.4.1. Identificación de los docentes clínicos más valorados de la carrera de odontología

El presente trabajo de investigación se realizó observando directamente las prácticas docentes de los profesores clínicos considerados como expertos por los diferentes estamentos de la carrera de odontología.

Para definir quiénes eran considerados por la comunidad académica como docentes clínicos expertos, se llevaron a cabo encuestas en los siguientes grupos:

Directores de la carrera de odontología: inicialmente se entregó la encuesta a los directivos que se relacionan con los docentes clínicos: director de carrera, directora de pregrado, directora de postgrado y subdirectora Estudiantil.

Estudiantes de sexto año de la carrera de odontología: este grupo corresponde a los estudiantes que ya han tenido la experiencia clínica y conocen a los tutores clínicos de los cursos previos. Son alumnos que se encuentran cumpliendo el internado de la carrera, con lo que ya tienen una opinión sobre los docentes clínicos expertos de la escuela de odontología. Docentes clínicos de la carrera de odontología: se consideran a todos los profesores de áreas clínicas³⁰: Geriatría, Clínica integral del niño, Clínica integral del adulto, Necesidades especiales y Cirugía. Estos académicos tienen directa relación con la tutoría clínica y también realizan la integración con otras disciplinas clínicas.

4.4.2. Casos seleccionados

Para realizar el estudio, la selección de los casos es un momento clave de la investigación, sus características podrían hacer comprender la actividad docente desde la perspectiva de los objetivos formulados.

Para iniciar el proceso de definición de casos y de forma individual, se contactó a los directivos de la carrera relacionados con los docentes clínicos, es decir, los que tienen un contacto directo y los conocen. Se desarrolló el consentimiento informado y se entregó la encuesta, dando unos días de tiempo acordado para que la devolviesen a la investigadora en forma personal.

Con los docentes clínicos hubo reuniones solicitadas a los profesores encargados de cada curso previamente, donde se les explicó la investigación, se desarrolló el consentimiento informado y se les entregó la encuesta que luego podían entregar a la investigadora según su disponibilidad.

³⁰ Corresponden a cursos de atención clínica a niños, adultos, adultos mayores con o sin necesidades especiales que se encuentran ubicados en los cursos desde cuarto a sexto año de la carrera.

Con los estudiantes de sexto año se realizó el contacto en una de las clases de la asignatura de Gestión, donde debe asistir todo el curso y se le pidió al profesor encargado con anticipación, la posibilidad de realizar esta actividad. Se asignó un tiempo protegido para dar a conocer el estudio, su intención y la de la encuesta, además de invitarlos a participar, recalcando el carácter voluntario y aprovechando la instancia para entregar un documento de consentimiento informado para que lo lean y decidan respecto a su participación (o no).

Respondieron cincuenta y ocho estudiantes el cuestionario, que corresponden al total de alumnos del último curso de la carrera de ese año. Un total de cincuenta y siete docentes clínicos contestaron, de los cursos correspondientes a los niveles de cuarto, quinto y sexto año de la carrera de odontología. Y cuatro directivos: director de carrera, subdirectora de asuntos estudiantiles, director de pregrado y directora de postgrado.

Se obtuvo una nómina de 48 académicos considerados por sus buenas prácticas y su forma de ser, entre lo más relevante. Esto, a través de un muestreo intencional por parte de los tres estamentos de la carrera de odontología.

Finalmente, los tres docentes que obtuvieron la mayor puntuación fueron los casos escogidos por tener una valoración destacada en el cuestionario realizado a estudiantes, docentes y directivos.

Esta preferencia por los alumnos y docentes podría revelar, como dice Cruz (2011) *“una interesante relación entre la dimensión pedagógico-didáctica y la dimensión del conocimiento del contenido”*.

Todos los cuestionarios fueron anónimos y se identificaron con un número y letra según el caso: Por ejemplo: Estudiante 1: E1; Directivo 1: D1; Profesor 1: P1.

En relación con la información solicitada en la encuesta se pedían tres nombres de los docentes clínicos que consideraran expertos, aquellos que para cada encuestado fueran los

más apreciados, el curso y asignatura a la que pertenecían estos académicos y tres razones o características por las cuales ese docente clínico era tan valorado.

En cada grupo se hizo énfasis en explicar los objetivos del estudio y se contestaron las preguntas de los involucrados, para permitir aclarar cualquier duda, previo a contestar las interrogantes solicitadas.

Cada documento de cuestionario entregado a directivos, docentes y estudiantes se identificó con un número para organizar la información.

Luego, se realizó un análisis de las razones, características o motivos que fueron consideradas por la comunidad consultada.

Para facilitar la comprensión de ellas se reunieron de forma inductiva en las siguientes categorías:

- a) Personales o humanas
- b) Disciplinares
- c) Pedagógicas
- d) Experiencia clínica

Al sistematizar la valoración de los tres estamentos, finalmente fueron cuatro los docentes seleccionados ya que en tercer lugar dos académicos obtuvieron igual número de apoyo. Luego de unos meses, uno de los académicos renunció a la Universidad y continúa la investigación con los tres docentes, quienes se mantuvieron hasta el final de la investigación.

El **Proceso de Consentimiento Informado** se ha ejecutado tanto en la etapa previa con los tres estamentos de la comunidad odontológica para elegir los docentes clínicos más valorados, como con los académicos seleccionados.

El desarrollo de Consentimiento Informado se ha realizado llevando a cabo una conversación con cada uno de los docentes expertos seleccionados, en forma privada y entregando toda la

información necesaria para que estén al tanto del propósito de la investigación. Si desean retirarse podrán hacerlo en cualquier momento sin necesidad de dar una explicación o tener una consecuencia negativa.

El documento de Consentimiento Informado se entregó a cada participante para su lectura y análisis, luego de ello se les dio tiempo para que definieran su participación, junto a la posibilidad de hacer las consultas que cada uno de ellos necesitara realizar para aclarar sus dudas.

Los tres docentes aceptaron participar sin ningún reparo, firmando el documento de Consentimiento Informado.

Durante la selección de los participantes en el estudio y el desarrollo de la investigación se estableció que se mantendría la privacidad y confidencialidad, lo que se traduce en la protección de los sujetos de estudio, tal como se describe a continuación.

Privacidad: autorización de la información personal de cada uno de los docentes clínicos seleccionados para la investigación, en que se registrarán de manera anónima los antecedentes.

Confidencialidad: de los datos obtenidos en la investigación acerca de los docentes clínicos más valorados por la comunidad académica, entregando un código de identificación a cada académico: Utilizando el nombre de Docente, con la letra D y un número asignado a cada uno de los participantes: D1, D2 y D3.

La información obtenida se entregó a las autoridades de esta forma y la autora de la investigación es la única que puede reconocer a cada profesor según esta codificación. La información se mantiene en el computador de la investigadora y en su disco duro externo, protegidos ambos por clave de acceso, y manteniéndose en un lugar seguro.

4.4.3. Criterios de exclusión

Se excluye de esta investigación a los docentes clínicos que no entregan su consentimiento para participar en este estudio y aquellos que no obtuvieron el mayor número de nominaciones.

En consecuencia, se realizó un listado con las puntuaciones por frecuencia que fueron mencionadas, junto a sus atributos, estableciéndose dos primeras mayorías y un tercer lugar que resultó en empate, con lo cual se incluyeron ambos docentes. Con este total de cuatro docentes clínicos expertos se inicia el trabajo de campo que luego, y luego de unos meses por renuncia a la universidad de uno de los académicos que había empatado, queda en tres docentes.

Tabla 4: Antecedentes generales de los docentes clínicos expertos finalmente seleccionados

Dimensión	Docente 1	Docente 2	Docente 3
Experiencia profesional	37 años	17 años	20 años
Experiencia docente	20 años	14 años	18 años
Actividad docente	Docente especialista en endodoncia en curso de clínica integral del adulto V año y Curso Procesos para el ejercicio clínico odontológico tercer año.	Docente especialista en rehabilitación oral en curso de clínica integral del adulto V año y Postgrado de Rehabilitación .	Docente especialista en rehabilitación oral en curso de clínica integral del adulto V año y Postgrado de Rehabilitación.
Formación académica	Licenciado en odontología. Diplomada en Docencia Universitaria.	Licenciado en odontología. Diplomada en Educación Médica.	Licenciado en Odontología. Diplomado en Docencia Universitaria. Magíster en ciencias odontológicas.
Experiencia especialista	30 años. Endodoncista	13 años. Rehabilitador oral	15 años. Rehabilitador oral

4.5. Recolección de información

Al obtener los resultados de los docentes clínicos expertos seleccionados por la comunidad odontológica de la carrera, se tomó contacto con cada profesor elegido y se le entregó la información relativa a su participación en el estudio, recalando que toda la información se trataría de forma confidencial y puntualizando que esto se refiere a todo lo observado, manifestado a través de videos, entrevistas y registros en cuaderno de campo.

También, se les indicó que este período de observación se extendería hasta recabar toda la información necesaria, logrando una saturación de los datos, para darles tiempo, también, de formular preguntas y comentarios.

Los docentes seleccionados estuvieron de acuerdo en participar en todas las instancias del estudio y firmaron el documento de consentimiento informado, declarando su aprobación en forma verbal y escrita. En todo momento los tres profesores se mostraron entusiasmados y con buena disposición para colaborar.

4.5.1. Observación no participante

La definición de observación que menciona Kawulich (2005, p. 2), la toma de Marshall y Rossman (1989) quienes definen la observación como "*la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado*".

En este estudio se realiza la modalidad de observación no participante. Por mi situación de docente clínica actué como una investigadora sujeto no participante, conocida, ya que no hacía una intervención en los momentos de trabajo de campo, pero les resultaba familiar a los estudiantes, docentes clínicos y personal de CODUC, por ser parte del equipo de académicos clínicos y por participar de un curso de tercer y quinto año con los estudiantes.

Mi mirada tiene aspectos subjetivos, que son propios de quien observa, pero intento ser flexible y con apertura al contexto, para lograr una observación completa, procurando a medida que avanza mi experiencia en el campo una mayor selectividad en la observación en función de los objetivos propuestos.

De acuerdo con lo anterior, fue necesario informar a los estudiantes, principalmente de mi presencia, participación y sentido del estudio. Así también, esto me permitió realizar las videograbaciones sin interrupciones, ya que en algunos momentos se acercaban a pedir ayuda con sus pacientes o con dudas propias del proceso en que se encontraban en la atención clínica.

La estadía en este escenario se concentró desde octubre de 2017 hasta fines de 2018. Según la disponibilidad de los docentes seleccionados se fue realizando la observación presenciando y captando la esencia del ambiente y las interacciones entre los docentes clínicos expertos, estudiantes y pacientes, en los boxes clínicos de cada estudiante, a veces con pacientes y otras con el alumno solamente. También, en los pasillos de la clínica donde se encuentran los computadores y se pueden revisar los exámenes radiológicos.

Se realizaron las observaciones en la clínica docente, CODUC, de éstas se opta por ciento veintidós registros a través de videograbaciones seleccionadas durante este período, con un total de tiempo de 354 minutos, durante la estadía en el trabajo de campo. Finalmente, luego de evaluar los episodios se consideraron para el estudio treinta y cuatro videos que contenían los fragmentos que se consideraron valiosos por la información que daba respuestas a las interrogantes planteadas.

Los tiempos de cada jornada de grabación fueron variados, según las interacciones que se daban con los estudiantes. En general, la sesión de una mañana o tarde duraba tres horas aproximadamente, las que no necesariamente eran valiosas para el estudio, que buscaba momentos específicos y que en términos generales duraban minutos.

Todas estas grabaciones se llevaron a cabo en los cursos en que los docentes realizan su docencia clínica habitual, interactuando con los estudiantes, ya sea en exámenes clínicos de pacientes, elaborando planes de tratamiento, análisis de casos clínicos, demostraciones de equipos odontológicos, exámenes radiográficos, entre otras actividades.

El uso de las videograbaciones al inicio del trabajo de campo sorprendió a los estudiantes, pero al explicarles y recordarles el estudio, en las sesiones siguientes rápidamente se acostumbraron e incluso apoyaban con una conducta colaborativa, tratando de que otros docentes, administrativos o estudiantes que circulan en CODUC no obstaculizaran la actividad. Esta etapa se desarrolló con una favorable predisposición de todos los involucrados.

Tabla 5: Resumen de las actividades observadas de los docentes clínicos seleccionados
[Autoría de la investigadora]

ACTIVIDADES DOCENTES CLÍNICOS
Demostración de procedimientos en pacientes
Demostración de procedimientos en simulación
Análisis de evidencia científica
Análisis de casos clínicos
Clases expositivas presenciales
Retroalimentación en grupos
Retroalimentación individual
Intervenciones correctivas en procedimientos en pacientes
Evaluaciones en clínica en procedimientos en pacientes
Evaluaciones en simulación

Desde la entrada al campo se realizó un diario que se fue escribiendo paulatinamente, con anotaciones de palabras, frases, esquemas y dibujos que permitían recordar el contexto, las emociones y pensamientos que iban surgiendo, ya que era necesario dar prioridad a las grabaciones de los DCE. En mi calidad de observadora, y dadas las labores de registros, cada

sesión me permitía escaso tiempo para anotaciones, pero al volver a leerlas guiaban el análisis.

Durante la estancia en CODUC, las observaciones con videograbaciones (sin apoyo de otra persona) se realizaron con instrumentos como una tableta y/o con celular, obteniendo momentos que han permitido ir variando mi análisis, relacionando las preguntas y objetivos, dando sentido a este trabajo de campo, cada vez más cerca de las respuestas que podrían aclarar mis iniciales interrogantes.

La salida del escenario resultó compleja de definir. Buscando más información y profundizando, se percibe una sensación de que aún puede quedar indagación pendiente, como explica Robles-Silva (2012, p.3), sobre lo que “...*Quetzil Castañeda, antropóloga cubanoamericana hace la analogía del trabajo de campo como la puesta en escena de un teatro invisible*”, pensando que se llega al final de la obra, pero resulta que la investigación es dinámica y no es fácil determinar la escena final.

4.5.2. Entrevista en profundidad

Las entrevistas se realizaron en base a un patrón semiestructurado, siguiendo como guía las preguntas y objetivos de la investigación, con un guion que se abría a la información que se entregaba, entregando la oportunidad al entrevistado de ser espontáneo. Se realizaron dos entrevistas en profundidad y las breves, en la medida de lo posible, al terminar cada videograbación.

Se va generando un círculo de investigación con lo cual se va aclarando y aumentando la posibilidad de comprender los aspectos de la práctica de los docentes clínicos expertos al tener sus confirmación o aclaraciones de lo interpretado.

Como señala Blasco & Otero (2008):

...desde la perspectiva fenomenológica defendida por autores Taylor y Bogdan, la entrevista en profundidad debe entenderse como los reiterados encuentros, cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (p. 2).

Lo anterior permite captar la información, registrar y contrastar en el momento con los DCE, apreciando en forma selectiva los datos, ya que el tiempo en el trabajo de campo permite lograr mayor precisión en las observaciones. Es una importante diferencia comparando con el inicio de mis observaciones que eran generales y con escaso criterio, ya que todo me producía interés.

Y así, Blasco & Otero (2008) caracterizan la entrevista en profundidad como aquellas que:

...suelen cubrir solamente uno o dos temas pero en mayor profundidad. El resto de las preguntas que el investigador realiza van emergiendo de las respuestas del entrevistado y se centran fundamentalmente en la aclaración de los detalles con la finalidad de profundizar en el tema objeto de estudio. Aunque es la que más se caracteriza por la carencia de estructura –salvo la que el sujeto le dé- y por la no-dirección, no hay que olvidar que las entrevistas deben desarrollarse bajo la dirección y el control sutil del investigador/a (p. 3).

Para realizar las entrevistas se buscó un contexto que facilitara la conversación, sin ruidos externos y en privado, lo cual no siempre se logró, ya que en algunas situaciones propias del trabajo clínico se tuvo que realizar en espacios con estudiantes, solicitando apoyo y con el tiempo en contra. Así como también hubo instancias óptimas, en salas de seminario del edificio docente, con tranquilidad por el silencio del lugar y la intimidad que brinda un espacio solo para realizar la entrevista, sin interrupciones y con un tiempo protegido. Se

valoran estas ocasiones en que se puede hacer una entrevista en un ambiente seguro para poder obtener más información.

El objetivo de estas entrevistas fue propiciar un lugar de encuentro en que los docentes se sintieran en confianza y establecieran una alianza con la investigadora, entregando sus respuestas con naturalidad y en forma tal que se pudiesen explicar relatando detalles y pareceres de su forma de enseñar y participación en el aprendizaje de los estudiantes en la clínica.

Los tipos de entrevistas que se realizaron a los docentes clínicos expertos se detallan a continuación:

4.5.2.1. Entrevista biográfica profesional

Durante estas conversaciones se obtiene información, datos biográficos y profesionales de los académicos en estudio.

En esta situación se profundiza en sus creencias sobre la enseñanza, el aprendizaje, su labor profesional clínica y su formación tanto profesional como pedagógica.

Se realiza un guion (autoría de la investigadora) adaptado de las investigaciones de los directores de tesis, que se aplicó en cada una de las entrevistas con los académicos (ver anexo 8.6).

Las entrevistas se llevaron a cabo en el edificio de docencia, específicamente en las salas de seminario y en CODUC de la Escuela de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, dando énfasis en crear una atmósfera cómoda para los DCE, respetando sus tiempos y las intervenciones al mirar las videograbaciones de su práctica en la clínica. Retroalimentando además mis interpretaciones y compartiendo sus comentarios a propósito

de los temas que surgieron en esas observaciones y lo que ellos quisieran expresar en ese momento.

Estas conversaciones permiten indagar sobre las concepciones de los DCE en cuanto a la enseñanza y aprendizaje en el campo de la odontología, lo cual permite avanzar en la búsqueda de respuestas a las interrogantes planteadas al inicio del estudio.

4.5.2.2. *Entrevistas breves*

Durante las sesiones de grabaciones se dieron estas conversaciones, entrevistas de episodios concretos respecto a la práctica de cada docente que se lograban luego de las observaciones, casi de manera inmediata, aclarando dudas y también las interpretaciones que se fueron captando en esos momentos, tratando de dar forma a un registro de notas que fuese aprobado por el docente, generalmente posterior a la grabación de ese instante, avanzando así en el análisis.

Junto a esto, se iba logrando una relación más cercana con los DCE, ya en un tono menos formal, aportando a una mayor confianza al ser más espontánea la interacción.

4.5.2.3. *Entrevista de comprensión y análisis*

Para realizar estas citas se envió un correo electrónico a cada uno de los académicos y previamente se conversaron las fechas y horarios que permitían tener un tiempo destinado a esta actividad.

En estas reuniones se buscó confrontar con los docentes clínicos las interpretaciones que se obtuvieron al analizar las prácticas de enseñanza observadas en los videos, que realizaban en CODUC. Profundizando en los temas se descifran significados de los DCE que coinciden en ciertas ocasiones y en otras amplían las explicaciones que se encuentran. Éstas se llevaron a

cabo luego de un tiempo de desarrollo del trabajo de campo, cuando ya había una interacción con los docentes.

Los lugares en que se desarrollaron las entrevistas fueron: edificio docente, considerando salas de seminarios y sala multipropósito y en CODUC, en Clínica Integral del Adulto y Postgrado de Rehabilitación oral, todos lugares dentro del Campus San Joaquín de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Al reunirnos con cada uno de los DCE, revisamos en conjunto las grabaciones y escritos, previa selección de segmentos que graficaban en forma concreta su actuar en la docencia clínica y que la investigadora interpretaba como parte de las respuestas que buscaba, considerando los objetivos del estudio durante la selección de los videos y las entrevistas. De esta forma, se intentó determinar las creencias, fórmulas, estrategias y teorías de su práctica educativa en el contexto clínico.

Se realizaron entrevistas a tres estudiantes, seleccionados por estar participando de las prácticas docentes observadas en las videograbaciones y por su motivación para entregar su aporte a esta investigación.

Se asoció un código: A por alumno y un número 1, 2 y 3 según el docente. Y así, el A1 se pudo relacionar con las observaciones del D1 y secuencialmente cada uno de los DCE.

Las entrevistas se realizaron en escenarios que facilitarían a los estudiantes su acceso, considerando para ello cafeterías, biblioteca y en ocasiones a través de reuniones virtuales en la plataforma Zoom.

Cada estudiante revisó observaciones de las videograbaciones y se explayó en la entrevista, entregando su punto de vista, lo cual permitió contrastar con los antecedentes de la investigadora y de los docentes.

Todo lo anterior ha colaborado con la triangulación de la información obtenida y la interpretación, haciendo más profunda la comprensión de las prácticas docentes.

Tabla 6: Observaciones e instrumentos llevados a cabo por cada DCE

Docentes	Instrumentos	Nº Registros	Seleccionados
D1	Videograbaciones	46	13
	Entrevistas	3	3
	Cuaderno de Campo	30	20
D2	Videograbaciones	34	11
	Entrevistas	3	3
	Cuaderno de Campo	36	21
D3	Videograbaciones	42	11
	Entrevistas	3	3
	Cuaderno de Campo	27	27



IMAGEN 1
Entrevista con estudiante:
A3, análisis en ATLAS Ti

4.5.2.4. Cuaderno o diario de campo

El diario de campo es el instrumento de registro del investigador, son notas que ayudan a dejar constancia de los momentos que se van viviendo y de situaciones observadas o sensaciones que se producen y que luego es posible olvidar; son escritos que pueden ser esenciales para lograr una mayor descripción del objeto de estudio y organizar los datos sin perder parte de ellos al encontrarnos en el escenario de la investigación.

Monistrol (2007) lo expone así:

...la explicación detallada en el diario de campo de todo el proceso: percepciones, intuiciones y sentimientos del investigador, dificultades y

puntos fuertes del estudio, estrategias fallidas y efectivas, cambios en los guiones, resolución de conflictos etc. Puede utilizarse como un elemento más de análisis y de rigor de la propia investigación (p.3).

El cuaderno de campo permitió ir recopilando los sentimientos y percepciones al momento de ir realizando las grabaciones en video y dar una pausa para reflexionar sobre lo que está ocurriendo en la clínica docente. Se trabajó en tener los registros detallados y ordenados, con información relevante, durante todo el trabajo de campo. Cada situación puede tener un valor y ser útil al momento de la interpretación, comprendiendo el funcionamiento de las instituciones y de los sujetos de estudio.

El llevar este registro colabora con la validez y confiabilidad de la investigación y sus resultados. Llevar los datos desde el inicio, al entrar al campo, ayuda a comprender mejor los hechos y lograr interpretar los datos obtenidos. Este cuaderno es una gran ayuda -aunque suele ser difícil sistematizar el registro por la dinámica de la clínica docente- con constantes cambios de temas y movimiento físico para dar solución de parte del docente clínico experto a cada alumno que requiere su apoyo.

En este cuaderno también se dejó registro de las observaciones obtenidas con los estudiantes que colaboraron en el estudio, recabando más antecedentes sobre la práctica de los DCE.

Una ayuda que facilitó el uso del diario de campo fue utilizar palabras claves, frases o dibujos- esquemas, aplicar colores para identificar ideas, incluso a los docentes, entregando una ayuda memoria para el momento desarrollado. Así, se logró captar los significados y recordar el contexto, ya que no se puede lograr el escrito completo in situ, sino luego al terminar la sesión en el campo de la investigación, realizando comentarios en un momento de reflexión con la tranquilidad de estar en privado y recordando lo sucedido, para dar más detalles de los efectos que tiene el contexto y los docentes clínicos más valorados sobre el propio investigador.

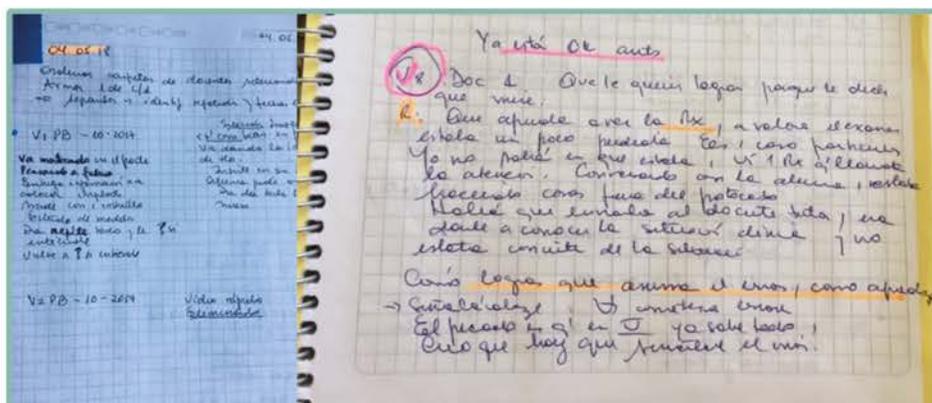


IMAGEN 2
 Registro Cuaderno de
 Campo: Análisis de
 observaciones de videos

4.6. Rigor Metodológico

Indagar en el CDC de los docentes más valorados, me ha desafiado a involucrarme en un fenómeno social, humano, con la riqueza y complejidad que implica, valorando esta forma de visualizar la investigación cualitativa

La Investigación Cualitativa tiene criterios que permiten evaluar la rigurosidad del trabajo realizado; el hecho de utilizar un conocimiento que es subjetivo y contextualizado requiere fundamentar que se ha realizado una investigación respetando criterios que avalen la calidad y en mi caso me acojo a los criterios de confiabilidad de Guba (Pla, 1999), como he dejado registro en el capítulo anterior.

Para continuar, detallo los procedimientos llevados a cabo para asegurar la calidad de los resultados obtenidos, intentando preservar el rigor metodológico y la información.

4.6.1. Credibilidad

Establece que la información recogida es real, que corresponden los datos al contexto y sujetos que han sido seleccionados. Para lograrlo se han aplicado las siguientes acciones:

- **Estadía en el contexto Clínica Docente:** permanencia por un tiempo prolongado, como observadora no participante, aunque trabajo en CODUC, y tanto colegas como estudiantes me conocen, esto colabora para que se visualice mi estadía como algo natural.

Mi paso por la clínica para lograr registrar la información ha sido de aproximadamente de ocho meses, con un tiempo aproximado de 50 horas en el trabajo de campo. Los videos que se llevaron a cabo evidenciando la forma en que desarrollan la docencia los docentes clínicos expertos son 118 videograbaciones en total, de las cuales se consideraron para profundizar 34 videos, para D1, 13 videograbaciones, para D2, 11 videograbaciones y en el caso de D3, 11 videograbaciones, junto a las entrevistas con los docentes seleccionados y los estudiantes. Los apuntes en cuaderno de campo han permitido caracterizar los momentos en el trabajo de campo, con detalles para registrar emociones, datos, etc.

- **Triangulación:** a través de diferentes métodos logro información que luego contraste, utilizando los videos, las entrevistas, documentos, junto a los investigadores (directores de tesis) y consignando en el cuaderno de campo las observaciones para integrar y construir un conocimiento más completo de cada una de ellas. Luego obteniendo la retroalimentación por parte de los DCE en una primera instancia en forma inmediata.
- Posteriormente, se volvieron a realizar reuniones de entrevista para recibir la retroalimentación de los datos obtenidos con los docentes clínicos, sujetos de estudio y con los estudiantes que en esos momentos fueron los que recibieron la enseñanza de parte de estos docentes.
- Se documentan los datos con los ejemplos atinentes y se contrastan con los directores de tesis, consolidando aquellos que entregan evidencia de lo declarado.

4.6.2. Transferibilidad

Este punto busca dar aplicabilidad a otros contextos, lo que podría lograrse, pero considerando que deben ser tenidos en cuenta el contexto como en este caso, un centro de educación y salud, CODUC y los docentes clínicos más apreciados.

Se hace una descripción detallada de los sujetos, DCE y de las situaciones acontecidas en la Clínica Docente UC.

4.6.3. Dependencia

Para lograr este criterio se consideraron los puntos indicados previamente como, criterios de selección, las estrategias de recolección de datos, el trabajo de campo realizado en CODUC, el procedimiento de análisis y fuentes empleadas.

Se da consistencia identificando al investigador, su rol y delimitando el contexto físico, social e interpersonal, de manera de tener los antecedentes en caso de replicar el estudio. Junto a esto, las descripciones son minuciosas, intentando dar el máximo de detalles de los involucrados, y sumado a lo anterior la recogida de datos se hace mostrando los pasos, análisis y triangulaciones del estudio.

4.6.4. Confirmabilidad

La importancia de dar garantía a lo dicho, es decir la verdad de los hechos, de los sujetos, etc. A través del detalle de las descripciones y dedicación a mostrar el estudio en todas sus facetas.

Inicialmente se ha dado la postura del investigador. Se da información sobre las limitantes y alcances, con lo cual se logra disminuir el sesgo. Además, se ha declarado la intención de la investigadora de objetividad y de mantener una postura que no interfiera en el desarrollo del estudio. Se adopta la neutralidad para recoger la información, con registros concretos, que

son transcripciones textuales de los participantes, sujetos de estudio. Y se hace una búsqueda de comprobación a través de los DCE y estudiantes sobre los supuestos obtenidos en videograbaciones.

4.7. Consideraciones éticas de la investigación

La investigación permite el desarrollo de la sociedad, a través de preguntas que surgen en el día a día y la búsqueda de soluciones o respuestas pone en marcha este proceso tan valioso para comprender nuestro entorno y poder mejorarlo. Para construir un proyecto de esta envergadura me apoyo en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y el informe Belmont, que establecen las normas para investigar en seres humanos, y resguardar al individuo en estudio, bajo los principios éticos de:

- Respeto por las personas
- Beneficencia
- Justicia

Principio 1, *respeto por las personas o autonomía*: este principio lo aplicamos considerando que la persona es capaz de tomar una decisión informada sobre si participa o no en el proyecto de investigación. Los docentes clínicos expertos cumplen con los elementos de autonomía tales como Habilidad de comprender y procesar la información y Voluntad de participar. En este caso no se considera la protección de aquellos con autonomía disminuida.

Se realiza el proceso de consentimiento informado y se redacta un documento que permite al docente clínico experto dar su aprobación.

Principio 2, *beneficencia*: este principio se aplica al asegurar el bienestar de los sujetos que participan en la investigación, lo que implica dos requerimientos:

- No hacer daño
- Extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos

Ante esto la participación de los docentes clínicos expertos no está expuesta a ningún tipo de daño, ni físico, ni psicológico, ni moral.

Principio 3, justicia: corresponde a la imparcialidad en la elección de los participantes. En este caso se ha realizado una selección en condiciones igualitarias y con las mismas posibilidades de participación durante la investigación.

4.8. Manejo y análisis de la información

La recolección, organización y análisis de la información ocurre desde el momento en que inicia el trabajo de campo, para lo cual se utilizan los medios de registro mencionados en el apartado de metodología. Junto a esto, el manejo de estos datos y su análisis se realiza en forma sincrónica.

Para detallar el proceso podemos considerar la importancia de reunir la información en el campo y aplicar el uso del programa ATLAS ti 8.1.3³¹, para organizar los registros de videos de cada docente y efectuar el análisis de los datos, obteniendo las primeras unidades de significado, buscando describir la situación y luego desde la reflexión haciendo la interpretación del contenido para generar los códigos y categorías.

La forma de organizar cada registro fue con el código del docente y aplicando una identificación similar a los videos (V), como, por ejemplo:

- Docente 1, video 1: D1V1
- Docente 2, video 1: D2V1
- Docente 3, video 1: D3V1

³¹ Este programa tiene diversas versiones, en el momento de este estudio esta era la última versión disponible.

4.8.1. Etapa inicial de análisis: Segmentación, Codificación y Categorización

Durante este período se realizó una frecuente revisión de los videos y entrevistas, de cada uno de los docentes clínicos seleccionados, junto al diario de campo. Además, se identificaron los temas en forma general y se buscó el CDC en los profesores que destacaban por ser valorados en la enseñanza clínica, organizando así el material para digitalizar lo pertinente.

La forma en que se trabaja la segmentación y codificación de las unidades de significado implicó ir utilizando criterios que surgen del marco teórico y del análisis de los datos obtenidos, durante el análisis de los registros de videos, entrevistas, apuntes en cuaderno de campo y documentos seleccionados, transformando la información y obteniendo conceptos sobre el quehacer de los sujetos.

Todo lo anterior se enfocó en los objetivos del estudio, capturando la connotación que cada uno de los docentes clínicos expertos da a su práctica académica en el contexto clínico.

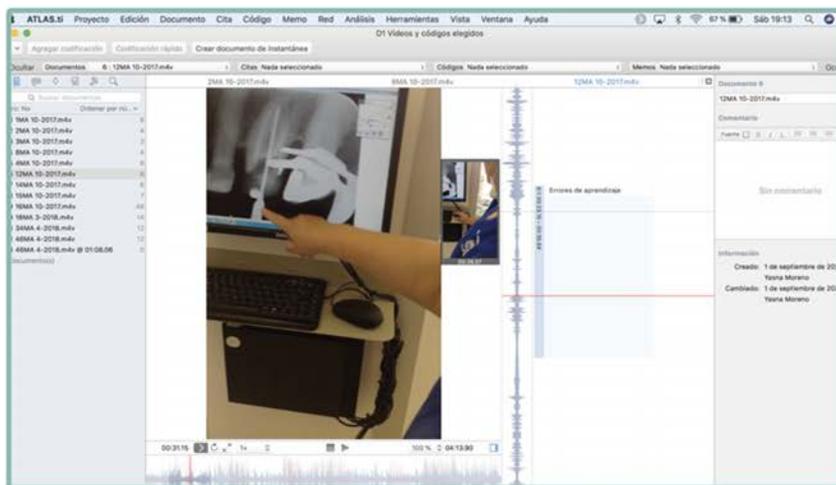


IMAGEN 3
Análisis de observaciones
en videos D1 en programa
ATLAS Ti

En lo que respecta a categorizar, como expresa Chacón, E. (2004, p. 7):

...es entendida como una operación que tiene la particularidad de agrupar o clasificar conceptualmente un conjunto de elementos (datos o códigos) que reúnen o comparten un significado, por tanto, es concebida en un nivel de abstracción superior que está más próxima a un nivel relacional conceptual que a un nivel de datos brutos.

En cuanto a la segmentación y codificación, podemos establecer que se trabajaron de acuerdo con rúbricas o etiquetas que se entregaron a partes significativas de los registros de los videos y que determinan unidades de significado que destacan para dar respuesta a la investigación y en específico a cada uno de los objetivos establecidos al inicio de este proyecto.

Así, se realiza un proceso que involucra dos operaciones mentales, que son mencionadas por Naranjo (2018) de la siguiente manera:

...diferenciadas pero complementarias: una descomposición inicial en unidades de significado, desde una perspectiva emic o dimensión descriptiva del análisis y una posterior reconstrucción sintética desde una perspectiva etic o dimensión interpretativa. Esta interacción constante, entre la significatividad subjetiva (emic) que las personas participantes en el estudio han aportado y los marcos teórico-conceptuales del investigador (etic) que han orientado esta indagación han atravesado todo el proceso de análisis constituyendo una doble hermenéutica (Giddens, 1976; Medina, 2005) con la que se ha intentado reducir la distancia cognitiva entre ambos sistemas conceptuales. (p. 87).

Lo que se traduce en un análisis circular que va en forma constante de lo inductivo a lo deductivo y viceversa. Se requieren múltiples lecturas para poder reflexionar sobre la situación vivida y comprenderla.

El proceso de establecer los códigos y categorías se va dando en forma simultánea, esto ocurre porque se van definiendo los temas o ideas que son importantes para avanzar en las soluciones a las preguntas que dan origen a la investigación, pero es un proceso que requiere dedicación y tiempo, retomando lo leído y volviendo a reflexionar para dar sentido a cada situación.

Se presentan las categorías con su código y descripción obtenidas en esta primera fase del análisis:

Tabla 7: Tabla de códigos, categorías y descripción.

Código	Categoría	Descripción
A	Anécdotas	Situaciones vividas, relatos útiles para el aprendizaje y que el docente aplica oportunamente, creando ambiente y mostrando parte de la vida profesional.
AA	Anticipación Aplicación	Proyección de contenidos, acciones o aplicaciones que conectan con la situación actual.
AD	Acceso a la docencia	Modo de insertarse en la docencia universitaria, situaciones que llevaron a integrar equipos docentes.
AN	Analogía	Relación de un simbolismo conocido para hacer comprensible una nueva situación.
ACL	Anticipación clínica	Manifestación del docente de riesgos, pronóstico del caso o acción clínica.
AND	Antigüedad docente	AAntigüedad en docencia universitaria, considerando las implicancias de conocer, aplicar, reflexionar sobre docencia.
CA	Contexto de aprendizaje	Lugar de aprendizaje, ambiente físico y emocional en que se desarrolla la enseñanza y aprendizaje.
CAL	Conocimiento del alumnado	Alusiones que hacen los DCE respecto a la importancia de conocer a los estudiantes, sus motivaciones, frustraciones, formas de aprender.
CAP	Clima de aprendizaje	Valoración del docente de factores que influyen en un buen ambiente de aprendizaje.
CC	Conocimiento del contenido	Manejo profundo del contenido disciplinar que selecciona el docente para los fines de aprendizaje.
CCOG	Conflicto cognitivo	Planteamiento de situaciones problemáticas que requieren análisis de parte del alumnado.
CD	Conceptos de docencia	Creencias del docente acerca de la finalidad de la enseñanza.
CE	Cercanía con el estudiante	Relación que favorece el desarrollo del estudiante a través de la comunicación verbal y no verbal.
CDCE	Concepción del DCE	Creencias sobre el rol docente clínico experto.
CDI	Concepción disciplinar	Concepción del docente acerca de la disciplina que imparte.

CDI	Concepción disciplinar	Concepción del docente acerca de la disciplina que imparte.
CDU	Concepción docencia universitaria	Creencias del docente de la enseñanza universitaria.
CCON	Conocimiento del contenido	Refiere al dominio de la disciplina , los saberes apropiados.
CP	Cercanía con el paciente	Alusiones a la relación odontólogo-paciente que benefician la conexión para el desarrollo la labor clínica.
CEV	Concepción de evaluación	Creencias del docente de la evaluación de los aprendizajes en la clínica
CAL	Conocimiento del alumnado	Alusiones de la importancia de conocer a los estudiantes para el logro de los aprendizajes.
CS	Conciencia situacional	Capacidad del docente para observar el entorno y evaluarlo según el quehacer del momento.
CP	Conocimiento pedagógico	Conocimiento de alternativas pedagógicas para mejorar la comprensión y práctica de los estudiantes.
CPU	Concepción del profesor universitario	Creencias del profesor universitario, imagen, función y roles.
DC	Desafío cognitivo	Planteamiento de situaciones que retan al alumno a solucionar y avanzar en su aprendizaje.
EJ	Ejemplos	Uso de ejemplos cercanos al estudiante para facilitar la comprensión de la enseñanza.
EA	Errores de aprendizaje	Uso de ejemplos cercanos al estudiante para facilitar la comprensión de la enseñanza.
ED	Explicitación de dificultad	Valoración de la dificultad para conocimiento del estudiante.
EM	Estrategias de motivación	Descripción de las estrategias para motivar el aprendizaje.
EXD	Experiencia docente	Referencia a las habilidades ganadas en el tiempo respecto a la docencia propiamente tal.
EU	Explicitación de utilidad	Manifestación del docente respecto a la utilidad del contenido y aplicación práctica.
EEE	Evidencias de enseñanza estratégica	Estrategias y pautas que ofrece el docente para concretar la resolución de problemas en la clínica.
EV	Evaluación de aprendizaje	Capacidad del docente para medir el aprendizaje.
FD	Formación disciplinar	Referencia a la formación en la especialidad, área clínica en que se desarrolla el DCE.
FDOC	Formación docente	Referencias a la formación como profesor durante la vida profesional.
ID	Integración disciplinar	Interrelación que establece el profesor con otras áreas del saber disciplinar y las manifiesta al alumnado.
IDI	Interpretación didáctica	Interpretaciones del docente de la comprensión del estudiante.
IDOC	Intuición del docente	Alusión a la intuición para la enseñanza, que permite al docente una mejor forma de enseñanza.

CS	Conciencia situacional	Capacidad del docente para observar el entorno y evaluarlo según el quehacer del momento.
CP	Conocimiento pedagógico	Conocimiento de alternativas pedagógicas para mejorar la comprensión y práctica de los estudiantes.
CPU	Concepción del profesor universitario	Creencias del profesor universitario, imagen, función y roles.
DC	Desafío cognitivo	Planteamiento de situaciones que retan al alumno a solucionar y avanzar en su aprendizaje.
EJ	Ejemplos	Uso de ejemplos cercanos al estudiante para facilitar la comprensión de la enseñanza.
EA	Errores de aprendizaje	Uso de ejemplos cercanos al estudiante para facilitar la comprensión de la enseñanza.
ED	Explicitación de dificultad	Valoración de la dificultad para conocimiento del estudiante.
EM	Estrategias de motivación	Descripción de las estrategias para motivar el aprendizaje.
EXD	Experiencia docente	Referencia a las habilidades ganadas en el tiempo respecto a la docencia propiamente tal.
EU	Explicitación de utilidad	Manifestación del docente respecto a la utilidad del contenido y aplicación práctica.
EEE	Evidencias de enseñanza estratégica	Estrategias y pautas que ofrece el docente para concretar la resolución de problemas en la clínica.
EV	Evaluación de aprendizaje	Capacidad del docente para medir el aprendizaje.
FD	Formación disciplinar	Referencia a la formación en la especialidad, área clínica en que se desarrolla el DCE.
FDOC	Formación docente	Referencias a la formación como profesor durante la vida profesional.
ID	Integración disciplinar	Interrelación que establece el profesor con otras áreas del saber disciplinar y las manifiesta al alumnado.
IDI	Interpretación didáctica	Interpretaciones del docente de la comprensión del estudiante.
IDOC	Intuición del docente	Alusión a la intuición para la enseñanza, que permite al docente una mejor forma de enseñanza.
OEXP	Observación de experiencia propia	Referencias a la experiencia que el profesor tiene de su camino docente.
P	Personalidad	Rasgos del académico que favorecen la relación con el estudiante.
PE	Pensamiento experto	Explicitación de la forma en que el docente clínico experto razona.
PPA	Preocupación por el alumno	Explicitación del DCE por atender las necesidades del alumno.
PPP	Preocupación por paciente	Explicitación del DCE de atender las necesidades del paciente.
PVA	Pensamiento en voz alta	Explicitación del pensamiento del docente cuando está en una situación de aprendizaje
RA	Reflexión en la acción	Capacidad del docente de analizar su actuar en la situación clínica.

OEXP	Observación de experiencia propia	Referencias a la experiencia que el profesor tiene de su camino docente.
P	Personalidad	Rasgos del académico que favorecen la relación con el estudiante.
PE	Pensamiento experto	Explicitación de la forma en que el docente clínico experto razona.
PPA	Preocupación por el alumno	Explicitación del DCE por atender las necesidades del alumno.
PPP	Preocupación por paciente	Explicitación del DCE de atender las necesidades del paciente.
PVA	Pensamiento en voz alta	Explicitación del pensamiento del docente cuando está en una situación de aprendizaje
RA	Reflexión en la acción	Capacidad del docente de analizar su actuar en la situación clínica.
RC	Recapitulación conocimiento	Síntesis de actividades previas que se relacionan con las actuales y que permiten relacionar conocimientos previos.
RD	Resolución dudas	Interés por resolver las consultas, aclarar situaciones teóricas y clínicas.
RG	Representación gráfica	Uso y valoración de dibujos, esquemas y otros para explicar contenidos y procedimientos.
RPP	Relación práctica profesional	Relación que establece el docente de las acciones del curso y la práctica y futuro profesional.
RPPR	Recursos pedagógicos profesionales	Recursos pedagógicos basados en exámenes y dispositivos de la profesión que permiten la comprensión de contenidos y acciones propias del área.
RPC	Resolución problemas clínicos	Entrega de soluciones para la situación clínica específica.
RET	Retroalimentación	Retorno de información que realiza el docente sobre su proceso de aprendizaje al estudiante y plan para avanzar en el logro esperado.
RT	Rigurosidad terminológica	Uso de lenguaje técnico, propio de la disciplina.
TCA	Trabajo Clínico asistencial	Labores de la profesión odontológica externas al campo docente.
TRAY	Trayectoria	Valoración que hace el docente de su historia profesional.
VP	Valoración positiva	Demostración de logro que reconoce al estudiante en su avance de aprendizaje y formación integral.

Al revisar las categorías se detecta que existen similitudes en los docentes clínicos que han sido elegidos como los más destacados y, también, diferencias, que hacen a cada docente particular y único.

En la siguiente matriz se visualizan las frecuencias de las categorías emergentes por docente clínico:

Tabla 8: Frecuencia de unidades de cada profesor

Código	Categoría	D1	D2	D3
A	Anécdotas	1	1	0
AA	Anticipación Aplicación	3	4	0
AD	Acceso a la docencia	1	1	1
AN	Analogía	1	0	0
ACL	Anticipación clínica	6	5	9
AND	Antigüedad docente	1	1	1
CA	Contexto de aprendizaje	1	5	1
CAL	Conocimiento del alumnado	1	1	0
CAP	Clima de aprendizaje	2	2	4
CCOG	Conflicto cognitivo	5	1	0
CD	Conceptos de docencia	1	1	1
CE	Cercanía con el estudiante	1	2	1
CDCE	Concepción del DCE	1	1	1
CDI	Concepción disciplinar	1	2	1
CDU	Concepción docencia universitaria	1	1	1
CCON	Conocimiento del contenido	1	8	8
CP	Cercanía con el paciente	1	1	0
CEV	Concepción de evaluación	0	1	0
CAL	Conocimiento del alumnado	1	1	1
CS	Conciencia situacional	1	4	2
CP	Conocimiento pedagógico	1	1	1
CPU	Concepción del profesor universitario	1	1	1
DC	Desafío cognitivo	5	1	3
EJ	Ejemplos	1	1	0
EA	Errores de aprendizaje	7	1	2
ED	Explicitación de dificultad	3	1	2
EM	Estrategias de motivación	1	1	1

EXD	Experiencia docente	1	1	1
EU	Explicitación de utilidad	2	2	1
EEE	Evidencias de enseñanza estratégica	3	1	7
EV	Evaluación de aprendizaje	0	1	0
FD	Formación disciplinar	1	1	1
FDOC	Formación docente	1	1	1
ID	Integración disciplinar	4	1	3
IDI	Interpretación didáctica	2	1	1
IDOC	Intuición del docente	0	1	0
INTD	Interrogación didáctica	1	2	1
MAV	Medios audiovisuales	1	1	1
MOD	Modelo docente	1	1	0
MOT	Motivación	1	0	0
OEXP	Observación de experiencia propia	1	1	0
P	Personalidad	0	1	1
PE	Pensamiento experto	10	17	1
PPA	Preocupación por el alumno	1	6	1
PPP	Preocupación por paciente	1	1	0
PVA	Pensamiento en voz alta	4	2	0
RA	Reflexión en la acción	1	1	1
RC	Recapitulación conocimiento	1	0	0
RD	Resolución dudas	1	1	1
RG	Representación gráfica	0	0	1
RPP	Relación práctica profesional	1	1	0
RPPR	Recursos pedagógicos profesionales	2	2	2
RPC	Resolución problemas clínicos	3	3	3
RET	Retroalimentación	3	3	3
RT	Rigurosidad terminológica	2	3	1
TCA	Trabajo Clínico asistencial	1	1	1
TRAY	Trayectoria	1	1	1
VP	Valoración positiva	1	1	0
	Total	102	109	76

4.8.2. Segundo nivel de análisis: Núcleos temáticos

Luego de dar definición a las categorías, se hace un análisis más profundo. El proceso de la investigación permite al agrupar las categorías del primer nivel con una temática similar, y relacionarlas generar núcleos temáticos, lo cual implicó una nueva mirada, comparando y buscando similitudes tanto de estructura como de teoría.

El programa ATLAS Ti colabora con la herramienta administrador de códigos, y se buscan los temas establecidos por los DCE, obteniendo la densidad de códigos presente.

A través de los núcleos temáticos obtenidos es posible acercarse a entregar respuestas a las preguntas planteadas y poder cumplir los objetivos de este estudio.

Se presentan las metacategorías:

- Creencias del DCE sobre la enseñanza en la clínica docente.
- Contexto seguro para la enseñanza y el aprendizaje en clínica.
- Formación disciplinar y pedagógica del DCE.
- Manifestaciones del CDC en DCE.

Los antecedentes reunidos producto de las respuestas de los estudiantes para seleccionar a los DCE permiten formular la dimensión *Características de los DCE que contribuyen al aprendizaje*, permitiendo apreciar qué factores son importantes desde la mirada del alumno para avanzar en el aprendizaje.

La dimensión definida como *Contexto seguro para la enseñanza y aprendizaje en clínica* representa las acciones y opiniones para crear un ambiente de confianza emocional y físico para el aprendizaje de los estudiantes en el contexto de la clínica docente.

El DCE presenta al estudiante opiniones, actitudes y situaciones que considera son útiles para enseñar y para el aprendizaje, lo que se sintetiza en la dimensión *de Creencias del DCE para la enseñanza y el aprendizaje*.

El camino realizado por los DCE, personal, profesional y académico para llegar a la docencia clínica se explica a través de las dimensiones de *Formación disciplinar del Docente Clínico Experto* y *Formación pedagógica*, que permiten traducir lo que piensa y realiza el profesional experto en el área de la odontología.

La dimensión definida como *Manifestaciones del CDC en la práctica clínica* menciona los recursos, estrategias y materiales que el DCE selecciona para transformar el conocimiento en algo fácil de comprender por el estudiantado.

A continuación, cada núcleo y sus componentes:

Tabla 9: Núcleo temático 1

CREENCIAS DEL DCE SOBRE LA ENSEÑANZA EN LA CLÍNICA DOCENTE: Concepciones, actitudes y experiencias del DCE pavra colaborar con el aprendizaje del estudiante.
Antigüedad docente
Conceptos de docencia
Concepción del DCE
Concepción de evaluación
Conocimiento del alumnado
Concepción del profesor universitario
Experiencia docente
Intuición del docente
Modelo
Personalidad
Trayectoria

Tabla 10: Núcleo temático 2

CONTEXTO SEGURO PARA LA ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE EN CLÍNICA: Actitudes y opiniores del DCE para lograr un ambiente óptimo de aprendizaje.
Contexto de aprendizaje
Clima de aprendizaje
Cercanía con el estudiante

Cercanía con el paciente
Estrategia de motivación
Valoración positiva

Tabla 11: Núcleo temático 3

FORMACIÓN DISCIPLINAR Y PEDAGÓGICO EN DCE: Preparación en áreas de la especialidad, academia y experiencias personales del DCE.
Acceso a la docencia
Conocimiento del contenido
Concepción disciplinar
Conocimiento pedagógico
Explicitación de utilidad
Evaluación de aprendizaje
Formación disciplinar
Formación docente
Observación de experiencia propia
Trabajo clínico asistencial

Tabla 12: Núcleo temático 4

MANIFESTACIONES DEL CDC EN DCE: Medios por los cuales el DCE logra hacer comprensible el contenido y llevarlo a la práctica clínica, facilitando el aprendizaje a los estudiantes.
Anécdotas
Anticipación aplicación
Analogía
Anticipación clínica
Conocimiento del alumnado
Conflicto cognitivo
Conciencia situacional
Evidencias de enseñanza estratégica
Ejemplos
Interpretación didáctica
Interrogación didáctica
Medios audiovisuales

Pensamiento experto
Pensamiento en voz alta
Reflexión en la acción
Recapitulación de conocimiento
Resolución de dudas
Representación gráfica
Relación práctica profesional
Recursos pedagógicos profesionales
Retroalimentación
Resolución de problemas clínicos
Rigurosidad terminológica

En las entrevistas con los estudiantes se observan algunas coincidencias y diferencias entre las categorías contrastadas con los docentes. Esto recuerda lo singular del individuo y su forma de enseñar.

A continuación, se exponen las tablas contrastando la información obtenida entre el DCE y el estudiante, destacando las coincidencias:

Tabla 13: D1 con A1

En DCE 1 se observan frecuentemente las siguientes categorías:	Se contrasta con lo que observa el estudiante A1:
Cercanía con el estudiante	Anticipación clínica
Cercanía con el paciente	Clima de aprendizaje
Conocimiento del contenido	Cercanía con el estudiante
Conocimiento pedagógico	Conocimiento del contenido
Clima de aprendizaje	Conocimiento pedagógico
Desafío cognitivo	Explicita errores
Evaluación de aprendizaje	Explicita utilidad
Motivación	Motivación
Personalidad	Personalidad
	Retroalimentación

Tabla 14: D2 con A2

En DCE 2 se observan frecuentemente las siguientes categorías	Y se contrasta con lo que observa el estudiante A2:
Cercanía con el paciente	Anticipación de aplicación
Conocimiento disciplinar	Anticipación clínica
Conocimiento pedagógico	Cercanía con el estudiante
Explicitación de utilidad	Cercanía con el paciente
Evaluación	Clima de aprendizaje
Interrogación didáctica	Explicitación de utilidad
Modelo	Integración disciplinar
Personalidad	Interrogación didáctica
Retroalimentación	Personalidad
Trabajo clínico asistencial	

Tabla 15: D3 con A3

En DCE 3 se observan frecuentemente las siguientes categorías	Y se contrasta con lo que observa el estudiante A3:
Conocimiento disciplinar	Clima de aprendizaje
Conocimiento pedagógico	Ejemplos
Clima de aprendizaje	Integración disciplinar
Personalidad	Resolución de dudas
Preocupación por el estudiante	Recursos pedagógicos profesionales
	Retroalimentación

CAPÍTULO 5

RESULTADOS





Fuente: www.flickr.com/photos/alfaroba/36106249894

5. RESULTADOS, lo que se obtuvo

“Sólo hay un bien, el conocimiento, y sólo una maldad, la ignorancia”

- Sócrates

5.1. Presentación

A continuación, en este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el proceso de análisis e interpretación de la información, realizando una descripción de la evidencia que se ha recogido, para vincular y relacionar con los antecedentes teóricos y empíricos.

Este estudio surge en la búsqueda de respuestas para las interrogantes planteadas:

1. ¿Qué características del docente clínico contribuyen al aprendizaje según los estudiantes?
2. ¿Cómo se han formado estos docentes destacados para aplicar de manera eficaz en su práctica el conocimiento didáctico del contenido?
3. ¿Qué capacidades y características en relación con la docencia consideran importantes para el aprendizaje de los estudiantes los docentes clínicos más valorados?
4. ¿Cómo los docentes clínicos más valorados transforman sus conocimientos disciplinares y profesionales en formas que sean pedagógicamente comprensibles por los estudiantes?
5. ¿Cómo contribuye el CDC al perfil del docente clínico?

Y en la búsqueda de cumplir los objetivos como reconocer y definir las dimensiones y manifestaciones del Conocimiento Didáctico del Contenido que se observan en los docentes clínicos expertos de la carrera de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

5.2. Resultados en base a las dimensiones obtenidas

Luego de revisar las relaciones entre lo obtenido de los DCE y lo declarado por los estudiantes, se analizan los resultados según cada pregunta establecida y las dimensiones seleccionadas para entregar más antecedentes y guiar una respuesta a lo planteado.

La pregunta inicial se responde desde lo declarado por los estudiantes, al seleccionar a los docentes clínicos más valorados y la dimensión Contexto Seguro para la enseñanza y aprendizaje en clínica.

La interrogante 2 se aborda a través de las dimensiones Formación disciplinar y Formación pedagógica del DCE.

La pregunta 3 se plantea desde la dimensión Creencias del DCE sobre la enseñanza y el aprendizaje en la clínica docente.

En el caso de la pregunta 4, se responde por medio de la dimensión Manifestación del CDC en la práctica clínica.

Finalmente, la interrogante 5 se aborda desde los antecedentes iniciales entregados por los distintos estamentos de la comunidad odontológica y las dimensiones de las manifestaciones del CDC en los DCE.

Tabla 16: Interrogantes del estudio y sus dimensiones de respuesta

INTERROGANTES		DIMENSIONES
1	¿Qué características del docente clínico contribuyen al aprendizaje, según los estudiantes?	Características de los DCE que contribuyen al aprendizaje. Contexto seguro para la enseñanza y aprendizaje en clínica.
2	¿Cómo se han formado estos docentes destacados para aplicar de manera eficaz en su práctica el conocimiento didáctico del contenido?	Formación disciplinar y Formación pedagógica del DCE.

3	¿Qué capacidades y características en relación con la docencia consideran importantes para el aprendizaje de los estudiantes los docentes clínicos más valorados?	Creencias del DCE sobre la enseñanza y el aprendizaje en la clínica docente.
4	¿Cómo los docentes clínicos más valorados transforman sus conocimientos disciplinares y profesionales en formas que sean pedagógicamente comprensibles por los estudiantes?	Manifestación del CDC en la práctica clínica.
5	¿Cómo contribuye el CDC al perfil del docente clínico?	Manifestaciones del CDC en la práctica clínica.

Para entregar los resultados en esta etapa y continuando con la protección de la identidad de los docentes clínicos elegidos por la comunidad odontológica, se identifican como D1, D2 y D3. En el caso de los alumnos se utiliza la letra E.

Debido a que el contexto fue la Clínica Odontológica Docente UC, donde se realizaron los registros de videos de las prácticas pedagógicas de los académicos, se utilizará su nominación como CODUC.

Las fuentes de recolección como los videos serán anotadas con la letra O, las entrevistas realizadas se identificarán con las letras EN y los registros en diario de campo como DC. Para comprender la forma de exponer los resultados, los fragmentos textuales irán en letra cursiva y las aclaraciones y/o comentarios de la investigadora entre corchetes.

Así, la forma de presentar los resultados será tal como se muestra a continuación:

- O: Observaciones
- EN: Entrevistas
- DC: Registros en diario de campo
- V: Videos con registro de tiempo
- P: Paciente
- E: Estudiante

- PR: Preguntas
- []: comentarios de la investigadora entre corchetes

El ejemplo siguiente muestra cómo se da la representación:

OV3D1-2: 00:14.76

Entonces, tenemos que en este caso O: indica la observación en V: video, del D1, docente uno, en el documento primario 2, en la unidad de significado: 00:14.76

5.3. Características del DCE que contribuyen al aprendizaje, Contexto Seguro para la enseñanza y Aprendizaje en clínica

Los estudiantes perciben en sus docentes clínicos personalidades, actitudes, conocimiento y otros factores que son relevantes para su aprendizaje. Hay coincidencia en lo que han expresado sobre estas características, según se desprende de la siguiente tabla:

Tabla 17: Características de un DCE según la comunidad odontológica (Elaboración propia)

PERSONAL	Paciente apoya genera ambiente agradable, buena relación con los pacientes, respetuoso, altruista, paternal, entrega valores, interesado por los alumnos, humano, cercano, empático, excelente trato, trabajador, cordial, educado, motivador, comprometido, comprensivo, buen humor, tranquilo, asertivo, aboga por el estudiante, organizado, aconseja, fomenta la confianza, crea un ambiente ameno, detallista, positivo, trato humano, humilde, simpático, entusiasta, alegre, apasionado, participa en servicio voluntario, agradable, buena persona, buena voluntad, jugado por los alumnos, leal, seguro, ético, justo, relajado, no humilla, dispuesto, pendiente de los alumnos.
-----------------	--

DISCIPLINAR	Argumento, experto en su área, calidad en la entrega de conocimiento, conocimientos profundos, conocimiento continuo, estudioso, riguroso, integra conocimientos, seguro en sus conocimientos, exigente en el desempeño, experto, prepara bien las clases, responde con bases, interroga antes, de la sesión, muestra evidencia, corrige, motiva a investigar, estimula el aprendizaje continuo.
PEDAGÓGICA	Involucrado en el aprendizaje, busca que el estudiante aprenda, disposición a escuchar, pasión por la enseñanza, claro en sus explicaciones, permite desarrollar autonomía, preocupado por resolver, disponible, exigente, metódico, didáctico, realiza feedback, retroalimenta constantemente, permite el autoaprendizaje motiva al aprendizaje, dispuesto a enseñar, práctico en su metodología, capacidad de enseñar, enseña responsabilidad, innovador, crea clima de aprendizaje positivo, guía el procedimiento, hace refuerzo positivo, elabora crítica constructiva, sutil para corregir, objetivo, enseña a no rendirse, potencia al estudiante, educa.
EXPERIENCIA CLÍNICA	Entrega tips de su experiencia clínica, preocupado por los pacientes, entrega conocimiento para la vida profesional, profesional, maneja su área clínica, manejo del paciente, da ejemplo, aplica soluciones clínicas, criterioso con los pacientes, manejo de situaciones complejas, capaz de resolver problemas, todo terreno, demuestra lo que enseña, innovador en situaciones clínicas, perfeccionista.

Esto da cuenta de la perspectiva de los estudiantes, que se enfoca en aspectos personales para permitir y facilitar el aprendizaje en la clínica. El elemento pedagógico también se considera entre los principales, ya que el poder transmitir el conocimiento para un estudiante puede ser esencial en su progreso académico.

El resultado obtenido coincide con los resultados que muestra la literatura, en el trabajo de Ávalos-Ávalos, Pérez-Villalobos, Hechenleitner-Carvalho, Vaccarezza-Garrido, & Toirkens-Niklitschek (2020), se destaca que tanto los estudiantes como los docentes coinciden en considerar los mayores atributos a los relacionados con los humanos, personales y las actitudes, siendo más relevantes que las características académicas y disciplinares.

Cuando existe un contexto seguro se crea un clima de trabajo óptimo para desarrollar el aprendizaje. Los estudiantes relatan cómo ellos valoran contar con la tranquilidad para realizar las tareas en lugares estresantes como la clínica y gran parte de esta posibilidad la brinda el tutor clínico, ya que, si establece o crea un clima de aprendizaje seguro, estimula a los estudiantes a mejorar, a preguntar, a participar, y avanzar en sus objetivos.

Este contexto implica el lugar, la infraestructura, materiales, instrumental, desde lo físico y lo emocional que brinda principalmente el docente clínico y cada uno de los integrantes de la comunidad que conforma la clínica.

5.3.1. Contexto y clima de aprendizaje seguro en Clínica

El Contexto Clínico corresponde al lugar físico, infraestructura, participantes, docentes, estudiantes, pacientes y el personal de apoyo, que permite crear el Clima de aprendizaje, es decir, las relaciones y comunicaciones que se establecen entre los protagonistas de la enseñanza-aprendizaje, ambos fundamentales para configurar un ambiente propicio para el crecimiento del estudiante en la clínica.

En el siguiente ejemplo, D1 entabla un análisis de un caso clínico, y evidencia su capacidad de crear un ambiente relajado, con humor y logrando despertar el interés del estudiante:

OV34D1-11:12 04:58.49

D1: ...ahí te cuento cómo hacemos el detalle...

E: Sí cómo reconstruir...

D1: ...que no se nos vaya ...reconstruye y después haces tú cavidad³² común y corriente

E: Ya...pero ahora hay que mentalizarse que no vamos a llegar a la pulpa³³ ...

D1: Bueno, nos vamos a mentalizar entonces

[D1...le sonríe al estudiante... detecta algo que luego me explica y es que el estudiante no tiene clara la complejidad y ella ha decidido ir paso a paso, (más lento de lo habitual) para darle oportunidad a que comprenda la situación y que debe hacerlo así, para que quede muy claro este caso, porque es probable que lo vea en varias otras oportunidades y debe saber lo que puede ocurrir y cómo solucionarlo, esto acompañado de un trato amable y con humor]

Los estudiantes valoran la dedicación de los DCE en el momento que están con ellos, esto crea un contexto positivo para el aprendizaje y los alumnos perciben que el docente está motivado a enseñarles, lo cual agradecen. Un ambiente así los motiva a responder y esforzarse, se genera un vínculo que permite un mayor interés por responder a las metas de aprendizaje propuestas en un curso clínico.

El espacio clínico es el contexto de los estudiantes de este estudio. Se presenta en la siguiente exposición de A1 su reflexión frente a uno de los videos presentados conversando sobre el contexto de enseñanza y aprendizaje en la clínica.

EV3A1_D1: 3:36 14:53.46

A1: Yo creo que en el contexto de la clínica quizás una de las situaciones más importantes es el tema de la incertidumbre... la clínica se caracteriza por no...por no haber... por así

³² Se refiere a un procedimiento para llegar al centro del diente.

³³ Sección del diente que contiene los vasos sanguíneos y nervios, algo así como el corazón.

decirlo, seguridad en muchas cosas, o de presentarte obstáculos que no habías previsto...y por lo tanto eso...emmm... eso exige que la relación con el docente sea una relación, no sólo de respeto... sino que también de un cierto grado de cercanía, porque el alumno se tiene que exponer frente al docente, cuando no sabe algo o no hizo algo bien....entonces, en esta relación que es un contexto bien específico...porque la clínica se caracteriza por presentar obstáculos inesperados, en esos obstáculos inesperados si uno no tiene una buena relación con el docente es muy poco probable que uno consulte o se quiera exponer . Y aun así y si uno lo hace y la recepción no es buena, es poco probable que uno aprenda lo que podría aprender si el docente en el fondo tiene las características de la doctora.

Es la clínica un lugar dinámico y con desafíos cognitivos, procedimentales y de relaciones. En este caso el estudiante hace un análisis de D1 en cuanto al clima que ella genera y con el cual potencia al estudiante a desarrollarse a plenitud, sin interponer barreras y sobre todo estimulando una buena relación profesor-estudiante.

En el siguiente ejemplo de D2 vemos que está enseñando una técnica de deprogramación³⁴, en que se manipula la boca del paciente y que modificó D2, desde su experiencia, para facilitar el registro, y comparte su saber con la estudiante

D2: Abra un poquito...muy sueeeelto...eso...ahí muy relajado...muy relajadito, relajadito
Sin tensar...no haga ningún esfuerzo muscular...ningún esfuerzo muscular...suelte...suelte...deje que yo lo manipule...no tense la musculatura...vamos cerrando...ahí, mantenga ahí...abra...mira ahí están mis puntos.

[En este episodio la D2 realiza el procedimiento clásico para deprogramar y además incorpora su propia forma de realizar la acción que permite facilitar el método inicial y que no es fácil para un estudiante replicar, entonces se valora no sólo la demostración, también el aporte de la docente que quiere entregar, sus conocimientos y permitir la adquisición de esta destreza. (Cuaderno de campo)]

³⁴ La deprogramación es una técnica que ayuda a tener una posición de registro de como cierra la boca el paciente.

La forma en que se relaciona D2 con el estudiante, a través del paciente, muestra una actitud positiva hacia el proceso de enseñanza y aprendizaje, con paciencia y de forma cuidadosa. En tanto, se observa al estudiante dispuesto a aprender, en un contexto emocional que favorece su formación.

Además, en el caso de D1 encontramos la situación que se presenta a continuación, donde se observa su atención al paciente y paralelamente a dos estudiantes; los dos buscan que D1 les guíe:

OV14D1-7:1 00:53.01

E1: Si no lo pongo en este de acá...

E2: [se encuentra buscando una radiografía para mostrar a D1]

[D1 da indicaciones para responder a los dos estudiantes, lo cual es habitual en la clínica docente, así también se ve cómo el DCE no se impacienta por la presión y asigna tiempos para cada uno]

[En esta observación se ve cómo D1 está dispuesta y atenta a las necesidades de los estudiantes y crea un clima emocional de confianza, para que cada uno de los alumnos sienta que puede contar con ella. En esta instancia D1 recibe el llamado de dos estudiantes en forma simultánea]

La pregunta que se formula a D1 refleja en su respuesta la consideración que tiene por el respeto y la confianza en un clima de aprendizaje:

¿Qué considera Ud. esencial en el contexto de la clínica para un ambiente propicio de enseñanza-aprendizaje?

Fundamental que el estudiante respete a su paciente y no sólo lo considere un medio para desarrollar sus competencias clínicas. También, por cierto, que el estudiante sienta

confianza en su profesor respecto de las indicaciones que le entrega y, por cierto, que estas indicaciones sean efectuadas con el mayor tino posible, sin involucrar al paciente.

Por otra parte, es muy relevante contar con todos los insumos e instrumental necesario.

ED1:1:6

Un ambiente que propicie la enseñanza y aprendizaje en odontología clínica requiere de varias cosas, D1 valora lo que se refiere a los materiales, instrumentos, equipos propios del quehacer odontológico, y suma a ello actitudes que son personales del estudiante y del docente, las considera parte de un todo que beneficia el aprendizaje y crea espacios de confianza para satisfacer las demandas de los pacientes y estudiantes.

El contexto de la clínica docente se sabe complejo y dinámico, porque está muy cercano a la realidad profesional, y tiene el propósito de proveer al estudiante un entorno seguro de aprendizaje, permitiéndole vivir las experiencias propias de la profesión odontológica, tanto disciplinares como genéricas. Como señala Illesca, Cabezas, Nuin, & Jürschik. (2020,p. 1), *“Las competencias genéricas corresponden al trabajo en equipo, análisis crítico de la información, liderazgo, tomas de decisiones, respeto, entre otras”*. Y lo mencionado con la colaboración de los docentes, la infraestructura apropiada, personal de apoyo y todo, generando un clima emocional positivo y con la posibilidad de equivocarse y corregir, sin sentir por ello que ha fracasado, simplemente está capacitándose para realizarlo en el momento indicado de forma autónoma y correcta.

5.3.2. Cercanía con el estudiante

Una de las tareas que se visualiza en los programas de odontología en Chile, es formar un profesional integral, no sólo entregándole enfoque disciplinar, sino sumar lo actitudinal en la búsqueda de formar un profesional íntegro para la sociedad. Para ello, la actividad docente es primordial y requiere una relación cercana con el estudiante, que se consolide un nexo de confianza para potenciar todos los aspectos que este profesional debe lograr.

Son los estudiantes quienes mencionan como una característica muy valorada esta proximidad del DCE que les permite transitar por un contexto clínico que brinda un clima emocional seguro para ir creciendo en su formación profesional.

En el siguiente ejemplo se visualiza a D1 con un estudiante, analizando un caso clínico:

OV1D1-1.1 00:00.36

D1: Como eres la única que le falta retratamiento³⁵...que andábamos buscando... para qué... si no nos sirve ese paciente, veamos qué caso podemos hacer...

E: Voy a buscar...

D1: Ya...para que no te quedes atrasada, ...porque si no...¿y este quién te lo mandó?

E: Del internado

D1: ¡Ah! Ya ...así que tiene incluso rehabilitador y todo

En este ejemplo se ve cómo colabora el docente con la estudiante, pendiente de que tenga un paciente para cumplir requisitos clínicos que le permiten pasar el curso, con lo cual, interpreto que el docente siente cercanía con la estudiante, al preocuparse por su situación y eso lo demuestra al señalar que es necesario conseguir un paciente para que pueda continuar avanzando en su programa de curso. Este acompañamiento cercano facilita para cooperar con el estudiante que va atrasado en sus labores, así, permite detectar situaciones que pueden ser solucionables oportunamente.

En otra instancia D1 nuevamente está atenta a la atención de la paciente y demuestra su preocupación:

³⁵ El retratamiento se refiere a un procedimiento del área de endodoncia, (conocida como especialidad de tratamiento de conductos)

OV3D1-3:1 00:13.29

D1: Ponle el eyector³⁶... [luego se acerca a la estudiante, alejada de la paciente y en voz baja comenta la situación crítica que observó, esto cuidando a la paciente y a la alumna]

D1: Como que ahí se puso peligrosa la cosa...

E: No... si me di cuenta

D1: Hay que tener cuidado porque está muy alto...y entonces, a lo mejor ... va a haber que repetir la obturación

[En las circunstancias presentadas se visualiza que D1 se relaciona con el estudiante según las condiciones, tanto en lo físico como en lo verbal, buscando acompañar y guiar en los errores o dificultades que van sucediendo en la clínica. Es cercana al cuidar la información que le va a transmitir, el tono de voz que utiliza y el lugar en que lo hace, por lo cual atribuyo cercanía tanto en lo físico como en lo que comunica este docente. Es una situación difícil para el estudiante, ya que al decir: “se puso peligrosa la cosa”, le advierte que lo que sucede es de cuidado y no ve que ella lo considere así; la docente detecta que durante el procedimiento han ocurrido fallas que se deben solucionar y la estudiante presenta una actitud desafiante y con dificultad para reconocer el error y subsanarlo]

En la entrevista, E1 resalta la intención de D1 al observar un episodio en que está interactuando con él:

EV3A1_D1: 3:2 01:15.80

E1: ...la idea de esta actividad está totalmente centrada en el alumno...no está centrada... ni siquiera... que igual uno podría pensarlo...mostrar en cuánto yo sé...está centrada, primero, en el fondo por la tercera raíz, está centrada en que yo averigüe cosas, me está

³⁶ Dispositivo que tiene por función absorber saliva.

dando opciones a mí...pero me está dando a elegir también... entonces siento que ella la forma en que ejerce la docencia el primer objetivo es el alumno...

En esta fase de la entrevista E1 explicita lo que se ha observado en el trabajo de campo, la importancia de la cercanía para un aprendizaje centrado en el estudiante, y concuerda, además, con lo que D1 ha declarado al ver este episodio de video grabación.

Al entrevistar a D2, sintetiza lo que considera para un contexto seguro de trabajo en la clínica:

ED2-2:13

¿Qué considera Ud. esencial en el contexto de la clínica para un ambiente propicio de enseñanza-aprendizaje?

Instalaciones adecuadas (infraestructura, materiales e instrumental adecuado).

Docentes clínicos con gran experiencia clínica y formación en docencia.

Disponibilidad de pacientes.

Buenas relaciones interpersonales alumno-paciente-docente-asistentes.

[En la entrevista, D2 menciona el lugar físico como parte de un entorno que permite seguridad para trabajar con estudiantes y pacientes, además, realza que los académicos tengan dos características que coinciden con lo referido por estudiantes y docentes en la encuesta de selección de los DCE: experiencia clínica y la formación docente; para D2 este punto es parte de un contexto seguro y las buenas relaciones interpersonales, recordando que en CODUC son diferentes actores los que intervienen y con todos en algún momento se interactúa]

Al mirar un fragmento de un momento en la clínica, en la entrevista E3 expresa con D3:

EV8E3_D3:8:4 01:31.78

E3: Bueno...primero...la distancia entre las dos personas es bastante cercana...entonces, eso ya permite...eh...como más confianza...también un ...como por lo que yo alcanzaba a

ver del video...ambos estaban sentados en un espacio bien cercano, daba harta gesticulación, asentía harto durante la presentación, eso permite que el alumno se vaya explayando...

Confirma que D3 tiene actitudes que permiten una cercanía física, con la atención que pone al estudiante al estar presentando un caso clínico en el computador; y con los gestos que va realizando mientras le presentan la situación del paciente, va dando confianza al estudiante para que pueda ir entregando más información y haciéndolo de forma relajada y no de manera intimidante.

5.3.3. Cercanía con el paciente

La odontología es una profesión al servicio de otros, busca dar salud a las personas y sobre todo aliviar el dolor, es ahí donde se crea por parte del DCE un modelo fundamental para el estudiante que observa cómo el tutor clínico se relaciona con el paciente. Este vínculo que se forma entre el paciente y el cirujano-dentista está basado en la confianza y el respeto. Para Rangel Galvis (2011), se debe asistir al paciente como un ser humano, integrando lo biológico, lo psicológico y cultural, no sólo lo biomédico, reduciendo esta relación a los aspectos de la enfermedad, lo cual fue durante muchos años la forma de entablar la relación.

Para Eriksen (Rangel Galvis, 2011), los modelos de enseñanza-aprendizaje en odontología deben estar centrados en el paciente y describe cuatro modelos:

- a. Paciente al servicio de las necesidades y requerimientos del estudiante: *currículum* tradicional.
- b. El perfil de tratamiento integral dirigido por especialistas modelo informativo.
- c. El tratamiento centrado en las necesidades percibidas y entendidas por el paciente, reconociendo su autonomía e integridad.
- d. Un modelo de enseñanza centrada en el paciente bajo los más altos estándares de calidad: centrado en los conocimientos, destrezas, habilidades clínicas y atributos

profesionales, en el que se otorga un reconocimiento a las obligaciones con la mejor práctica hacia sus pacientes.

Estas alternativas de enseñanza-aprendizaje se atisban en la docencia clínica de la odontología, y es visto como natural tanto para estudiantes como para los académicos, según su experiencia y madurez, dicho esto porque los docentes que se han considerado para el estudio tienen predominantemente el modelo centrado en el paciente bajo estándares de calidad, y mantienen una actitud constante de preocupación por el bienestar integral de cada uno de ellos.

Debo mencionar que en docentes con menor experiencia en la docencia lo que he visualizado va más por el lado del tratamiento dirigido por especialistas y centrado en las necesidades del paciente.

Reflexionando en lo que se valora de los DCE, se detecta que tienen una forma de relacionarse con el paciente que propicia el desarrollo de la enseñanza y permite al paciente tener autonomía para hacerse cargo de su salud, así, el estudiante va tomando parte de esta relación y se da una un acercamiento espontáneo al paciente al observar las conductas de los docentes más valorados.

En dos de los tres docentes del estudio se destaca esta categoría. Lo observamos en diferentes situaciones clínicas, una de las características que va demostrando cada docente seleccionado tiene relación con el respeto por la persona, sea paciente, estudiante, colega, etc. Al realizar las video grabaciones y las entrevistas, su comportamiento tiene una gran inclinación por proteger al ser humano, sobre todo en el paciente ya que invade su cuerpo, la enfermedad que es parte de su vida. Parecen saber que un buen profesional influye positivamente en el paciente y el avance de su recuperación, siendo el trato amable un factor que manejan y aplican en forma continua frente a sus relaciones y procedimientos.

OV26D2- 11:1 0023.63

[En esta situación el D2 va a evaluar a la paciente examinádola de forma intraoral, demostrando respeto y cuidado con sus procedimientos]

D2: Permiso... vamos a ver un poquito [delicadamente moviliza los labios]

Muerda por favor... permiso ...abra...un poquito más grande... eso bien sueltcito el mentón

Suelte...un poquito ...suelte un poquito el mentón, no haga ningún esfuerzo

[En esta situación clínica, D2 es cortés y rigurosa en el examen clínico, tiene un cuidado en cada movimiento que realiza y solicita la autorización de la paciente para realizar los procedimientos, esto se ve cada vez que se realiza una video grabación o cuando observo sin realizar una grabación]

En otro momento D1 analiza una situación radiográfica, pero no deja de estar preocupada de la paciente:

OV2D1-2: 4:04:38-55

D1: Acá mira...donde estás... Llévate a la paciente [dado que ve en la radiografía una situación incorrecta realizada por la estudiante, se preocupa de la paciente que está en el box de radiografías, y se debe trasladar al sillón dental a la brevedad...]

[Al observar a D1 y ver su atención en la paciente, se vuelve a repetir una situación que corrobora la preocupación por cuidar a la paciente y evitar que esté en una situación incómoda y que además requerirá un procedimiento extra por el error de la estudiante]

En otro caso, D2 tiene por objetivo apoyar en un procedimiento a la estudiante, pero se observa cómo da prioridad a la atención del paciente, preocupándose de detalles en la

atención odontológica: el saludo, la forma como pregunta, el interés que se observa al acercarse al paciente y lo que hace para protegerlo de posibles derrames de material que sabe puede ocurrir durante la acción clínica que va a realizar. Luego, le da este ejemplo al estudiante para que lo tenga presente siempre que realice un procedimiento con sus pacientes, es una forma de enseñar, demostrando y dando su lugar al paciente como centro de la atención odontológica.

OV13D2-7:6 00:18.53

D2: Hola, ¿Cómo está?. ¿Qué tal?...ya [saluda a la paciente]

Mira...Siempre vamos a usar uno de estos como pechera [se refiere a un papel que protege la zona de trabajo del paciente (pecho)]

E: Ah Ya...

D2: Saque el tarrito...entonces... vamos a colocar esto por debajo,... arriba le puedes colocar toallita, pero siempre esto por debajo permeabilizando si mojas agua o cualquier cosa... encima el papel, siempre todos los pacientes así...la pechera plástica abajo y encima este, protegemos la ropa...para que no se ensucie...Siempre todos los pacientes así...[va haciendo todo el proceso para que la estudiante mire y aprenda y refuerza con sus palabras, en función de cuidar al paciente]

[Al observar este momento de actuar con la paciente, D2 inicialmente parte enseñando la forma correcta de proteger del procedimiento que va a realizar la estudiante, entregando no sólo el conocimiento para hacer correctamente la técnica, agregando más valor a su enseñanza con el cuidado del paciente en otros aspectos, haciendo un trabajo integral de atención al paciente, lo cual deja ver que es necesario considerar diversos aspectos en el cuidado del paciente y que además requiere esmero para hacerlo con calidad]

Para el estudiante, participar con el DCE en las actividades diarias de un profesional permite ir aprendiendo con la observación; por ejemplo, el trato con el paciente, toma de decisiones,

gestión del tiempo, aspectos que son parte de la práctica habitual. Para Millán (2008), existen dominios nucleares que se deben tomar en cuenta y que entregan una síntesis de lo que conforma a un profesional:

- Profesionalismo: valores, actitudes, conductas y ética profesional
- Conocimientos científicos
- Habilidades clínicas
- Habilidades relacionales y comunicativas
- Salud poblacional y sistemas sanitarios
- Gestión de la información
- Pensamiento crítico e investigación

En cada situación clínica observada los DCE daban cuenta de alguno de estos dominios o varios a la vez. Al ser la clínica docente muy variada en los casos clínicos que se presentan los conocimientos científicos, se deben abordar con rapidez y aplicar con habilidad, esto acompañado de la ética profesional va dando a los estudiantes modelos de profesionales idóneos en ejercer su labor y va dejando una huella en estas generaciones que reciben la enseñanza.

5.3.4. Estrategia de motivación y valoración positiva

En todo ámbito, la motivación es esencial para progresar, pero quizás en la educación superior sea un eje fundamental para lograr los aprendizajes necesarios para la vida profesional. Los profesores universitarios convivimos a diario con estudiantes y esperamos que sean motivados, apasionados y curiosos, entre otras características, todo en función de potenciar los factores que los llevarán a ser profesionales de calidad.

Debido al cambio de roles del profesor y del estudiante, en estos momentos la enseñanza y el aprendizaje centrado en el alumno implica un accionar diferente al realizado cuando el profesor era una fuente de conocimientos y el estudiante un receptor de la información que le entregaba el docente. En este estudio se observa que es necesario el manejo de estrategias

que estimulen al estudiante a seguir aprendiendo, a mejorar y no frustrarse con las dificultades habituales de la clínica.

Rinaudo, De La Barrera, & Donolo (2006) destacan el rol del contexto y el autoconcepto del alumno para resaltar el tema de la motivación y según lo que observamos en los DCE, la forma que éstos utilizan estrategias para motivar a los estudiantes, llevándolos a profundizar en sus conocimientos y lograr un aprendizaje que les sea perdurable, que vaya más allá del rendimiento del curso o asignatura.

Para González (2013) la autoestima tiene una función en el bienestar general y se relaciona con un mejor desempeño en lo educativo y lo laboral. Además, hacen notar que existe una nutrida bibliografía que vincula el autoconcepto del alumno con el éxito académico. Considerando una relación bidireccional entre autoconcepto y rendimiento, se estipula que al tener un autoconcepto positivo, la aceptación del individuo y su entorno va aumentando la motivación al aprendizaje.

Los estudiantes de esta generación tienen valores y principios que demuestran interés por el planeta, por la justicia y la equidad, son idealistas, pero también se observa la facilidad que tienen para frustrarse. En el área de la odontología esto se manifiesta cuando llegan a la clínica docente, al enfrentar un paciente y sobre todo al realizar procedimientos que requieren habilidades y destrezas que están desarrollando. Al buscar el camino rápido al éxito y la gratificación inmediata, (Martin, Ibáñez, Tagliabue, & Zangaro, 2009), este proceso de aprendizaje les resulta agobiante porque no todos tienen el talento para progresar rápidamente.

En momentos claves de tomar decisiones en la clínica, los estudiantes reciben de parte de los DCE palabras de afirmación y frases motivadoras, expresiones claras de ánimo que los alientan, obtienen mayor seguridad, lo que se advierte durante el año del curso. Para los autores mencionados, generar ambientes de aprendizaje que favorecen los roles actuales de los estudiantes y docentes tiene que ver con la voluntad y predisposición a que ocurra, lo cual

sería fuertemente dependiente de los docentes, así se podría establecer un clima motivante, con respeto y estímulos acorde a las situaciones que se presenten.

A continuación, un ejemplo de valoración positiva de D1 se observa con una sola palabra y transmitiendo a través de la comunicación no verbal la aprobación de lo manifestado por el estudiante es suficiente para dar pie a que el alumno pueda continuar expresando su pensar y decisiones que cree son acertadas.

OV16D1-9:15 07:45.52

E: Posterior al procedimiento de obturar³⁷

D1: Perfecto

E: lo que yo haría sería controlar ...esta obturación en el fondo en el tiempo y ver si esto empieza a osificarse³⁸ o genera un proceso contrario de inflamación, que se vería radiolúcido³⁹.

D1: Ya...

[Al señalar su aprobación, el estudiante se torna más confiado y comunicativo. En general el D1 va entregando palabras y gestos que dan pistas al estudiante acerca de su desempeño]

Además, se va dando una razón para motivarse al logro, de forma que el estudiante no pierda la dirección de su propósito tanto para el paciente como para él. Se le da energía con la valoración positiva y se le encausa a seguir la dirección correcta de su formación.

³⁷ Corresponde a dejar sellado el diente, protegido.

³⁸ Se refiere a formar hueso, lo que sería favorable.

³⁹ Se refiere a que no repara y da una imagen en la radiografía de color negro.

En otra situación, la D2 está con el paciente y estudiante, para examinar prepara el entorno de trabajo, dando indicaciones de cómo se hace y lo va realizando para que el estudiante observe y asimile la enseñanza.

D2: Ahí sí...Cierre...no haga ningún esfuerzo...súper tranquilo [palpa los músculos] ...abra...al máximo...cierre, otra vez...cierre...otra vez...cierre...otra vez...ya...muerda atrás con las muelitas...apriete...suelte...apriete..suelte...apriete...otra vez apriete...permiso, abra por favor, muerda un poco, muerda. [la docente se sitúa en el box del estudiante, adopta su rol de profesional y realiza un examen clínico riguroso, va realizando maniobras que son habituales y otras que muestran que son para ese paciente y su condición de salud]

En varias observaciones de los DCE se entrecruzan las categorías, como en este caso de D2 que se refiere a la interrelación de la retroalimentación y la motivación con la valoración positiva.

ED2-2:21

“Siempre al terminar de hacer un procedimiento creo que es fundamental el feedback inmediato, a veces cuesta tener el tiempo para hacerlo, sobre todo en clínica y con varios alumnos, pero es clave retroalimentar inmediatamente del ejercicio clínico. Eso tiene gran efectividad y el alumno lo valora mucho. Se pueden corregir todos los detalles in situ. Si lo hacemos en otra sesión no tiene la misma efectividad.”

También, es relevante hacer saber cuando algo estuvo mal, para que el alumno se prepare más (se puede dar una tarea individual para reforzar). ¡Asimismo, hay que felicitar cuando algo ha estado muy bien! Cuando algo ha estado muy bien en la clínica me gusta mucho poner al alumno como ejemplo y que los otros estudiantes vengan a ver el resultado de su trabajo. ¡Creo que eso es un refuerzo muy positivo al trabajo bien hecho!

[Resalta D2 la importancia de la retroalimentación, y el refuerzo positivo cuando alcanza el logro esperado. Todas las personas necesitamos que nos reconozcan y los estudiantes lo

valoran y esperan un cumplido por el trabajo bien realizado. Esto apoya un contexto seguro y propicio para el aprendizaje. D2 da cuenta de hacer sobresalir al estudiante en un momento dado y compartir con los otros alumnos ese avance, que desde mi punto de vista permite percatarse que es posible llegar a realizar la tarea]

Para favorecer el desarrollo del estudiante, es necesario el conocimiento disciplinar y el conocimiento pedagógico del docente, junto a otros elementos que se dan en el contexto clínico, pero ambos, unidos, pueden brindar un espacio apto para que se logren los objetivos académicos, que requiere considerar los aspectos propios de los alumnos para orientar la forma de motivar y valorar los aspectos observados en el actuar de los estudiantes.

En los casos en que no existe la motivación, los resultados serán diversos, no asegurando los logros esperados, y al referirme a la motivación lo hago desde el punto de vista del estudiante y también del docente, como mencionan Núñez, Fajardo, & Díaz (2010), una acción docente motivadora, esa capacidad de mostrar interés por el aprendizaje de los estudiantes y guiar para que sigan adelante, de forma entusiasta, clara, incentivando y reforzando el aprendizaje, esto se traduce en mejores calificaciones y aprendizajes más profundos.

5.4. Creencias del DCE para la enseñanza y el aprendizaje

El docente clínico refiere una serie de pensamientos, creencias y actitudes que se reflejan en su forma de considerar y actuar en el proceso de enseñanza-aprendizaje. En la clínica observa y guía el desempeño de los estudiantes para ajustar ese proceso, pero para llegar a tener el manejo de esta evolución transcurre tiempo, tanto en su vida personal, profesional, y académica, así va construyendo una manera de plasmar en acción la enseñanza.

C. Álvarez & Navas (2020) expresan que:

El proceso educativo en su totalidad está influenciado por creencias y percepciones de los docentes que se reflejan en la enseñanza, en el aprendizaje y, por ende, en la evaluación. Estas representaciones pueden surgir de sus vivencias o no ser originadas por conocimientos científicos, por lo que son consistentes y duraderas en el pensamiento y su accionar individual. En el ámbito universitario, estas subjetividades también pueden explicar muchas decisiones y actuaciones de los docentes, generadas en función de su experiencia, como resultado de su formación o como repetición de esquemas aprendidos durante su etapa estudiantil (p. 83).

Las creencias involucran a los estudiantes, al académico y al proceso de enseñanza-aprendizaje, así, en este estudio resaltan temas que para el DCE son esenciales en la clínica y que favorecen el progreso de los estudiantes, lo que se observa y van expresando en las entrevistas durante el trabajo de campo, colaborando en comprender los registros con los diferentes instrumentos.

Serrano (2010, p. 271) comparte que en el caso particular de los profesores de Universidad, el conocimiento sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje se forma a partir de la experiencia docente y de los modelos de socialización secundaria que les hacen repetir, sobre todo en el comienzo de sus carreras docentes, los esquemas de enseñanza de sus antiguos profesores. Por ello, en este caso sería correcto hablar de creencias sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En el caso de D2 se plantea la interrogante: ¿Qué características tuyas cree Ud. hacen que sea un buen docente clínico?

“Me encantan mis especialidades, disfruto mucho lo que hago y lo que hago clínicamente con mis pacientes lo hago con mucha preparación, responsabilidad y profesionalismo. Hago bastante ejercicio clínico de mis especialidades y eso creo que le da mucha confianza al alumno. Se nota mucho la experiencia y el manejo clínico de los pacientes”.

[En este diálogo interpreto que las características personales son una base fuerte para la docencia y junto a ellas las habilidades y destrezas profesionales. D2 refuerza esta idea al hacer énfasis en la creencia de que el ejercicio clínico fuera de la Universidad es parte de un DCE, lo cual daría confianza al estudiante. Y en mis observaciones visualizo estas destrezas de los DCE y cómo el estudiante admira sus capacidades y aspira a tenerlas, esforzándose al atender al paciente]

Luego, D2 agrega en esta entrevista:

“En segundo lugar, me gusta mucho enseñar, me apasiona, eso sí, soy muy exigente y he tenido que desarrollar mis habilidades blandas, viendo a mis pares cómo se relacionan con los alumnos. He aprendido mucho de ellos. Acostumbraba a ser muy exigente y muy distante y dura con mis alumnos, pero gracias a Dios he mejorado eso poco a poco y he logrado un equilibrio con los años, de manera de mantener la exigencia y la excelencia en la educación, pero al mismo tiempo ser más humana y cercana a los estudiantes. No asustarlos y alejarlos. También, mi formación en docencia me ha servido mucho, ha sido fundamental para ser una mejor docente”.

[En esta parte de la entrevista a D2, distingo la perspectiva que tiene del tiempo, al ir perfeccionándose tanto desde lo pedagógico, lo profesional y lo humano. La humildad del docente de reconocer el camino recorrido muestra su transformación, la capacidad que tiene el ser humano de superarse y esto en beneficio de otros, los estudiantes, la docencia.]

Relata que ha logrado un equilibrio entre la exigencia y el buen trato con el alumno, que puede lograr buenos resultados al hacer este cambio y que la formación docente le ha sido útil y ha podido aplicarla.

Frente a la pregunta ¿Qué características tuyas cree Ud. hacen que sea un buen docente clínico? D1 nos habla sobre cómo genera el vínculo con los estudiantes y cómo con sus características facilitan para lograrlo.

“Primero me agrada y entretiene enseñar.

¿a qué te refieres?: no es monotonía, me agrada relacionarme con personas, entregar lo que sé me motiva, especialmente al estudiante que se inicia en el área. Tengo paciencia, porque los jóvenes tienen problemas propios de la juventud, etapa de afirmar su personalidad, es complejo relacionarse con alguien mayor, a mí no me resulta complejo, lo entiendo, veo cómo cambia el lenguaje, de un año a otro, una palabra tiene otros significados, también mis hijos me ayudan por lo que no entiendo, escucharlos, mirar que hay días y días, cada uno es un mundo distinto y me relaciono bien con los jóvenes”

[Para D1 la relación con los estudiantes contribuye a ser un mejor docente clínico, generar un vínculo con ellos facilita el conocerlos porque son únicos y tienen problemas propios de la edad. Cuando he realizado las videograbaciones contemplo la forma en que entrega su enseñanza, con dedicación, con paciencia, con agrado veo que conversa no sólo de la disciplina, también suma su tiempo a conocer a los alumnos en otras facetas]

Las principales cualidades en las que coinciden la mayoría de los tutores son paciencia, empatía, ser accesible y ser sensible a las necesidades de aprendizaje de cada estudiante, en conjunto con conocimientos sólidos y valóricos (Palma, Williams, & Santelices, 2020). Lo dicho se corrobora con lo observado en el trabajo de campo: los DCE dan muestra de su conocimiento profundo de la materia y entregan ejemplo de valores y principios, creyendo en una formación integral.

La pasión por la enseñanza es un tema recurrente en la literatura al referirse a docentes destacados. Desde la perspectiva de los registros en video, registros escritos y la observación en general puedo atestiguar que los DCE en este estudio son vehementes con su enseñanza. Esta forma de realizar su labor para muchos es considerada como una condición constitutiva de buenas prácticas de enseñanza, esto lo expresa Flores, Yedaide, & Porta (2013) y se menciona en las características que los estudiantes y docentes manifestaron al seleccionar a los docentes clínicos más valorados en este estudio.

5.4.1. Antigüedad docente y experiencia docente

La experiencia docente no va de la mano de los años ejerciendo esta labor, o mejor dicho el tener muchos años de docencia no implica una experiencia positiva y de profundo conocimiento y aplicación que resulte en una enseñanza óptima.

En nuestro país, sólo hace unos años se ha instaurado la idea de capacitar a los docentes de las diferentes escuelas o facultades de odontología en temas pedagógicos. En el ámbito disciplinar tienen una formación sólida, en la mayoría de los casos especialistas en un área de la odontología. Como indican Estévez, Valdés, Arreola, & Zavala (2014) esto es coincidente, ya que en su artículo se refieren al conocimiento en relación con los procesos de enseñanza y aprendizaje de los docentes de su país, ha sido por los modelos de profesores que tuvieron cuando estaban estudiando.

La experiencia puede ser un camino de mucho aprendizaje para el docente clínico. En los DCE se observa que han tomado conciencia del tiempo que llevan ejerciendo su profesión y que esos años han dado la posibilidad de perfeccionarse, de reflexionar sobre las necesidades que tienen para continuar mejorando la docencia que imparten. Alliaud (2010) hace referencia a este tema.

Lo declarado va mostrando la necesidad de ser flexibles en la forma de enseñar, y que la buena experiencia se va dando con los años en la medida que reflexionamos sobre estos puntos: qué enseñamos, para qué, en qué contexto, etc., en clínica esto es observado en los DCE que transforman su enseñanza según cada caso clínico, según el estudiante y el contexto.

La experiencia clínica de los DCE seleccionados es amplia, tienen un trayecto tanto en lo disciplinar como en la docencia, lo cual aprecian los estudiantes que se han consultado y aquellos que han dado su opinión al momento de seleccionarlos.

En el siguiente fragmento, A3 da su mirada sobre la capacidad que tiene D3 para colaborar con un aprendizaje más certero y evitar errores que cometió, lo cual puede ser útil para los que están comenzando en la vida de la clínica odontológica.

EVA3_D3: 7:3 02:03.12

A1: ...entregar todo lo que él sabe y también muchas veces él... como que nos cuenta de sus fracasos como para...para evitar que nosotros caigamos en esos mismos ...como...en esos mismos defectos o cosas así...pero siempre como en pos de hacer un tratamiento correcto.

Los DCE tienen la honestidad para decir no sólo sus logros en lo clínico, junto a ello orientan a los estudiantes sobre situaciones o procedimientos que han debido corregir porque no dieron los resultados esperados, y en este fragmento, D3 me comentaba que con los años de trabajo que lleva puede entregar a sus alumnos diferentes experiencias que los ayudarán en su presente como aprendices y luego como profesionales.

En una de las entrevistas con D1 se interroga sobre ¿Cómo ha sido su formación para enseñar en la universidad?

ED1_1:3

*“Partí aún no titulada, siendo ayudante de la Profesora de Cátedra⁴⁰, quién me transmitió mucho de su experiencia (me transmitió confianza en lo que yo sabía a este minuto inicial,) tenía conocimientos, pero no la confianza, me dio la posibilidad y responsabilidad de hacer acciones más complejas, de a poco... me fue dando confianza, diciéndome tú puedes... y que debía actualizarme, en constante formación...esto hace más de treinta años.
Luego de titulada fui haciendo cursos cortos de formación en el área docente, hasta que cursé el Diplomado en Docencia Universitaria”*

⁴⁰ Corresponde al cargo máximo en un área de especialidad en la Universidad de Chile

Así se reconoce la existencia de un mentor, que fue ejemplo para D1 y además con los años los DCE continúan perfeccionándose, han probado diferentes formas de transfigurar y actualizar sus conocimientos, están habitualmente repensando su docencia, en una búsqueda que les permita entregar su enseñanza con calidad. Así también, ven que la experiencia es necesaria en el estudiante, el hecho de repetir procedimientos les va entregando más habilidades y detectando sus deficiencias y fortalezas.

El DCE se entusiasma con su quehacer, con los años trabajados en docencia, es un desafío cada nuevo curso, cada grupo de estudiantes con el que tienen contacto y así van consolidando su práctica y su experiencia, va acumulando historias, anécdotas, relatos de su actividad que nutren la enseñanza, comentando los aspectos que han resultado favorables y aquellos complejos y las frustraciones que han vivido. La magia de enseñar de los DCE se ha logrado en la práctica, con el tiempo y se ha pulido gracias a su constante reflexión y búsqueda de mejoras en su quehacer.

Los DCE también mencionan en este camino de años y experiencia a los colegas profesores que admiraron y sin duda a los que no quieren imitar, este es un punto que llama la atención en ellos, discriminar las buenas prácticas de enseñanza para no caer en aquello que ellos consideraron negativo en su formación de pregrado y postgrado.

El D3 cuenta cómo hace que sus estudiantes en clínica aprendan:

“Herramientas, buen ambiente, mini seminarios, muestro ejemplos, demuestro para que pregunten, los ayudo, trato de que sean autónomos, les empiezo a cuestionar, les doy experiencias de vida, los cuestiono respecto a su decisión para que se vuelvan autónomos”.

[En este extracto de la entrevista destaco las experiencias de vida que expone el D3, él va utilizando sus vivencias tanto profesionales como personales para motivar a los estudiantes, para darles razones a lo que están haciendo en la clínica. Lo que avala que los años van entregando al DCE más instrumentos para realizar su docencia]

Los profesores permiten articular el conocimiento teórico con el práctico, llevarlo a la acción y ajustarlo, facilitando el hacer a un estudiante que está en formación (Spoletti, 2014). La efectividad que entrega el DCE puede estar dada por dos áreas: preguntar y explicar, así la comunicación es esencial para el paciente y el estudiante en este entorno de clínica docente.

5.4.2. Conocimiento del alumnado

Los cambios en la Educación Superior involucran de manera importante a los estudiantes. Hoy en día se produce la entrada a las aulas universitarias de un perfil heterogéneo, con características diferentes en cuanto a raza, etnia, idioma, edades y estrato socioeconómico entre las más sobresalientes. A esto sin duda se suma el uso de las nuevas tecnologías y la comunicación, son jóvenes en su mayoría nativos digitales y con gran tendencia a la frustración.

Los DCE valoran esta diversidad y la necesidad de conocer a los estudiantes, no sólo en los aspectos académicos, también en los temas valóricos, intereses fuera del aula universitaria, sentimientos, aficiones, necesidades, vulnerabilidad, etc.

Los estudiantes viven un proceso de crecimiento personal; en la Educación Superior son adultos aún en busca de su identidad y los DCE van reconociendo en ellos su singularidad.

ED1-1:2

¿Qué características Ud. considera que en los docentes clínicos son importantes para hacer una docencia de calidad?

“Conocer en profundidad el tema que se enseña, pero, sobre todo conocer a los estudiantes a los que se entregan los conocimientos”.

D1 se explaya en este punto, mostrando no sólo el interés, sino también cómo es capaz de detectar los cambios que tienen los estudiantes en el transcurso del tiempo que está en contacto con ellos:

“Trato, en la medida de lo posible, conocer a los estudiantes y saber qué les motiva o qué les preocupa, sin entrometerme en su vida privada, pero me preocupa el cómo está el estudiante un día determinado en que, por ejemplo, si le veo más taciturno o al revés más alegre. En general, pretendo que no tenga miedo de preguntar si algo no tiene claro o bien si cometió algún error. EDI1:14”

[En esta parte de la entrevista, D1 se detiene y piensa antes de hablar, dándole importancia desde mi apreciación a lo que comparte, con palabras que denotan cariño por su quehacer, para los estudiantes; se da cuenta de que es un ambiente de estrés y que el alumno puede sentir miedo de expresar preguntas o comentar y equivocarse. En general, esto se observa en nuestros estudiantes y probablemente es porque han sido alumnos destacados en sus colegios y la educación superior universitaria es más exigente con estudiantes tan capaces como ellos y otros aún mejores, se detecta la inseguridad y los DCE al conocer estos temas tienen el talento para manejar las situaciones complicadas, porque conocen a los jóvenes]

En entrevista con D2, éste se refiere a los estudiantes desde su perspectiva:

Investigadora: Cuando pregunta al estudiante, ¿cuál es la idea?

D2: Que dé opinión, manifieste inquietudes, que participen.

Investigadora: ¿Son curiosos sus alumnos?

D2: A veces, son más bien retraídos. Les estamos haciendo más evaluaciones formativas.

Tienen miedo a una mala nota.

Investigadora: ¿Por qué cree que tienen miedo a una mala nota?

D2: No quieren tener notas bajas, no saber algo.

Investigadora: Desde el punto de vista de la evaluación ¿son parejos los estudiantes?

No, hay dos grupos, generalmente trabajan en parejas, hay un grupo que se destaca.

Investigadora: ¿Cómo sabe que se destaca?

D2: Por su seguridad, calificaciones, actitudes y desenvolvimiento en la clínica.

Investigadora: ¿Ha aprendido algo nuevo de enseñar?

D2: Sí, no colocar tanta evaluación sumativa, más compartir con el grupo, sin evaluación asociada. Tuvimos una conversación con ellos y nos dieron retroalimentación: son competitivos y nos pidieron menos evaluaciones sumativas.

Durante mis observaciones noté lo dedicados que son los DCE, no sólo en obtener buenos resultados clínicos con sus estudiantes, igualmente buscan conocerlos en lo que respecta a su vida personal y con ese conocimiento logran motivar e interesar a los estudiantes, enfocándose en los aspectos de interés que ellos han manifestado y ofrecer un sentido a lo que es necesario aprendan y apliquen.

Para el A1 los DCE conocen las necesidades de los estudiantes y las orientan facilitando el aprendizaje; también colaborando con situaciones propias de la clínica, por ejemplo, como relacionarse con los pacientes. (Notas de cuaderno de campo)

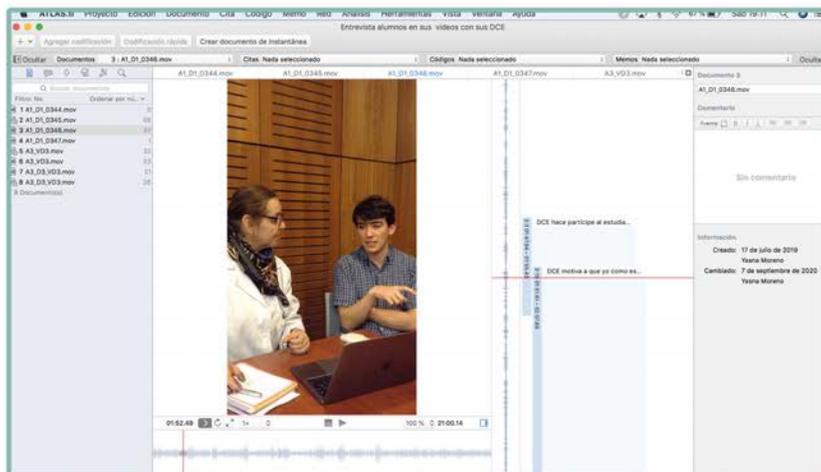


IMAGEN 4:
Entrevista con A1 sobre
observaciones de D1,
contrastando información.

5.4.3. Intuición docente

Los DCE declaran que durante el inicio de su carrera como profesores universitarios mucha de su enseñanza parte desde su intuición y experiencia personal en la práctica diaria. Con escasa formación pedagógica y sí con conocimientos de la disciplina, lograron entregar la enseñanza en sus primeros cursos, pero se fueron percatando de cómo podían lograr conectar con los alumnos y con el entusiasmo inicial, más los aprendizajes de profesores que les sirvieron de modelo, además de las reflexiones sobre su época de estudiantes y qué habrían requerido de sus docentes. Continuaron así progresando.

Los propios docentes declaran desde su experiencia personal cualidades que colaboran de forma importante con la enseñanza y con esa capacidad de saber cómo hacer las cosas. (Notas de cuaderno de campo)

“Cuando comencé a hacer docencia clínica en pregrado no tenía ninguna formación en docencia, todo fue muy intuitivo, aprendía por modelaje cómo mis profesores de postgrado eran conmigo y yo trataba de hacer lo mismo con mis estudiantes. Trataba de transmitir mis conocimientos lo mejor posible, me preparaba bastante para eso”. ED2-2:8

En este fragmento de la entrevista, D2 hace alusión a la intuición, parte importante del quehacer del profesor inicialmente, luego se perfecciona con más conocimiento, pero la intuición lo acompaña para descifrar situaciones nuevas que debe enfrentar en la dinámica de la enseñanza.

La forma en que se decide presentar un contenido muestra la intuición del docente para seleccionar sobre bases de conocimiento y creencias, fórmulas para lograr el objetivo de determinado contenido, en un grupo definido de estudiantes, junto a las necesidades, fortalezas y debilidades de ellos.

5.4.4. Modelo y personalidad

Cada situación de enseñanza-aprendizaje es novedosa, y dentro del desarrollo de la enseñanza la realidad de lo que sucede en cada escenario de clase resulta impredecible y enigmático. Así como cada docente es diferente, existen alumnos diferentes que en ocasiones presentan actitudes inapropiadas, las cuales el docente debe resolver y afrontar al instante para que la actividad se torne en un ambiente armónico.

Maroto (2011, p. 60) en sus conclusiones resalta que “El docente de clínicas se convierte en un modelo a seguir, inclusive es calificado por algunos estudiantes como importante para que se tenga agrado por la disciplina”.

Un ejemplo de modelo docente lo observamos en la siguiente situación que se da en la clínica con D2:

OV10D2-5:2 00:22.45

[la docente se encuentra al lado de la paciente con un aspecto de seguridad y amabilidad en la atención, la estudiante apoya la acción y observa]

P: Ud. dice que no sea removible⁴¹ ...eso va atornillado?...
D2: Sí...con implantes⁴² ...se puede hacer algo atornillado⁴³ ...pero obviamente los costos son mucho más altos... [D2 sonríe y apoya su brazo en la paciente...va dando la explicación]
Y es con implantes...primero hay que hacer un procedimiento quirúrgico... [va gesticulando también para mayor comprensión de la explicación]
...donde uno coloca unas fijaciones en el huesito...y posteriormente a eso atornilla todo... pero igual la opción de removible es muy buena...así que vamos a ver cómo está todo...

⁴¹ El paciente habla de una prótesis removible, que se saca y se puede colocar según disponga la persona.

⁴² Dispositivos colocados al interior del hueso que reemplazan las raíces de los dientes y pueden ser rehabilitados para colocar la parte que se ve en boca del diente.

⁴³ Alternativa que permite rehabilitar con dispositivos fijos que instala el dentista.

[La estudiante está atenta a todo lo que la D2 realiza, lo que dice, cómo lo dice, sus movimientos, mirada constante con la paciente, todo lo que la hace ser atenta y profesional con la paciente]

El docente debe saber controlar o manejar su personalidad y relaciones de manera asertiva, debe mantener una buena relación con sus compañeros y sus alumnos debido a que es en la organización de formación donde pasa la mayor parte de su tiempo, esto es observado en los DCE que son habitualmente consultados por otros docentes, no sólo en temas de conocimiento, también en cómo manejar relaciones.

Al conversar con D2 sobre un posible modelo docente, se le consulta, ¿Qué características Ud. considera que son importantes en los docentes clínicos para hacer una docencia de calidad?

ED2-2:1

Considero que hay varias características deseables que debería tener un docente. En primer lugar, que tenga la especialidad formal en el área que enseña (título obtenido de una universidad que imparta la especialidad) y que sea un docente que haga ejercicio clínico de la especialidad, eso creo que es relevante, es decir, que todo lo que enseñe provenga de su formación académica formal y de su ejercicio y experiencia clínica.

En segundo lugar, que tenga habilidades blandas y buena actitud para enseñar. Vocación y amor por la docencia, que disfrute al momento de transmitir conocimientos. Que tenga buen trato y relación tanto con sus pares, otros docentes, con los alumnos y con los pacientes. Eso es fundamental para el trabajo en equipo, para aportar. También es importante la humildad, en el sentido de saber que siempre nos podemos equivocar, que otros nos pueden enseñar y que siempre tenemos que estar dispuestos a aprender.

En tercer lugar, formación académica en docencia es una gran herramienta para poder enseñar mejor.

El modelo que considera D2 tiene características mencionadas por los estudiantes, docentes y directivos al realizar la selección de los DCE. Se refiere a que debe ser especialista en un área clínica, lo cual en promedio son dos años de formación, esto, junto a el ejercicio clínico, ya que la teoría no es suficiente para un desempeño en la docencia clínica, es experiencia propia de quien imparte la enseñanza.

Luego, determina la importancia de las habilidades llamadas “blandas”, considerando relaciones interpersonales que favorecen el aprendizaje y como dicen Marrero, Mohamed, & Xifra (2018), para el desarrollo integral de una persona no basta solo con el conocimiento que pueda aprender, además de ello, es necesario un complemento de habilidades que le permitan comunicarse, tener autocontrol, confianza en sí mismo, se trata de las llamadas habilidades blandas o Soft Skills. En la actualidad, los empleadores demandan de profesionales competentes tanto en habilidades duras como blandas, es decir, que combinen el saber hacer con el saber ser y saber convivir.

En la clínica docente solemos reconocer las capacidades disciplinares en un considerable número de estudiantes, pero las habilidades “blandas” en un número limitado y con ello, esto que indica D2, permite al educando visualizar un modelo que presenta esta aptitud.

En la tabla de características que contribuyen al aprendizaje, según los estudiantes, coinciden varias de las nombradas por D2, pero se altera el orden, dando una prioridad a los aspectos personales, a una actitud positiva frente a la enseñanza y el aprendizaje de cada estudiante.

Para D2 la formación en docencia es muy valiosa, así, con todos estos elementos se puede lograr una enseñanza beneficiosa para el estudiantado.

Para complementar lo expresado, D2 agrega a su respuesta lo siguiente:

ED2-2:15

“Hacer modelaje a los alumnos, mostrar-hacer. Tener pautas de evaluación clínica para hacer una evaluación objetiva. Tener evaluaciones formativas y sumativas. Hacer modelaje no solo de habilidades clínicas, sino también actitudinal”.

Complementa el modelaje de un DCE el demostrar lo que se dice, lo que se ha definido como contenido disciplinar. Este fragmento me hace pensar en lo necesario que es en nuestra profesión llegar a la acción de aplicar, así, el estudiante puede comprender el proceso del procedimiento, desde el diagnóstico hasta la terapéutica, lo cual luego de observar en el DCE logra internalizar lo teórico y comprender lo práctico, lo que es clave en la odontología que requiere de habilidades y destrezas motoras que pueden aprenderse luego de una serie de repeticiones.

Al continuar con su descripción de modelo, D2 habla de las evaluaciones y da cuenta de la necesidad de realizar evaluaciones de tipo formativas como sumativas, permitiendo desde mi apreciación que el estudiante tenga oportunidades de aprendizaje para luego en este proceso pueda dar cuenta del logro y continúe progresando.

En este tema de la personalidad y modelo de docente, A1 declara la importancia de la flexibilidad:

E2VA1_D1: 2:31 06:29.35

A1: ...quizás en cualquier ámbito...cuando uno tiene más expertise, uno se vuelve más flexible y uno aprende en qué momento o en qué cosas ser muy inflexible, pero en qué otras cosas ser flexible...

El estudiante valora este rasgo de flexibilidad en D1, y en la entrevista se observa cómo tiene habilidades para justamente definir lo que debe ser, sin trazar y aquello que puede ser tolerado en la labor con los alumnos que están a su cargo.

5.5. Formación disciplinar y Formación pedagógica del DCE

Los profesionales cirujanos-dentista tienen una instrucción fuertemente científica y luego de realizar el pregrado una gran mayoría decide continuar con estudios de postítulo, así, la formación disciplinar es continua, ya sea con cursos, diplomados, especialidades o programas de magíster o doctorado. Al llegar a la docencia en la universidad, tienen un gran manejo del conocimiento de la odontología, y es habitual la participación en jornadas y congresos para continuar actualizándose.

Gran parte de los profesionales en el área odontológica que ingresan a la docencia universitaria, en una primera instancia no tienen formación pedagógica. En Chile, hasta hace unas décadas no se consideraba necesario formarse en este aspecto, esto ha ido variando y hoy las instituciones de educación superior exigen o forman a los profesionales en aspectos pedagógicos.

El D3 relata brevemente cómo se ha formado para llegar al momento actual:

ED3-3:2

Inv: *¿Cómo se formó?:*

*D3: “Docencia ad-honorem⁴⁴, operatoria⁴⁵, con un tutor⁴⁶ en la U. de Chile
Ayudante⁴⁷*

Y Con la especialidad: pregrado y postgrado

Cursos de docencia

Y en la UC: diploma...”

⁴⁴ Situación en que el profesional dedica tiempo a labores de docencia sin remuneración, es una forma de meritarse para tener un puesto en la academia.

⁴⁵ Área de la odontología general, que se considera básica para realizar clínica.

⁴⁶ Habla de un profesional docente clínico que forma parte del equipo en esa área.

⁴⁷ Primer paso en la carrera académica, es un cargo inicial.

Durante la entrevista el D3 habla sobre su formación disciplinar inicialmente, y luego al contar sobre su avance en el tiempo, en el área de la Rehabilitación Oral, su especialidad, llega a realizar un diploma en docencia para entregar de una mejor forma su conocimiento a los estudiantes de pregrado y postgrado.

Al hacerle la misma pregunta, D2 va contando su formación pedagógica:

“Luego me incorporé a la Pontificia Universidad Católica de Chile y aquí ya tuve una preparación más en serio y formal, ya que realicé el “Diplomado en Educación Médica”. Sólo puedo decir que fue maravilloso todo lo que aprendí, desde cómo hacer mis clases, cómo hacer una prueba, cómo hacer pautas de evaluación, cómo enseñar en la clínica, estrategias educativas, cómo hacer un programa académico... en fin, cómo hacer una educación más efectiva y justa. Fue increíble, me dio muchas herramientas para ser una mejor profesora”. ED2-2:9

[En esta entrevista D2 señala que valora su preparación en el área docente, su aprendizaje y cómo lo aplica. Es interesante su apreciación al considerar que esto le ha permitido ser una mejor profesora. Interpreto que no sólo es muy valorada por los estudiantes y colegas, además ella siente que ha mejorado]

Los estudiantes reconocen y valoran el conocimiento disciplinar y pedagógico del DCE.

En el siguiente fragmento, A1 se refiere a D1:

EV2A1_D1: 2:18 0026.24

E1: como se encuentran la entrada de los canales⁴⁸...cuál es la diferencia entre el techo y piso de la cámara pulpar⁴⁹...entonces, ella me está explicando que un diente que no tiene una formación radicular completa probablemente no va a ser óptimo y que yo aprenda esas diferencias.

Inv: ¿Y tú crees que la forma en que ella lo hace te ayuda a comprender eso?

⁴⁸ Señala una parte del diente que es difícil de encontrar.

⁴⁹ Expresa las partes fundamentales del diente en la especialidad de la docente.

E1: Yo creo que ella lo hace bastante explícitamente... me dice en el fondo... me explica las razones de por qué ese diente no sirve.

[En esta instancia el estudiante reconoce que D1 sabe y señala que entrega evidencias de su conocimiento en función de su aprendizaje, resalta que ella es capaz de dar argumentos, aplicables en ese momento y luego para su vida profesional, porque podría sólo decirle lo que sirve para su práctica y no dar ningún tipo de antecedentes]

En esta misma situación en la clínica, el E1 continúa con los aspectos pedagógicos considerados por el D1:

EV2A1_D1: 2:22 01:20.15

Inv: ¿Entiendes, comprendes y también le das sentido a lo que estás aprendiendo?

E1: Claro...tiene una fundamentación y no solamente para el tema de la actividad...si yo me encuentro, por ejemplo, con un diente en un paciente que no tiene una formación radicular completa... también puedo aplicar lo que ella me dice: sé que la cámara pulpar va a tener cierta dimensión, ciertas características...por lo tanto, como para el objetivo de la actividad como para entender el desarrollo de un diente me sirve lo que me está diciendo.

Lo indicado por el estudiante se ha comentado con D1 y tiene directa relación lo observado con la intención de D1 y lo que comprende E1.

En esta entrevista, A3 habla sobre D3, observa pasajes en los cuales estaba en la clínica con el profesor y recibiendo un entrenamiento con un dispositivo que es habitual utilizar en odontología.

EA3 D3: 5:2 00:52.47

A3: ...y dice ...el siente que no estoy como entendiendo...como... te lo vuelve a explicar ...ya me acordé qué estábamos viendo...

[En repetidas ocasiones A3 señala que D3 está pendiente de explicar y que finalmente el estudiante diga que sí entiende, y si D3 queda en duda de que sea así, insiste para saber que comprende]

La formación que han recibido los DCE de este estudio se ha llevado a cabo en centros de formación reconocidos en los tres casos y continúan en ello, trabajando también en el nivel de postgrado, con el ánimo de continuar aprendiendo y adaptar su instrucción a la actividad docente diaria.

Durante la entrevista, D2 comenta:

Me encantan mis especialidades, disfruto mucho lo que hago y lo que hago clínicamente con mis pacientes lo hago con mucha preparación, responsabilidad y profesionalismo. Hago bastante ejercicio clínico de mis especialidades y eso creo que le da mucha confianza al alumno. Se nota mucho la experiencia y el manejo clínico de los pacientes. ED2-2:11

[D2 relata cómo le complacen sus áreas de expertise, y destaca que el hecho de ejercer la clínica fuera de la universidad es significativo para los estudiantes, quienes reciben enseñanzas de DCE que pueden contar sus propias experiencias tanto en el éxito como en el fracaso]

Los DCE disfrutan de su trabajo y esto los estudiantes lo perciben.

5.5.1. Acceso a la docencia

Los DCE han desarrollado su vida profesional en forma secuencial, han ido profundizando sus conocimientos y han optado por la formación formal e informal para continuar actualizándose.

La enseñanza universitaria constituye un espacio de actuación con escasa identidad profesional. Aunque nos sentimos y nos definimos como profesores (as) universitarios, no nos hemos preparado realmente para hacerlo; nuestra identidad está vinculada al campo científico al que pertenecemos. Nos falta, por tanto, ese conocimiento específico sobre la

naturaleza, componentes, proceso y condiciones que caracterizan la enseñanza. (Marín, 2013, p. 16).

Cada uno de los DCE que han sido seleccionados para este estudio, han decidido profesionalizarse en docencia, lo consideran necesario para un buen desempeño, han detectado que no es suficiente el conocimiento de su disciplina, y que deben lograr la formación pedagógica que les permita entregar la enseñanza clínica de forma tal que el estudiante aprenda. Han decidido tomar cursos, diplomados de educación para que su enseñanza no sea desde la intuición solamente, también valoran e introducen en su práctica lo aprendido en su formación académica, y buscan actualizarse.

Estos docentes valoran el acceso a la docencia, ha sido para ellos una forma de transmitir sus conocimientos y desarrollar de otra forma su competencia disciplinar. De manera sistemática han realizado el proceso de formación para sustentar su práctica de forma profesional, y con una mirada crítica, con una reflexión sobre su actuar.

Esta entrada al mundo universitario logró cautivar a los DCE, integrándose a equipos con más experiencia que les permitieron ir conociendo la cultura universitaria.

La D2 va relatando cómo se incorpora a la docencia:

¿Cómo Ud. se formó para hacer docencia?

“Jamás pensé en hacer docencia, nunca pensé que iba a ser profesora, pero cuando estaba haciendo el postgrado, dos profesores me empujaron y me ofrecieron una posición como docente en pregrado”. ED2-2:7

D2, en forma honesta y clara en la entrevista, cuenta sobre su ingreso a la docencia; de manera inesperada se vio enfrentando esta tarea. Dice que algo vieron los docentes que tenía en el postgrado y la motivaron a iniciarse en esta labor.

Y complementa su respuesta con el siguiente argumento:

Luego regresé a Chile y me gustó tanto mi experiencia de hacer docencia por 3 años en Estados Unidos, que entré como docente a la Universidad de Los Andes, donde por primera vez hice alguna formación en docencia, hice unos talleres de formación para docentes: “Cómo evaluar” y de “ECOES⁵⁰”. Y participé en “Claustros académicos” donde también se tocaban algunos tópicos de cómo hacer una mejor docencia. ED2-2:9

[En el rostro de la D2 se advierte su interés por la docencia y las ganas de perfeccionarse, que ha llevado a cabo para cumplir en mejor forma su enseñanza, ha buscado y participado de cursos para evaluar, como el ECOE: Examen Clínico Objetivo Estructurado]

Los tres docentes, a la fecha de la investigación, llevan una historia de labor docente importante: D1 20; D2 14 y D3 18 años. Y cada uno de ellos se ha dedicado a este trabajo en forma ininterrumpida, en distintas universidades hasta coincidir en la Pontificia Universidad Católica de Chile.

5.5.2. Conocimiento del contenido y Conocimiento disciplinar

Vivimos en la sociedad del conocimiento, existen numerosas fuentes del conocimiento y mayor accesibilidad. Esta sociedad actual, llamada Sociedad de la Información, genera la necesidad de un aprendizaje de por vida, y exige un nivel de formación mayor en las tecnologías, la innovación y el emprendimiento. En la Educación Superior, focalizada en el conocimiento, más aún en la creación de éste, el DCE debe ir a la par con el avance en su disciplina.

⁵⁰ Corresponde a una forma de evaluar: Examen Clínico Objetivo Estructurado, a través de estaciones el estudiante va demostrando su aprendizaje.

Los DCE poseen un copioso conocimiento de su disciplina, y también tienen la competencia de definir lo que se debe enseñar, según el nivel del curso, y cómo realizarlo en el contexto de la institución en que se imparte.

El trabajo como docente tiene un carácter eminentemente práctico. Pero no debe ser sólo eso. Detrás de la práctica debe haber un cuerpo teórico que explique en qué fundamento se basa.” *Destaquemos la idea de que cualquier práctica que un individuo realiza en su vida responde siempre a una teoría.* Toda práctica como ciudadano, como padre, como profesor, etc. responde siempre a una teoría implícita. No existe la posibilidad de realizar ningún tipo de acción sin que tenga su correlación teórica cognitiva que la justifique (J. Fernández & Elortegui, 1996, p. 332).

En el siguiente ejemplo, D1 se encuentra con el estudiante seleccionando unos dientes para realizar un procedimiento y va dando los argumentos para que el alumno comprenda el porqué de su opinión.

Al estar mirando cómo D1 va detallando la evaluación que hace de cada diente, va entregando información valiosa al estudiante, lo hace detenerse a pensar y aplicar su conocimiento teórico a una actividad que luego le sirve en lo profesional:

OV18D1-10:14 00:05.21

D1: “No te sirve mucho para lo que pretendemos hacer ...porque también la cámara⁵¹ es muy amplia...entonces la cámara al ser también tan amplia no ... lo que queremos saber es que tú puedas aprender a distinguir la entrada de los canales, conocer bien el piso, ese cambio de coloración y todavía puede que ser que tú...hagas la cavidad de acceso y tenga una tremenda cavidad... entonces...no te va ... entonces lo dejamos a parte porque no te va a servir” [una situación en que la docente 1 argumenta por qué lo que le presenta el estudiante no es útil para el objetivo]

⁵¹ Parte interna del diente

[Al observar a D1, se nota lo detallista que es al mencionar las distintas partes del diente y cómo puede profundizar en conocimientos previos y los va integrando; la disciplina que domina es compleja y tiene la destreza para transformarla en fácil, lo cual A1 menciona al ver este registro en video]

En el siguiente segmento, D2 entrega información a la estudiante y le anticipa que podrán continuar con el tema en clases:

OV10D2-5:15 03:04.63

[En esta situación clínica el docente está examinando a la paciente y va explicando en la boca conceptos que aclara, va relacionando con las actividades teóricas y enseña conceptos nuevos]

D1: Tiene un poquito de contacto ...pero esto... le podríamos en el fondo esto como lo vamos a ver en las clases ... a esto le llamamos referencias oclusivas⁵²...ya? ...No es en sí un soporte oclusal... porque soporte oclusal... se asume que es como de premolar hacia atrás... acá el soporte está prácticamente ausente.

La docencia clínica en la enseñanza y el aprendizaje de la profesión de Odontología es el momento de mayor aplicación de los conocimientos. Y como le explica D2 al estudiante, durante el período de ese curso se irán entregando más conocimientos disciplinares, pero no por ello deja de introducirlo al tema, emplea la instancia que se ha dado con una explicación breve y comprensible para el estudiante.

El conocimiento del contenido parte del contenido disciplinar de odontología, requiere una guía experta que cumple funciones tales como seleccionar las temáticas según el nivel de los estudiantes, entregando la información relevante para trabajar estos contenidos y llevarlos al aula. En clínica, que concentra labores eminentemente prácticas, suele darse que los casos clínicos son particulares, pero la sistemática de análisis es metódica para llegar al diagnóstico

⁵² D2 le habla al estudiante sobre un tema que tiene que ver con la forma que muerde el paciente con los dientes que presenta.

y posibles planes de tratamiento que el DCE domina y con ello orienta al alumno a satisfacer la necesidad del paciente.

En el caso de D2, al realizar la pregunta que continúa, nos relata:

¿Qué hace Ud. para que sus estudiantes aprendan? Y explique por qué lo hace. Por favor detallar con ejemplos, situaciones, etc. Expláyese.

Primero, me gusta que los estudiantes adquieran sólidos conocimientos teóricos, que entiendan los procesos fisiológicos, que profundicen en biomateriales dentales o en técnicas de procedimientos clínicos. Que entiendan y estén preparados para lo que van a hacer con un paciente. Esto se puede transmitir a través de clases teóricas, lecturas de artículos, seminarios, conversaciones, discusiones, talleres, investigación de un tema, etc. y evaluarlo a través de certamen, controles, ensayos o presentaciones orales.

Luego, en la aproximación a la clínica, tratar de aplicar estos fundamentos y demostrar su aplicación clínica. Hacer que ellos correlacionen lo visto en la teoría con la clínica, que entiendan que eso teórico sirve para el diagnóstico, planificación y para la atención de mi paciente.

Finalmente, demostrar un procedimiento y posteriormente dejar que ellos lo repliquen. Todo esto basado en el modelaje docente-alumno. La primera vez que hacen algo tratar de estar ahí guiando, corrigiendo, siendo un apoyo. Luego, si ya ha realizado algo anteriormente darle más independencia. ED2-2:18

D2 utiliza palabras claves que son portables de un DCE, entre ellas: que los estudiantes adquieran sólidos conocimientos, demostrar la aplicación, guiar, corregir y ser un apoyo, estos términos los estudiantes los han mencionado al seleccionar para este estudio a los DCE, por lo que hay coincidencia entre ambas partes para lograr una mejor enseñanza y aprendizaje.

Finalmente, es el profesor quien decide qué se enseña y cómo se enseña, así se puede decir que “*Se está demandando, por tanto un profesor entendido como un «trabajador del*

conocimiento”, diseñador de ambientes de aprendizaje, con capacidad para rentabilizar los diferentes espacios en donde se produce el conocimiento”. (Marcelo, 2001, p. 555).

La importancia del saber de los DCE se basa en todo un trayecto realizado.

Los contenidos son aquello sobre lo que versa la enseñanza, el eje alrededor del cual se organizan las relaciones interactivas entre profesor y alumnos-también entre alumnos- que hacen posible que éstos puedan desarrollarse, crecer mediante la atribución de significados que caracteriza al aprendizaje significativo. (Coll & Gallart, 1987, p.24).

En otra situación, la D2 está con el paciente y el estudiante; para examinar prepara el entorno de trabajo, dando indicaciones de cómo se hace, y lo hace para que el estudiante observe y comprenda, orientando un paso a paso:

*D2: Ahí sí...cierre...no haga ningún esfuerzo...súper tranquilo [palpa los músculos]
...abra...al máximo...cierre, otra vez...cierre...otra vez...cierre...otra...vez...ya...muerda
atrás con las muelitas...apriete...suelte...apriete.. suelte...apriete...otra vez
apriete...permiso, abra por favor, muerda un poco, muerda.*

[La docente se sitúa en el box del estudiante, adopta su rol profesional y realiza un examen clínico riguroso, va realizando maniobras que son habituales y otras que muestran que son para ese paciente y su condición de salud]

Los DCE no sólo tienen un manejo profundo de los contenidos, son capaces de seleccionar lo que es necesario para el desarrollo de los estudiantes y demuestran la capacidad de transformarlo para su comprensión, generando una secuencia lógica que en clínica es útil y va estableciendo un orden de trabajo. En ocasiones, el estudiante acelera su atención clínica, sin tener claro los pasos que permiten obtener información relevante del estado de salud de los pacientes, y son los DCE quienes lo vuelven a introducir en una sistematización que favorece el aprendizaje y logra buenos resultados para el estudiante en su aprendizaje y para el paciente en la solución de sus problemas de salud oral.

5.5.3. Explicitación de utilidad

Para que los estudiantes logren un aprendizaje significativo, la explicitación de la utilidad les da sentido y permite que sea apropiado enseñar un contenido, una técnica, etc., tal como expresa Coll & Gallart (1987, p.22): “...adquisición de conocimientos que realiza un individuo cuando puede relacionar de forma sustantiva la nueva información o el material a aprender con algún elemento de su estructura cognoscitiva.”, lo que el DCE entiende al darse cuenta de lo que saben los estudiantes y lo que deben aprender para aumentar su conocimiento, sus habilidades y así relacionarlo con los conocimientos previos y avanzar hacia nuevos aprendizajes, logrando un control personal del aprender a aprender.

OV11D2-6:19 04:14.83

[En esta situación clínica se observa que la docente establece la utilidad de hacer el registro de la ficha y así podrán avanzar con el caso y tener los dispositivos provisionales que son un gran paso en el tratamiento del paciente]

D2: ...Sí... comienza haciendo la ficha para que tengamos todo el estudio listo y podamos mandar a hacer los provisorios⁵³ ...para el día de la conexión⁵⁴.

Valle, Cabanach, Rodríguez, Núñez, & González (2006, p. 2) se preguntan “¿Por qué razón a un amplio número de alumnos no les interesa o no quieren estudiar lo que se les enseña?” y responden: “Por lo menos, una parte de la respuesta a esa pregunta tiene que ver con la escasa utilidad que ven los propios estudiantes a lo que se les enseña”, y lo justifican con lo alejado de la realidad y pocas posibilidades de aplicar. Para los DCE, en un contexto universitario se da algo similar, dependiendo del curso, ya que no a todos los estudiantes les interesa todo de la disciplina propia de ellos, pero son capaces de manifestar la utilidad y vincularlo con el desempeño profesional, de forma que los estudiantes visualicen la necesidad de aprender, lo que les dará la posibilidad de resolver.

⁵³ Dientes que se colocan durante el tratamiento temporalmente, durante el tratamiento.

⁵⁴ Corresponde a un procedimiento que permite unir el implante con la parte que se ve en boca.

Otro ejemplo lo da el D3 en la clínica al analizar una radiografía junto a los estudiantes que están resolviendo un caso clínico:

OV32D3-8:6 02:02.15

D3: ...ahora desde el punto de vista docente, lo primero que corresponde hacer acá es eliminar la lesión de caries, sería lo primero... ya... inactivar la boca⁵⁵, cierto... inactivar acá...otras zonas y partir acá...anestesia, eliminar la zona periapical⁵⁶, porque hay tejidos blandos encima, eliminar la lesión de caries, una nueva radiografía.

[En este caso, va dando los aspectos que son útiles para llegar al objetivo, lo cual en muchas ocasiones el estudiante no visualiza, ya que es parte del ejercicio en la clínica para adquirir un pensamiento ordenado y lógico según la situación de cada paciente]

En esta etapa del curso, D3 le da pautas de orden para el procedimiento y lo va guiando para que encuentre sentido a lo que realiza en el paciente. Cada instrucción constituye una parte para comprender la utilidad de todo un procedimiento y así poder avanzar hacia el objetivo principal que busca cumplir.

En este caso con A1, él observa el video y coincide con lo conversado con D1 sobre el objetivo. Similar al caso anterior, los DCE tienen claridad en realizar los comentarios o instrucciones para que se avance en el aprendizaje según el estudiante y la situación.

EV2A1_D1:2:17 00:17.20

A1: Lo que quiere hacer es que encuentre un diente que logre los objetivos pedagógicos de la actividad...que es un diente que me pueda enseñar, en el fondo, cómo se encuentran la entrada a los canales, cuál es la diferencia entre el techo y el piso de la cámara pulpar...

⁵⁵ Consiste en dejar la boca en condiciones sin caries, eliminarlas y mejorar la salud bucal, sin necesariamente realizar todos los procedimientos necesarios para el paciente.

⁵⁶ Zona de la punta de la raíz del diente.

Así, la utilidad para el estudiante es tener sentido de lo que se hace y para el docente en general llevar su acción y reflexión al alumno para que pueda ver y comprender lo útil de lo que se enseña para su mayor aprendizaje.

Llegar a convencer al estudiante de lo útil que es lo que se ha organizado para ellos puede ser una tarea complicada. Como han demostrado los DCE y han declarado sus alumnos, se debe argumentar, dar sentido a lo que se dice y se hace para que el estudiante entre en un estado de motivación y regulación de su aprendizaje, de forma que lo asimile y lo cuestione, generando una nueva estructura de su conocimiento.

5.5.4. Observación Experiencia propia y Trabajo clínico asistencial

La experiencia de cada DCE es singular, presenta coincidencias entre ellos y también disimilitudes. Entre las similitudes han dedicado una buena parte de sus vidas al trabajo clínico, desde su incorporación a la vida profesional, fortaleciendo sus destrezas e incorporando nuevo conocimiento.

En su conjunto atestiguan que su profesión los hace felices y que el trabajo clínico les ha dado grandes satisfacciones desde lo económico hasta lo espiritual (Notas del CC).

Se interpreta, a través de lo observado en el estudio, lo expresado por los estudiantes de los DCE y de estos académicos que se sienten plenos al desarrollar su labor como cirujanos-dentistas y en las especialidades que cada uno eligió, además de considerar en parte de su día a día el trabajo asistencial como un aporte a la docencia clínica.

El reconocer la experiencia de un docente permite al alumno creer en lo que dice y hace, así, en este caso, A1 visualiza en D1 su trayectoria en lo clínico y docente:

A1: Ella en el fondo da fundamentos y hace que uno quiera decir: sabes que en realidad tiene razón...me conviene tomar esta experiencia de una persona que tiene como más...

Inv: Bagaje...que sabe...

A1: Sí [asiente]

Estudiante A1 menciona en la entrevista que él observa a D1 y a otros docentes del área clínica, los admira por sus conocimientos y destrezas motoras, por su capacidad de relacionarse con los pacientes, lo cual, según él, no es posible conseguir en forma espontánea ni en poco tiempo, son años de trabajo en ello. (Notas del CC).

El trabajo clínico es una labor a la cual no todos los dentistas se dedican, hay colegas que luego de titularse no ejercen labores clínicas, por diversos motivos se dedican a tareas administrativas o se especializan en áreas que no involucran la atención clínica. Una de las razones que se argumenta es que realizar procedimientos odontológicos no es fácil y por otro lado relacionarse con pacientes tiene un grado mayor de dificultad.

Bajo esta mirada, D2 en entrevista contesta la pregunta siguiente:

ED1_2:1

Inv.: ¿Qué características Ud. considera que en los docentes clínicos son importantes para hacer una docencia de calidad?

Considero que hay varias características deseables que debería tener un docente. En primer lugar, que tenga la especialidad formal en el área que enseña (título obtenido de una universidad que imparta la especialidad) y que sea un docente que haga ejercicio clínico de la especialidad, eso creo que es relevante. Es decir, que todo lo que enseñe provenga de su formación académica formal y de su ejercicio y experiencia clínica.

Para D2 y sus pares seleccionados es fundamental tener experiencia en lo que respecta a resolver situaciones clínicas, si se quiere enseñar docencia clínica. Por lo tanto, no sería suficiente tener los conocimientos teóricos, por el contrario, podría un docente no tener tantos conocimientos desde este punto de vista y sí ser un muy buen clínico dada la experiencia, pero claro, se espera una actualización constante que lleve los dos aspectos a la docencia. (Notas de cuaderno de campo)

Se dice que la práctica hace al maestro, para la enseñanza en clínica hace sentido esta frase. Bello & Pérez (2012) lo explican así:

El profesional que ejerce como docente debe preferiblemente laborar en su profesión juntamente con el ejercicio de la docencia, el tiempo de dedicación exclusiva en la docencia impide el desarrollo del “ejercicio práctico de la carrera” de estos profesionales, en consecuencia, la orientación de sus estudiantes se basa en conocimientos teóricos actualizados, pero con poca experiencia práctica fuera del ámbito docente, lo cual debilita el proceso de enseñanza-aprendizaje. Los docentes deben participar continuamente en programas de formación teórico-prácticos, particularmente en los casos cuya dedicación sea exclusiva a la docencia. En el futuro, lo ideal sería que las instituciones educativas permitieran el ejercicio libre a estos profesionales con el objetivo principal de mejorar la calidad de la docencia en el manejo técnico de los conocimientos (Bello & Pérez, 2012, p.117).

5.6. Manifestaciones del CDC en la práctica clínica.

5.6.1. Anticipación de aplicación y anticipación clínica.

Dentro de las capacidades que se observan en los DCE está la anticipación, entendida como un estado de alerta que tiene el docente para detectar complicaciones, para reconocer posibilidades de terapias, solicitar exámenes, etc. Y para facilitar el aprendizaje usan la anticipación para que el estudiante sea guiado y siga un camino correcto para aplicar en la clínica.

OV8D2-4:7 03:48-08

[En el siguiente ejemplo, D2 va haciendo un análisis en el paciente y mostrando a la estudiante, junto con darle las indicaciones de lo que debe hacer primero para lograr el objetivo: colocar los implantes para rehabilitar, pero con acciones previas que son fundamentales para tomar decisiones posteriores]

D2: Por lo tanto, tenemos que pedir un escáner o un cone bean⁵⁷ para poder ver cuál es el ancho del reborde y cuánta regeneración hay que hacer para que puedan colocar efectivamente un implante acá y otro acá, dejar rehabilitación hasta molar...

E: Mmm

D2: y ver cómo vamos a hacer el manejo de esta pieza⁵⁸... porque esta pieza ¿está con endo⁵⁹?

E: Sí

D2: Ya...entonces hay que llevarla a plano⁶⁰...por lo tanto, debemos hacer una coronita⁶¹ bien bien cortita...para tener el espacio para rehabilitar abajo... ¿ya?

La forma en que piensan los DCE es singular, hacen un análisis muy rápido de la situación clínica y son capaces de tener a la mano alternativas para proseguir profundizando en el diagnóstico y/o tratamiento. Llegar a este nivel requiere experiencia y conocimientos que el DCE adquirió en su trayecto profesional.

En otro caso el D3 se observa en una situación de análisis de radiografía con el estudiante sobre un caso clínico:

⁵⁷ Exámenes radiológicos que permiten mayor información de la calidad del hueso.

⁵⁸ Forma de referirse a una pieza dental o diente.

⁵⁹ Forma abreviada de consultar si tiene un tratamiento endodóntico, aquel que se hace al interior del diente, conocido como tratamiento de conducto o canales.

⁶⁰ Dejar nivelado con los otros dientes.

⁶¹ Estructura sobre la raíz del diente que se coloca para devolver forma y función.

D3: Ahora donde veo la ...

Dos cosas importantes, número 1: cuando veo la lesión de caries es aparente, yo podría hacer un ejercicio clínico...contándole al paciente por supuesto que es un examen exploratorio...todavía... para tener el diagnóstico final. ¿Cierto? y eliminar la lesión de caries y volver a hacer el estudio radiográfico...volver a hacer la medición periodontal, para tener ahora no un supuesto...si no un real... y ahí vuelvo a tomar las medidas...

[El D3 va gesticulando y dando énfasis a su explicación, entregando todos los antecedentes del procedimiento para llevar al estudiante hacia la toma de decisión de qué hacer en este caso específico]

Los DCE tienen la competencia de adelantarse, de pensar en forma rápida y proyectar hacia dónde va la enfermedad, el tratamiento, etc., es una de sus características destacables, porque los profesores altamente valorados van integrando sus conocimientos, y le van entregando al estudiante de manera comprensible sus pautas para resolver los problemas que se presentan en la clínica, ahorrando tiempo y facilitando la solución para el paciente.

D2 muestra en la siguiente situación su fórmula de anticipación clínica:

OV1D2: 1:6 01:26.13

D2: Todo protocolo tradicional de carga tardía⁶²

E: Ya

D2: Ya...pero por lo mismo, te vuelvo a repetir...necesito desde acá hasta acá cinco milímetros de hueso...de estructura ósea...para dejar dos milímetros de tabla vestibular⁶³, luego un implante de tres y luego uno palatino... ¿se entiende?

[D2 está planeando un procedimiento y anticipando un resultado, y va explicando y mostrando en la boca del paciente, dando énfasis con el tono de voz y sus gestos, además de mirar a la estudiante en todo momento]

⁶² Forma de abordar un tratamiento con implantes, en dos tiempos, es decir dos cirugías.

⁶³ Hueso externo al diente.

En ocasiones se observa que no sólo se adelanta el DCE a lo que puede venir desde lo clínico, además realiza un ejercicio de repetición para comprobar que el estudiante está entendiendo lo que se va comentando o realizando. También aquí se adelanta a la comprensión del aprendizaje, es reiterativo y desde mi interpretación tiene un sentido de anticipar la problemática que puede tener el estudiante en internalizar la información, ya que tiene experiencia este DCE y sabe qué se le puede hacer más difícil al alumno, con lo cual el repetir implica una fórmula para que siga pensando el estudiante e incorpore lo enseñado, así también da tiempo a formular preguntas o comentarios para verificar si realmente le es comprensible lo expuesto.

5.6.2. Conocimiento del alumnado

El conocimiento del alumnado es crucial para la relación docente-estudiante, son un grupo heterogéneo que presenta hoy diferentes características y el DCE acierta en reconocer cómo actuar en el contexto clínico, según la situación clínica, de acuerdo con el estudiante y al paciente.

Los *millennials* son las personas nacidas entre los años 1980 y 2000, se los denomina también Generación Y o Generación Net; a este grupo pertenecen nuestros estudiantes y son diferentes en varios aspectos a lo que fuimos nosotros en nuestro período de estudiantes universitarios. En lo personal, tengo hijos de esta generación y reconozco en ellos –como también en los estudiantes- algunas similitudes y diferencias. Para los DCE, el conocer al alumnado es un punto crítico, entender cómo piensan es parte de lo que podría utilizarse para que se motiven y aprendan.

Los *millennials*, son la primera generación que ha crecido con los medios digitales y están embebidos en estos tipos de dispositivos, a tal punto que sus cerebros funcionan, también, de manera diferente. Son hábiles suprimiendo los distractores, ignorando la información no relevante, seleccionando sólo aquello que les interesa según su objetivo. (Cataldi & Dominighini, 2015, p. 5).

El alumnado tiene expectativas, necesidades, frustraciones, motivaciones que son dependientes de lo que ha vivido en lo personal y a nivel académico. Basándose en ello, los DCE logran una cercanía con el estudiante que permite formar un vínculo, así la relación colabora para el crecimiento de ambas partes. Los DCE tienen la habilidad de reconocer la individualidad de la persona, su labor en el caso de este estudio está destinada al estudiante y paralelamente al paciente. Identifico en el trabajo de campo cómo utilizan a su favor la lectura que hacen de cada estudiante. Estos DCE observan en todo momento a los estudiantes que tienen a cargo y monitorean sus conductas.

En entrevista con D2, relata su cambio en la docencia, en función de los estudiantes, al conocerlos y comprenderlos:

“...Acostumbraba a ser muy exigente y distante y dura con mis alumnos, pero gracias a Dios, he mejorado eso poco a poco y he logrado un equilibrio con los años, de manera de mantener la exigencia y la excelencia en la educación, pero al mismo tiempo ser más humana y cercana a los estudiantes. No asustarlos y alejarlos. También, mi formación en docencia me ha servido mucho, ha sido fundamental para ser una mejor docente...” ED2-2:12

[En su relato, D2 va manifestando cómo iniciando su desarrollo docente partió con una manera de ser distante con los alumnos, eso le significó que la consideraran muy dura en la enseñanza. Me explica que decidió en un inicio ser así para que el estudiante la considerara con respeto, aunque se fue dando cuenta de que podía exigir a sus estudiantes con un estilo más abierto y cercano, porque se asustaban con el trato que ella daba y producía temor, lo cual no favorecía un ambiente de aprendizaje]

Así explica la evolución que ha ido ocurriendo en los años de docencia D2, un proceso gradual en que han colaborado colegas que le han servido de modelos para lograr esa cercanía que ayuda a que los estudiantes se sientan confiados, valorados y atentos al aprendizaje.

El conocer a los estudiantes es una necesidad para los DCE y les permite tomar acciones para enfocarlos en las tareas de su carrera profesional.

OV16D1-9:48 00:00.66

D1: ¿Te puso esta firma y no te llenó la hoja?

E: Sí, puede que la tenga en alguna parte.

D1: Por eso te digo ...dentro de tus fichas no la tendrás...

E: No recuerdo tener esas... yo pensaba que las tenía la Dra.

Las dos, pero por eso voy a revisar igual.

D1: Mira, qué te parece que revisemos esta ficha ...y yo te dejo listo esto y después hacemos el alta, para que busques... porque éstas tienen que estar ...porque la Dra. Como te firmó aquí...

En este diálogo D1 revisa documentos administrativos que el estudiante tiene incompletos. D1 conoce al alumno y le comenta que es un “tanto desordenado”, y “chamullento⁶⁴”, por lo cual le hace hincapié a que la docente le haya firmado sin tener los otros antecedentes no es habitual, así lo hace buscar y le da tiempo para realizar la indagación, pero lo hace avanzar en otro tema que tiene pendiente. D1 demuestra el conocimiento que tiene del estudiante y enfrenta la circunstancia con calma, además conoce a su colega y tiene claro que no firmaría sin el documento faltante.

Al pasar los años los DCE se han dado cuenta de que cada curso, es decir grupo de estudiantes en un año, es diferente al anterior; como colectivo y como individuos hay cambios generacionales que se dan por las condiciones que les ha tocado experimentar.

Los alumnos que recibe nuestra carrera suelen ser competitivos, y con buenos antecedentes académicos en el colegio o liceo (enseñanza media), pero con una gran facilidad para frustrarse.

El conocer las características de los jóvenes que ingresan a la carrera y los años de docencia con la formación profesional y en docencia son factores que han entregado a los DCE formas

⁶⁴ D1 con este adjetivo da cuenta de que el estudiante enreda su explicación para no reconocer su irresponsabilidad.

de interactuar con los estudiantes que facilitan una buena relación para el progreso académico (Notas de CC).

5.6.3. Consciencia situacional

Otro rasgo que presentan los DCE es su aptitud para enfrentar el entorno clínico, para captar estímulos de este contexto que pueden provenir de los estudiantes, pacientes y otros participantes de la clínica (personal técnico, apoyo administrativo, etc.), así, en ocasiones pueden actuar como mediadores y promueven el aprendizaje adaptándose a diferentes momentos, conflictos y circunstancias.

La consciencia se define, en términos generales, como el conocimiento que un ser tiene de sí mismo y de su entorno. Para actuar en situaciones habituales y también aquellas que generan mayor estrés, los DCE toman consciencia situacional, son flexibles frente a lo que acontece a su alrededor y en forma rápida adoptan posturas. En mi estadía, durante el trabajo de campo, he admirado cómo los DCE elegidos para esta investigación van demostrando la capacidad de conciliar estos momentos críticos y continuar con la enseñanza logrando dar solución a los problemas que se van presentando.

En esta categoría podemos observar el caso de la D2 que se encuentra en el box dental realizando un examen clínico a un paciente:

OV11D2-6:11 04:12.16

[La D2 está examinando un paciente junto al estudiante que va observando su accionar en el procedimiento intraoral y va hablando según los hallazgos que encuentra para tomar decisiones en este caso particular]

*D2: [inicialmente observa examinado con espejo y sonda⁶⁵ durante unos minutos y luego...]
Sí comienza haciendo la ficha...para que tengamos todo el estudio listo y podamos hacer los
provisorios para el día de la conexión, ¿ya?*

E: Perfecto

*D1: Mierda un poquitito...si y ella periodontalmente⁶⁶ bueno está como controlada...porque
el Dr. Valenzuela le hizo el tratamiento.*

¿Medicamentos que estaba tomando actualmente?

P: Eutirox...para resistencia a la insulina...tomo la...

E: Laformil

P: Laformil

D2: Ya

P: Y glifortec tomo

D: Ah Ya

Los DCE son capaces de adecuarse al contexto, a la situación clínica y realizar la adaptación según lo que se busca resolver. En la clínica, como muestra el ejemplo de D2, esto ocurre rápidamente, pregunta, analiza, relaciona, se deben tomar decisiones para cada caso y el docente durante la jornada va apoyando a diferentes estudiantes, cada uno con pacientes que presentan múltiples patologías y necesidades específicas de terapia.

D1 ha mostrado el talento de adaptarse a cada estudiante, paciente y contexto según lo observado en el trabajo de campo:

V46D1: 12:1 00:49.58

E: ...Uy ... ya me duele el hombro [alumna mueve el cuello y muestra el hombro que tiene cansado y adolorido]

...Por estrés... pensé que esto iba a ser cortito... mentira [en este momento mira a D1]

⁶⁵ Instrumentos básicos para realizar un examen clínico a un paciente.

⁶⁶ Habla sobre el estado de los tejidos blandos y duros que rodean al diente: principalmente encía y hueso.

D1: Ah no... uno propone...yo te dije que esto no era para un ratito.

E: ...pero no importa...menos mal que no hay más problema...

E2: ¿Dónde lo dejo? [llega con el instrumento solicitado por D1]

D1: no... no... pásaselo... pero por el otro lado

[observa docente lo que hace la alumna]

... es que la motita siempre se va ...enróllala para que se enganche y dobladita la tiras...tírala...

...la dejaste enganchada...

E: se engancho con la resina⁶⁷ ...estoy intentando... la veo perfecto

[D1 está al lado de la estudiante observando su procedimiento]

D1: la tenías con la resina para que la motita no se fuera a ir...

E: hasta la resina...por lo menos hasta la motita

D1: chao [se despide de alguien que ya se retira de la clínica]

¿Quieres que te ayude? [pregunta a la estudiante]

E: ...bueno...

D1: tráeme un extractor azul o verde⁶⁸, ¿hay guantecitos S?

E: ahí creo que quedan...

[D1 se lava las manos y se pone los guantes para ubicarse en el lugar de trabajo de la alumna]

E: estaba intentando despejar la resina...

D1: ¿Ah?

E: estaba intentando despejar la resina...

D1: acuérdate ... para dejar... y le vas a tener que preparar el provisorio...

[D1 se sienta, observa intraoralmente, toma los instrumentos]

... ¿por qué tienen tanta cosa ahí encima?

¡¡Ah!! Le pusiste una capa de adhesivo⁶⁹...

E: Sí, es que tenía que mantener sellado...

⁶⁷ Material que sella el diente y no la deja avanzar.

⁶⁸ Instrumento clave para otro procedimiento, pero que ID1 sabe es útil en este caso.

⁶⁹ Material que es una resina muy líquida y se unió con la motita de algodón, dificultando el retirarla.

D1...dame... claro pusiste la capa encima...por eso no tomaba...tiene resina encima...ahí está!

E: ...salió, pero de una!!

D1: sí, salió

En la situación expuesta D1 va tomando decisiones según se van dando las circunstancias, al principio se sitúa en una posición más de observadora, permitiendo a la estudiante autonomía, luego de un tiempo, al no lograr el objetivo, le da la posibilidad de continuar o si lo prefiere ayudarla, esto cuando ve que no es capaz de realizar la acción y le ha tomado tiempo. Siendo a través de la pregunta: ¿quieres que te ayude?, es la estudiante la que decide.

D1 tiene la disposición para situarse en un lugar que le permite al estudiante decidir, incluso le da tiempo para que pueda tratar de solucionar la problemática, y luego al ver que el tiempo para terminar la sesión está próximo, con la aprobación de la estudiante resuelve, realizando el procedimiento.

5.6.4. Interrogación didáctica, Errores de aprendizaje e Interpretación didáctica

La dinámica que se vivencia en la clínica es intensa, siendo la interrogación didáctica, la detección de errores de aprendizaje y la interpretación didáctica parte habitual de esa interacción. La frecuencia es alta y es el docente quien más utiliza estas formas de enseñanza-aprendizaje.

Si por algo se caracteriza el discurso del profesor en su actuación docente es por el uso constante de la interrogación. El aula es un espacio en el que se producen situaciones interrogativas con mucha más frecuencia que en cualquier otro lugar. El profesor pregunta, el alumno pregunta y de igual manera ambos esperan respuesta, además de una recompensa como un gesto, una palabra que estimule este diálogo. (Nieto, 2006).

La interrogación didáctica supone preguntas complejas que inducen al pensamiento crítico y que requieren reflexión para la elaboración de la respuesta por parte del estudiante.

La interpretación didáctica, cómo el profesor comprende las creencias de los estudiantes sobre la materia (J. . Medina & Jarauta, 2013). Los DCE buscan que el estudiante resuelva y ponga en acción una serie de procesos que le permitirán organizar, seleccionar, definir y comunicar la respuesta al docente sobre la comprensión de un asunto.

En los tres puntos indicados el conocimiento del estudiante permite al profesor la elaboración de mejores estrategias de aprendizaje, sin dejar de considerar lo singular del contexto clínico. Es un ejercicio considerado por los DCE parte de la enseñanza-aprendizaje para ir preparando al estudiante a tomar decisiones en la etapa de atención de pacientes, y el DCE de forma fluida va realizando la interrogación didáctica según sus objetivos: la mayoría de las veces aplicar, sintetizar, analizar y evaluar.

Los DCE tienen paciencia para esperar las respuestas de los estudiantes y se dan tiempo para interpretarlas, buscando qué quiere decir si no es claro, y replanteando para dar oportunidad a que el alumno reflexione y busque la respuesta esperada.

Las concepciones de los docentes sobre el uso de preguntas en la enseñanza se vinculan con sus propias concepciones acerca de los procesos de enseñanza y aprendizaje y sus concepciones sobre los contenidos a enseñar. (Serafini, 2016, p. 23).

Algunos ejemplos que se observaron en el trabajo de campo en los DCE en donde se evidencian estas estrategias didácticas son:

Errores de aprendizaje:

OV4D1-5:2.00-10:40

D1: Lo hicieron con calor primero?

E1: Directo

D1: Directo

E2: Y no salió casi nada de guta⁷⁰

E1: No, ... si salió

D1: Sentiste que salió algún cono?

E: No

D1: El instrumento lo perdiste en el camino

E: No, si estaba con él

D1: No se fracturó?, ... miraste adentro

E: No, si llegó con él...sentado

En este caso la estudiante no ha tomado conciencia del procedimiento y los errores que ha cometido, por lo que la D1 trata con el cuestionamiento y no sólo intenta obtener información de su conocimiento, también, a través de la pregunta interpreto que D1 quiere ir dando énfasis en la situación crítica que se está viviendo y que se haga responsable para poder solucionar. Esto lo explicita en la conversación con el docente a cargo de la estudiante y ella presente:

OV12D1-6:100:23:15

D1: Mira...Hubo una desobturación⁷¹

DX: total

D1: Mira...Pusieron la peeso⁷² al largo de la desobturación...La verdad es que no establecieron la longitud real⁷³, ni fueron paso a paso... entraron directo...

OV12D1-64 01:41.14 01:47.21-01:47.29

D1: Bueno...hubo un error

Otra situación observada es la del DCE con una estudiante y la evaluación del paciente:

⁷⁰ Nombra de manera abreviada el material: gutapecha que está al interior de los canales radiculares.

⁷¹ En este caso es una desobturación no esperada, ya que retiró todo el material dentro del diente y debía dejar una parte.

⁷² Instrumento que permite retirar material dentro de los canales radiculares.

⁷³ Se refiere a la distancia total del diente, que sirve para definir la extensión de los procedimientos.

OV10D2-5 01:44.26-02:01.83

D2: Muerda otra vez...abra un poquitito...Macarena, venga para acá...colóquese acá, cierre, suelte, suelte, si vemos esta pacientita, bueno aquí hay un resto como una sochapa⁷⁴ ...cierto...metálica, un resto radicular...

E: dijo que se le iba quebrando y cada vez le iban colocando más amalgama

D2: ya...Describeme cómo está la situación del paciente... ¿qué es lo que ves?

E: primero que nada, Estomatitis subprotésica⁷⁵, es lo que me llamó la atención

D2: ya

E: por la prótesis que ya tiene veinte años, la cuida, pero no es mucho lo que puede hacer

D2: ya

E: A parte Inflamación gingival⁷⁶

D2: Ya

E: Movilidad piezas dentarias

D2: Ya

E: Restauraciones en mal estado

D2: Más global, si tuviéramos que definir primero...lo más global es un paciente desdentado parcial

E: un paciente desdentado parcial, sí.

En esta situación, la D2 va orientando la conversación para obtener la respuesta que permite entender el caso clínico a través de un orden de análisis, desde lo general a lo particular.

En este diálogo, D2 interroga al estudiante para obtener información vital en el diagnóstico, interpreto que busca saber si es capaz de observar lo importante, lo que le debe llamar la atención y que no deje pasar una lesión oral que debe tratar.

⁷⁴ Elemento metálico que se deja sumergido en la encía, para conservar hueso y apoyar una prótesis removible.

⁷⁵ Enfermedad inflamatoria de la mucosa bajo una prótesis.

⁷⁶ Inflamación de la encía y mucosa por el uso de la prótesis desajustada.

Los DCE utilizan habitualmente preguntas que obligan al estudiante a reflexionar, traer el conocimiento previo y reorganizarlo frente a determinada situación. Asimismo, la interrogación de: ¿Por qué? Es reiterativa, buscando el argumento que defienda lo señalado por el alumno hasta llegar a satisfacer al profesor con la respuesta dada y asegurar el aprendizaje. Son menos comunes las preguntas dicotómicas, ya que lo que indican los DCE que buscan es un razonamiento clínico y no memorización de los contenidos.

En otras circunstancias, se observa cómo interpreta el docente la comprensión del estudiante respecto a lo que acontece en la situación clínica:

OV13D3-2:9 05:33.56-05:51.20

D3: ¿Qué más podemos ver en la foto de perfil? aparte del perfil facial

A: Eso ...El cuello

D3: Eso...eso

E: La curva

D3: Eso, hay pacientes que pueden tener posturas complejas, adelantados...

En este fragmento D3 interroga buscando más que la respuesta inicial, indaga y va obteniendo una respuesta más completa y acertada. Como D3, los DCE utilizan la interrogación didáctica en múltiples ocasiones, y rescatan que a medida que la conversación avanza el alumno se da cuenta que sabe más de lo que cree y logra ordenar sus pensamientos para plantearlos.

Cada pregunta busca un objetivo, y el DCE la guía, logrando por ejemplo evidenciar el error, pero por el propio estudiante y además interpreta el nivel de conocimiento de acuerdo con la respuesta entregada por el estudiante.

5.6.5. Pensamiento en voz alta y Pensamiento experto

En los DCE el pensamiento en voz alta es concurrente, el verbalizar su pensamiento realiza un proceso de análisis de la situación, recolectando información va guiando al estudiante y

facilitando la forma de comprender esta articulación que va realizando el docente que une su experiencia a esta nueva condición, en un lugar específico y bajo condiciones particulares del paciente, lo cual da oportunidad a que el estudiante razone lo explicitado y genere ideas, preguntas y respuestas que siguen este pensamiento experto, que es capaz de tener a disposición una serie de posibles soluciones a los problemas que plantea la clínica.

En la observación del D3 se da el siguiente caso:

OV32D3-38:8 02:35.56

D3: ...y lo conversamos con más evidencia objetiva...ya...pero esto es algo tan pequeño, ... ¿Qué cosas a favor tenemos de esto?... que no tienen aparentemente un conducto ensanchado normalmente de manera relevante, o sea, el ensanchamiento está en una etapa inicial del cuello⁷⁷, pero no se continúa hacia el interior. Tenemos una longitud dentinaria de las paredes bastante favorable en ese sentido ... ¿Qué tenemos de malo? relación corono radicular⁷⁸, ya... un alargamiento⁷⁹ puede no ser viable.

[En esta situación el D3 va exponiendo sus argumentos y dando a los estudiantes una forma de análisis comparativo de lo positivo y negativo que se va analizando de la situación clínica, construyendo paso a paso este análisis]

En esta sesión D3 instala las preguntas como la estrategia de enseñanza-aprendizaje. Da pistas para que el alumno pueda tomar de ahí sus argumentos y encaminar la respuesta. Da la idea de que si no responde no necesariamente no sabe, el estudiante podría estar elaborando la respuesta o aún no entender la pregunta y vuelve a preguntar luego de entregar antecedentes.

En otra situación con paciente, D2 va pensando, hablando y mostrando al estudiante:

⁷⁷ Señala la parte del diente que recibe la denominación de cuello o zona cervical.

⁷⁸ Partes del diente: raíz, dentro del tejido blando y la corona, que se ve en la boca.

⁷⁹ Procedimiento odontológico que permite visualizar más diente remanente.

OV11D2-6:2 00:28.59

D2: ...generar una coronita un poquitito más ancha, más simétrica, con esto y además tratando de evitar y eliminar ese triángulo negro⁸⁰ que nos quedaría acá...

E. Perfecto

D2: ...para todo lo que es retención de alimento y eso

E: Mmm

D2: Estos implantes fueron puestos con guías quirúrgicas⁸¹, quedaron súper bien puestos, el paralelismo...la posición de éste está muy bien...

[La D2 hace una proyección de la situación clínica en voz alta, pone a disposición del estudiante la forma de enfocar el caso y le entrega pautas para que el estudiante vea cómo un DCE construye el análisis y cómo enfrenta el caso]

Se concluye, entonces, que el cuestionamiento cognitivo es un proceso de problematización que permite desencadenar otros sucesos, como la reflexión, concientización, argumentación, cambios conceptuales, cambios procedimentales y cambios actitudinales en la persona que está aprendiendo. (Figuroa & Páez, 2008, p. 122).

En la siguiente situación tenemos al docente interactuando con la estudiante y entregando su forma de pensar, logrando que la estudiante reaccione a lo que plantea la D1.

OV15D1-8:2 00:31.10

D1: Por eso te digo... eso, irse para allá como tú dices...esa desviación también puede estar hacia vestibular⁸²...entonces...

E: Mmm [afirmando]

D1: ...Hay que tener cuidado y ver la situación ahí... ¿qué es exactamente lo que hay? Porque como te digo, si tú te fijas... como que entraron por una pequeña cavidad aquí...entonces

⁸⁰ Son los triángulos que se forman en la zona cercana de la comisura al sonreír.

⁸¹ Dispositivos que facilitan la instalación de los implantes.

⁸² Área que mira hacia el frente de los dientes, la cara que toca los labios por ejemplo en los dientes de adelante.

E: ...pero igual yo siento que falta destechar

D1: Por eso te digo... sí

La estrategia del pensamiento en voz alta unido al pensamiento experto provoca un verdadero impulso al estudiante. Dicho por los alumnos (notas de CC) les ayuda a comprender cómo sus profesores son capaces de examinar situaciones problemáticas y construir soluciones, así pueden elaborar también sus propias fórmulas de solución.

5.6.6. Retroalimentación

En el ejercicio de la docencia la comunicación con el estudiante se traduce en un constante intercambio de conversaciones que buscan fortalecer su aprendizaje, para ello la instancia de retroalimentación se considera esencial.

El feedback o retroalimentación, para que sea útil y efectivo, debe ser oportuno, ofrecerse con rigurosidad, frecuentemente, en coherencia con los desempeños esperados, ser claro en su entrega (Iturra & Riquelme, 2017, p. 148).

En los docentes estudiados se observa que la instancia de retroalimentar tiene dos figuras, una espontánea que se va dando según las circunstancias y otra formal que está considerada en la programación del curso y tiene un tiempo protegido.

En el siguiente ejemplo de retroalimentación se une la interrogación didáctica a este proceso de retroalimentación en D1:

OV15D1-8:6 02:30.18

D1: Ya, ...pero aquí como que el borde incisal⁸³...

E: ...está como medio cortado...

⁸³ Corresponde al borde inferior de dientes anteriores superiores y borde superior de dientes anteroinferiores, sirve para cortar.

D1...está como medio acortado...entonces el ideal es que la radiografía esté centrada en este diente...porque nos va a permitir...aquí ...está centrada en los dos...y

E: claro...

D1: ...y está con demasiada angulación, y no alcanzas a ver ...porque eso también te va a alterar la medida...que es como referencia. Aquí con suerte ves que está por aquí.

Entonces, yo creo que lo ideal es tener una buena, ...buena radiografía...que esté centrada...que cumpla con los requisitos...

[D1 va mostrando con su dedo en la radiografía digital para conseguir que la estudiante se dé cuenta de que está evaluando el caso con un examen que no tiene las características ideales y que eso puede llevar a error, así, de manera consciente y amable le indica que debe tomar la resolución de repetir la radiografía bajo los parámetros que conoce el estudiante, pero que no había considerado en este caso. Al aceptarlo y entender las razones podrá luego criticar un examen y definir si es necesario hacer otro o repetirlo, ya que no es útil con esas falencias]

Los DCE entregan retroalimentación constante y oportuna, y dan espacio a los alumnos para que analicen la posibilidad de mejora y en conjunto puedan construir una fórmula para hacer que las situaciones más débiles sean superadas con el logro del aprendizaje esperado. En la práctica clínica el docente a cargo suele estar muy pendiente a todo lo que acontece y va reforzando lo positivo y corrigiendo lo que debe mejorar, en ocasiones repetir un procedimiento que no ha resultado correcto, y acompaña al alumno a la atención con el paciente para realizar la acción con apoyo.

En el ejercicio práctico de obtener un resultado para analizar el caso del paciente, se observa el acompañamiento y la retroalimentación que brinda el docente D2:

OV15D2-8:17 02:56.71

D2: Abra..ya...veamos...si ahí estás sobre mis marcas...te fijas...ahí está... Como ya sabemos la posición...

[Comprueba lo demostrado con lo que luego realiza la estudiante y lo compara y verifica, entregando su aprobación de lo realizado. Esta retroalimentación según señala D2 permite

adquirir confianza y darse cuenta de que está realizando un procedimiento correcto que tiene una proyección en el tratamiento del paciente]

D2 ha dedicado tiempo al estudiante, ha realizado la demostración del procedimiento en el paciente y le ha explicado para que lo realice en forma autónoma, luego corrobora que esté bien realizado y con ello completa un círculo de enseñanza-aprendizaje y le da la confianza al estudiante de que lo ha hecho bien al ver las marcas sobre las de las que trabajó D2.

El beneficio final de la retroalimentación es el logro de competencias en el alumno, a través de cambios en las actitudes y las conductas del alumno y el docente y la generación de un plan de acción. Proveer retroalimentación formal requiere de inversión de tiempo, esfuerzo y de la capacitación de docentes y alumnos, e involucra una planificación y programación destinando tiempo y espacio protegido dentro de los cursos. (A. & Aphang-lam, 2017, p. 175).

5.6.7. Resolución de problemas clínicos

Dar respuesta a los problemas clínicos implica obtener un correcto diagnóstico, entregar un tratamiento efectivo y cumplir con las expectativas del paciente.

El razonamiento clínico es la forma de pensamiento aplicada al diagnóstico médico. Representa la fase racional del método clínico a través de la cual el médico formula una o varias hipótesis y las somete a prueba para la confirmación del diagnóstico. (Losada, Socías, Delgado, Boffill, & Rodríguez, 2016, párr. 1).

El razonamiento clínico contribuye a fortalecer la resolución de problemas clínicos y la evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje. Este razonamiento es parte del quehacer del DCE que enfrenta las situaciones clínicas desde varios puntos de vista, y entregando al estudiante un abanico de posibilidades, mostrando su conocimiento y capacidad de aplicación según los casos.

En el siguiente ejemplo se hace evidente la claridad de este pensamiento en la D1, y cómo lo va resolviendo según la situación que está enfrentando:

OV12D1-6:8 03:17.13

D1: ...mejor que lo manden con resina

DX: aunque no quede anatómicamente ... para poder aislar⁸⁴

D1: no ...no ...además yo me fijaba que la pared vestibular está súper delgada...

DX: no... si eso se fue...

D1: por eso te digo...vi que tiene una resina delgadita...

DX: eso es ionómero⁸⁵...

D1: o lo que sea... por eso te digo...lo que sea...mejor que reconstituyan las paredes proximales⁸⁶ y esa vestibular... ni siquiera tan alta ...sino para que quede el recipiente...para que te contenga... y te quede bien aislado... todo eso mejor que lo hagan con resina... y se lo manden a quien vaya a hacer la endodoncia.

[En este caso, la D1 resuelve la situación clínica con otro docente y le va dando la posibilidad óptima de resolver para colaborar con la atención del paciente y la estudiante. Junto al otro docente, está la estudiante escuchando todo lo que ambos van comentando]

Este ejemplo es una conversación entre docentes, ambos especialistas del área clínica. D1 da su visión experta, entrega la solución y argumenta.

Otra observación de resolución la entrega D2, analizando intraoralmente a un paciente junto al estudiante:

⁸⁴ Este procedimiento permite dejar solo al diente, sin contacto con otros dientes, sin saliva, mejillas, así se trabaja con mayor seguridad y comodidad.

⁸⁵ Material odontológico provisorio, para este caso no tiene todas las propiedades requeridas.

⁸⁶ Corresponde a las paredes que tocan entre los dientes.

OV1D2: 1:3 00:34.65

D2: hacer la correcta medición de aquí a acá...todo esto...dividir el espacio en dos y luego ensanchar este diente con resina de manera que nos permita rehabilitar dos centrales que sean exactamente iguales en ancho... ¿ya? y

E: yo tenía un caso muy parecido...

D2: claro...y posteriormente a eso cuando ya tengamos la división de espacio, el análisis como tres D, espacial..ahí uno decide que implante coloco.

La forma de resolver de los DCE demuestra su saber; como hacen reflexión en la acción tienen la habilidad de cuestionarse en determinado momento, con lo cual repiensen su actuación y los estudiantes atentos aprenden de estos profesionales competentes y reconocidos, por su gran capacidad para lograr el manejo de situaciones complejas.

Barba, González, & Barba (2014) mencionan a:

Schön (1983), quien considera que la reflexión surge cuando algo imprevisto ocurre en el aula, ya que se piensa por qué ha sucedido y se plantea cómo evitar que vuelva a suceder. Este proceso que surge y tiene sentido dentro del aula está guiado e influido por la forma en que el profesor o la profesora entiende la educación. De este modo, si las dificultades son específicas de un contexto, las soluciones también son específicas de cada profesor y basadas en la reflexión desde su perspectiva personal. (p. 56)

Al hacer el análisis con el paciente y el estudiante se forma un triángulo virtuoso, el paciente tiene a su lado un profesional capacitado y resolutivo, junto a él, un estudiante interesado en aprender. Además, está relacionado con un caso que es similar y le permite hacer un cruce de información con lo que experimentó previamente.

En el siguiente ejemplo el D3 también demuestra la capacidad de resolver situaciones problemáticas en clínica:

V14D3-3:4 01:17.49

[Se evidencia la capacidad del DCE de dar soluciones a los problemas que se van presentando en la clínica y cómo va desarrollando con el estudiante una forma de enseñanza que le permite al alumno]

E: ...ese pedacito de dentina⁸⁷ que estaba fortaleciendo por vestibular...

D3: se podría...

E: ...con la corona literalmente ...voy a sacar todo...

D3: exactamente sí...se podría hacer...se podría hacer

Hay miles de técnicas...

E: Ya...

D3: ...esa es otra forma....otra forma por ejemplo ...puede ser lo que se hace hoy día en Suiza, es hacer un complemento, pero sin poste . Lo que ellos hacen como... incrustación palatina⁸⁸ de composite ya? y por delante hacen la carilla...conservan la mayor cantidad de dentina...

E: claro

D3: no por el poste⁸⁹... por el ensanchamiento, simplemente colocan la resina y hacen una incrustación por palatino, tallan y después ponen la carilla, queda el remanente dentinario en el centro la carilla por acá y la incrustación por acá

En el análisis de este fragmento se visualiza que el DCE tiene alternativas para dar soluciones, su experiencia lo avala, y generosamente las ofrece al estudiante. Interpreto que

⁸⁷ Tejido dentario que se encuentra como una segunda capa desde fuera hacia dentro.

⁸⁸ Restauración compleja que debe ser realizada junto al laboratorio dental.

⁸⁹ Elemento metálico que se inserta al interior del diente en la zona de atrás, parte que mira al interior de la boca.

le da la idea de que no hay un solo camino y que según el caso y los recursos se tomarán decisiones.

En el D2 se observan situaciones que de forma natural resuelve:

OVD2-5:9 03:33.10

D2: ...porque aquí el hueso está bien arriba...

E: mmm...[indicando que está de acuerdo]

D2: ...pero yo creo que...este caso me da la impresión que es mejor resolverlo con una buena prótesis removible...ya?

E: Mmmm

D2: ...ahora ...Acá arriba... obviamente esto podemos evaluarlo si involucramos toda la rehabilitación.

Para este caso D2 va pensando mientras le muestra al estudiante en la boca del paciente, fijando su atención en aspectos cruciales y guiando a la posible solución, pero también entregando una alternativa en caso de que se pueda hacer algo más completo. Es un análisis que evoluciona y que, con la reflexión en la acción, es decir en el momento, permite buscar otros caminos.

En el siguiente diálogo D1 no sólo da la idea de cómo resolver la dificultad que tiene la estudiante, también resuelve tomando en sus manos el procedimiento clínico:

OV46D1-12:9 00:19.50

E: Está medio tapado...

D1: pero sácala con un extractor⁹⁰ ...te sale más fácil

⁹⁰ Instrumento con púas que permite atrapar el algodón.

E: traéme un extractor [pide la alumna a su compañera de box]

D1: con un extractor pulpar grande y llegas y lo sacas...

En este episodio se produce la resolución del problema clínico por parte de D1 primero, intentando que sea la alumna la que realice el procedimiento con las indicaciones que le da. D1 sabe cómo resolver en forma rápida y fácil esta situación, ya lo ha realizado en varias ocasiones me comenta y le entrega su conocimiento a la estudiante, que al continuar viendo la escena lo intenta y no lo logra. Al darse cuenta D1 que ya es hora del cierre de la clínica decide solucionar en beneficio del paciente y la estudiante, así, la podrá ver en acción. En forma eficiente y rápida observo que cumple la tarea y la estudiante queda impresionada de la destreza de D1.

La enseñanza en ambientes clínicos es un acto educativo y también médico, cuyo objetivo es ayudar al paciente a recuperar el estado de salud que afecta a la esfera del cuerpo material, mental y espiritual. Y el DCE pone a disposición de pacientes y estudiantes todo su conocimiento y experiencia para ello, logrando resolver la necesidad del paciente en su problemática de salud y en el estudiante, entregando su enseñanza para el aprendizaje.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES



Fuente: www.flickr.com/photos/cheishichiyo/14037065976



6. CONCLUSIONES

“La satisfacción radica en el esfuerzo, no en el logro. El esfuerzo total es una victoria completa”

- Mahatma Gandhi.

Los antecedentes de este estudio colaboran para concluir los siguientes aspectos interpretados por la investigadora, según el orden de las interrogantes y objetivos planteados al inicio del estudio y coinciden las interpretaciones en forma general con los estudiantes y docentes seleccionados.

Características del docente clínico experto que contribuyen con el aprendizaje de los estudiantes.

Los docentes clínicos destacados que participaron en el estudio presentan características similares en lo humano: valores y principios, como, por ejemplo, respeto, justicia y empatía y junto a estos se suma lo que corresponde a la formación disciplinar y pedagógica, que se lleva a cabo en un proceso de formación tanto profesional como docente, en un tiempo variable y que estos profesores universitarios han continuado enriqueciendo día a día.

Estos profesores destacados presentan algunas diferencias o predominio de una característica más que otra, creando así un perfil individual que permite interpretar la posibilidad de que el DCE genera una base sobre la cual se construye su identidad y requiere un camino a recorrer, perfeccionándose y adquiriendo conocimiento en la práctica, que luego aplica en forma natural en la docencia.

El Conocimiento Didáctico del Contenido, configura la identidad del docente

Al estar constituido por el Conocimiento disciplinar y el Conocimiento didáctico, el CDC obtenido a través de la experiencia del profesor en diferentes escenarios, junto a las creencias, percepciones en la forma de ver la enseñanza y el aprendizaje, es parte de él, unido a todos

estos aspectos, dando como resultado una enseñanza que facilita el aprender en un contexto dinámico como es la clínica.

Los docentes clínicos expertos demuestran capacidades logradas a través del tiempo, han construido su CDC de forma sistemática y han adquirido medios para hacer una docencia profesional. A través de diferentes cursos del área educativa su vida profesional, sus experiencias personales como estudiantes y profesionales les han entregado instrumentos para una atención segura y de calidad para el paciente y para el protagonista del aprendizaje: el estudiante.

Cada académico valorado tiene una fórmula singular que es producto de su trayectoria en docencia, en su área clínica y su vida personal que va configurando su identidad.

El CDC se adquiere y perfecciona con la experiencia

La capacidad de los docentes expertos por desarrollar una enseñanza de calidad está ligada a una mejora constante, en la búsqueda de perfeccionarse adquieren experiencia y evolucionan, van modificando su docencia y reflexionan para acomodar la enseñanza al aprendizaje del estudiante, una persona única que requiere atención y que se presenta desafiante para el profesor. Son capaces de elaborar un pensamiento que se traduce en acción para ayudar al aprendizaje clínico, adaptándose a las circunstancias que van sucediendo en la interacción de los estudiantes y pacientes.

Los docentes más valorados han trabajado en su formación, han realizado cursos en su disciplina y en docencia, diplomas, especialidades, se actualizan y sienten la necesidad de continuar aprendiendo, mostrando su versatilidad a través del CDC.

El CDC es un conocimiento práctico y reflexivo

El docente hace evidente este conocimiento práctico a través su enseñanza, puede demostrar reflexión en la acción y sobre la acción. La clínica le permite dar argumentos al participar en la enseñanza con pacientes, en un ambiente muy similar al que el profesional vive a diario. Esto va unido a la experiencia, ya que el DCE demuestra a sus estudiantes en los procedimientos, en su comportamiento con otros profesores, con los pacientes y con otros funcionarios de la clínica, su buen desempeño logrado con el tiempo y con su práctica clínica profesional, sumada la reflexión que hace constantemente para continuar mejorando en la búsqueda de una docencia centrada en el estudiante.

El CDC es un saber situado

Para llevar a cabo este conocimiento, el docente es capaz de adaptarse a las circunstancias, a cada estudiante, paciente y equipo de trabajo. El docente experto busca alternativas según el contexto y tiene la capacidad de entregar la docencia de manera particular para cada caso. Este conocimiento situado les permite poner a disposición de los estudiantes formas de dar soluciones que pueden ir modificándose según el escenario y los protagonistas. Permite al alumnado entender que es necesario pensar en el momento y las circunstancias para actuar. El CDC permite al docente amoldarse a los jóvenes actuales con sus creencias, expectativas e intereses, logrando crear un vínculo que desarrolla en el transcurso del tiempo.

Manifestaciones del CDC en la enseñanza de la odontología clínica

Los docentes clínicos más valorados han centrado su aprendizaje en aspectos prácticos, dirigidos a colaborar con el avance de los estudiantes en la clínica. Las manifestaciones del CDC en los académicos de este estudio destacan y coinciden en los siguientes aspectos avalados por sus estudiantes:

- Explicitación de la Anticipación de aplicación y Anticipación clínica en un contexto seguro para el paciente y para el estudiante. El DCE tiene la capacidad de adelantarse

para guiar en el aprendizaje, advirtiendo en forma anticipada la importancia de determinado conocimiento y la forma de aplicar, procurando hacer énfasis en la actividad clínica e integrando las disciplinas de la odontología.

- Uso de la retroalimentación en forma constante, programada e informal, siguiendo el avance del aprendizaje que vive el estudiante. Esta actividad tiene para el DCE importancia, así, puede reforzar lo positivo y también detectar errores que podrían ser rápidamente revertidos con esta supervisión. La retroalimentación (Feedback y Forward) constante destaca en estos docentes, es una forma de trabajar junto al estudiante, en la clínica, siguiendo sus pasos y así entregar la información sobre el aprendizaje: lo que debe mejorar y lo que ha logrado, con el consiguiente plan de trabajo para alcanzar el nivel esperado en la etapa en que se encuentra. En ese sentido, una de las docentes hace hincapié en que esta retroalimentación debe ser inmediata, así, el estudiante comprende el porqué de lo que se está conversando y puede reflexionar ante lo explicitado para mejorar.
- La valoración del paciente y principalmente el respeto que genera atender a una persona es un aspecto que destaca en la experiencia clínica de los estudiantes. En reiteradas ocasiones los docentes señalan la importancia de esta persona que generosamente se entrega a manos inexpertas. Los estudiantes, al inicio temerosos de tratar a estos pacientes, van demostrando confianza y realizando con más facilidad diagnósticos, terapias y pronósticos en casos acordes a su nivel, siempre resguardando y respetando a la persona. El papel del paciente es fundamental para lograr desarrollar habilidades y destrezas en la formación de un odontólogo y permite el objetivo de la profesión: devolver la salud bucal.
- Detección y aclaración de los errores en la clínica docente odontológica, el DCE conoce los errores más frecuentes a los que se enfrenta un estudiante y puede adelantarse, previniendo estas situaciones y en los casos que ya hayan ocurrido disminuir el daño o corregirlos completamente. Entrega evidencias de una enseñanza que basada en estrategias escogidas por los DCE logran velar por resultados que den seguridad al paciente y estudiante.
- Se demuestra la capacidad creativa con recursos didácticos que manejan los docentes para lograr el aprendizaje, lo cual facilita el aprendizaje y lo fortalece, se incluye la

apropiación de exámenes complementarios, equipos radiográficos, los articuladores, el uso de casos simulados, ejemplos, analogías, dibujos, etc.

- Conocimiento de los estudiantes y una de las características de los académicos que resalta es el interés por comprender a los estudiantes, comprender sus intereses, motivaciones, preocupaciones y frustraciones para lograr conectar con ellos y potenciarlos, reconociendo sus semejanzas y diferencias, entregando la enseñanza de acuerdo con las realidades y personalidades de cada alumno.
- Para el docente, el modelaje es parte de su rol, destacan lo que se dice y lo que se hace, dando mayor relevancia a lo que demuestran como docentes en la clínica. Se dejan ver como guías en el avance del estudiante, llevando a cabo una forma personalizada de enseñar según el tipo de alumno.

Los DCE logran transmitir el contenido de las disciplinas de formas comprensible a los estudiantes en la clínica. Los DCE tienen la capacidad de integrar todos sus saberes para acompañar al estudiante según las necesidades de éste y el contexto que se presenta, mediando el aprendizaje de nuevos conocimientos y fortaleciendo los ya existentes.

Luego de realizar este estudio, expreso algunas ideas que sintetizan lo observado y algunas preguntas para reflexionar:

Los docentes clínicos expertos de este estudio tienen características que son valoradas por los estudiantes, colegas y autoridades de la comunidad odontológica desde los principios y valores como la empatía, el respeto, organización, y otras tan positivas como las mencionadas, tal como la preocupación por el paciente y el estudiante. Además, dan evidencias de su profundo conocimiento disciplinar, tienen un gran compromiso con la actualización constante, suman a esto sus capacidades para aplicar estrategias didácticas originales según la necesidad del estudiante y el contexto. Esto lo han logrado con esfuerzo a través de su proceso de crecimiento profesional tanto de su área disciplinar como la formación en docencia y sin duda reflexionando sobre su actuar según el contexto.

El CDC efectivamente se manifiesta en el desarrollo de estos docentes estudiados, hacen de su experiencia y crecimiento profesional herramientas para mejorar su enseñanza, se

permiten conocer a los estudiantes y dedicarles tiempo, no sólo para potenciarlos en su conocimiento, ya que consideran que el alumno debe ser una persona integral y destacan que están al servicio del paciente, lo cual resulta un modelo para el alumnado.

El complejo contexto clínico requiere una gestión mayor por parte de los docentes clínicos expertos y les permite innovar en estrategias para el avance de sus estudiantes y resolución de los tratamientos de los pacientes. Tienen recursos didácticos acordes a las situaciones que se les presentan; gracias a su experiencia y formación pueden transformar su conocimiento para compartirlo en la clínica, sus historias de vida junto a su trayectoria profesional los hacen ser valorados por sus pares y estudiantes que reconocen su calidad como docentes de excelencia.

6.1. Sugerencias para la formación continua en la docencia clínica.

Este proceso de investigación sobre el Conocimiento Didáctico del Contenido en docentes clínicos expertos de odontología ha entregado entendimiento sobre su generación, manifestaciones y fuentes, lo cual me lleva a manifestar ideas sobre la formación del docente clínico en odontología y la formación continua de los académicos en esta área en particular.

Es posible considerar como política de carrera algunas de estas orientaciones que se generan del estudio realizado y que se basan principalmente en el CDC y sus características; para esto se requiere el compromiso institucional y motivación del equipo docente, pudiendo considerar las siguientes iniciativas:

Seguimiento de actividades docentes: clases, prácticas preclínicas y clínicas con un docente asesor para realizar la observación, registro y análisis, en busca de acordar las mejores prácticas para los contextos mencionados, ya que finalmente los estudiantes llegarán a la clínica con un aprendizaje más profundo y motivados. Además de avanzar en la integración de las disciplinas y homogeneizar la docencia de calidad en la Escuela de Odontología.

Incluir un **programa de formación continua** para los docentes clínicos y los interesados en dar el paso a la clínica; esto permitirá sistematizar la construcción de académicos idóneos en esta área fundamental para el cirujano-dentista y promover la didáctica singular que se requiere para esta disciplina. Lo anterior es posible a través de la organización y motivación de los propios docentes y directivos de la carrera, con la finalidad de realizar una docencia de alto nivel en todos los sentidos. Esto, no sólo se puede considerar para los propios integrantes de nuestra comunidad académica, sino también para docentes externos a la institución, considerando jornadas, debates o cursos, que además permitirían construir redes y formar equipos de trabajo en temas de interés.

La **Investigación en docencia clínica en odontología** aún es incipiente en mi país y requiere un esfuerzo mancomunado para avanzar y desarrollar estos estudios. El trabajo que realizan los docentes clínicos permite dar paso a un profesional que será un aporte a la profesión y sociedad. Cada docente puede entregar aspectos relevantes para la docencia como su formación, motivación, práctica y estrategias por mencionar algunas, pero es necesario sistematizar y reflexionar a través de estudios que permitan dar a conocer lo desarrollado y ser difundido a la comunidad académica para discutir y hacer cada día nuevos progresos. Así también lo declara González, (2010, p. 137): “...desarrollar un cuerpo de conocimiento basado en investigación sobre aprendizaje y docencia en las universidades chilenas”.

Por otra parte, **la evaluación docente**, dentro de la propia comunidad odontológica, puede ser incentivada por medio de reconocimientos internos que promuevan la mejora continua y la valoración de los docentes clínicos más apreciados por sus características personales, metodológicas, entre otras, de forma periódica.

Y es posible continuar con un **estudio dedicado a los estudiantes** para comprender cómo aprenden los estudiantes universitarios, tanto los alumnos que logran apropiarse de su aprendizaje como aquellos menos autónomos, logrando obtener información relevante para ayudar a llegar a un nivel óptimo de formación, con un aprendizaje profundo y entregar pistas a los docentes clínicos para guiar a los estudiantes con mayor facilidad y según sus diferentes situaciones de aprendizaje.

Luego de vivir esta experiencia surgen algunas preguntas que dejo enunciadas a continuación:

Desde la mirada de los DCE ¿Cuáles son las estrategias más efectivas para el aprendizaje en clínica?, ¿Cómo perciben los estudiantes su aprendizaje?, ¿Qué necesitan los docentes en clínica para ser más efectivos?, ¿Cómo aprenden los estudiantes que obtienen buenos resultados en la clínica?

6.2. Limitaciones del estudio

Es posible considerar en esta investigación algunas limitaciones que pueden ser mejoradas en instancias futuras. Uno de estos aspectos es el número de docentes, aunque son tres docentes expertos clínicos que se estudian en profundidad, la representatividad es limitada, ya que no incluye a todos los docentes clínicos, quienes podrían entregar otro tipo de información o evidencia respecto al estudio del CDC en docentes destacados por la comunidad odontológica. Esto determina que el lector se pregunte qué puede ser útil para él del estudio y en qué situación lo puede aplicar.

Lo que es claro es que no se generaliza, pero sí se puede lograr la transferencia hacia la teoría y hacia otros casos similares, por lo que se puede aprovechar la generación de ideas para otros contextos.

La posibilidad de alterar el contexto al realizar la observación en el trabajo de campo no es controlada y puede influir en las conductas iniciales de los docentes estudiados, pero el tiempo dedicado logra que la presencia del investigador se normalice y puedan interactuar probablemente con menos influencia que la inicial, para realizar su práctica docente sin condicionarla por la presencia del investigador.

Por otra parte, en calidad de investigadora he vertido mis apreciaciones, por tanto mi subjetividad, así como la información recogida a través de la observación, tiene un sello que le da el investigador cualitativo. De igual forma se obtuvo evidencia que permitió avanzar en comprender cómo los docentes clínicos más valorados transforman el contenido en prácticas

docentes que facilitan el aprendizaje. Se ha puesto interés en detallar los procedimientos para hacer replicable el estudio y la rigurosidad en cada etapa desarrollada.

Aun considerando estas limitaciones, es posible defender la creación de conocimiento a través de este estudio y su contribución en reconocer y definir las dimensiones y manifestaciones del CDC en los docentes clínicos seleccionados por la comunidad odontológica de la Pontificia Universidad Católica de Chile, colaborando con un acercamiento al perfil de un docente clínico experto y el proceso de construcción profesional y pedagógica de estos excelentes académicos.

6.3. Reflexiones finales

Durante este tiempo son diversos los aprendizajes y dejo estas últimas letras para dar un sentido integrador al proceso del doctorado, ya que es una experiencia sin duda enriquecedora tanto en lo profesional como en lo personal. Tiene obstáculos, sobre todo personales, porque este desafío autoimpuesto obliga a redefinir prioridades y establecer una disciplina mayor a los tiempos ya escasos en la vida diaria, siendo necesario asumir que nos perderemos de momentos valiosos familiares, laborales y personales. Además, este período no está definido, por lo cual en muchas ocasiones se siente la soledad de un camino exigente que obliga a retroceder y volver a retomar, haciéndose cuesta arriba con una sensación de frustración por no llegar a la meta.

Al ir madurando en el ejercicio de la escritura, la reflexión que me acompañó fue de que cada párrafo era un pequeño avance y lentamente fui logrando administrar el tiempo, pero ha sido la Pandemia del COVID-19 algo tan complejo a nivel mundial la que me motivó a repensar mi postura y salir adelante en estos tiempos de incertidumbre. Si había que protegerse y proteger, debía concentrar energía para este estudio.

Como en todo ámbito hay fuerzas positivas que se van encontrando en este trayecto; no falta la mano amiga para dar palabras de aliento y sobre todo la familia, que fortalece con cariño

cada avance. Destaco el lenguaje, mi formación científica y sintética se abrió a un nuevo mundo, rico en palabras, conceptos y definiciones; reconozco el gusto por la escritura que permite reflexionar y hacerse constantemente una autocrítica, lo que sin lugar a dudas es crecimiento.

Este estudio me confirma que la docencia es un mundo fascinante, los docentes son apasionados, seres complejos y curiosos por aprender y logran ser modelos para los estudiantes, haciendo de la enseñanza un arte.

Finalmente, desde una mirada de quien explora un nuevo camino, resuelvo que todo lo vivido es un aprendizaje y que este estudio es el comienzo de un nuevo viaje.

CAPÍTULO 7

BIBLIOGRAFÍA





Fuente: www.live.staticflickr.com/1114/5102985490_f6ae4ddafa_b

7. BIBLIOGRAFÍA

- A., O., & Aphan-lam, M. (2017). Retroalimentación en docencia médica Feedback in medical teaching. *Docencia Médica*, 30(3), 172–175.
- Acevedo, J. (2009). Conocimiento Didáctico Del Contenido Para La. *Rev.Eureka Enseñ.Divul. Cien.*, 6(1), 21–46.
- Aguilera Pupo, E. (2012). The styles of teaching, a necessity for the attention of the styles of learning in university education. *Journal of Learning Styles*, 5(10), 1–10. Retrieved from <http://learningstyles.uvu.edu/index.php/jls/article/view/110/73>
- Aguirre, J., & Jaramillo, L. (2012). APORTES DEL MÉTODO FENOMENOLÓGICO A LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA *. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 8(2), 51–74.
- Alliaud, A. (2010). Experiencia , saber y formación. *Revista de Educación*, 1(1), 141–157.
- Álvarez, C., & Navas, R. (2020). Artículos originales |. *Acta Odontológica Colombiana*, 10(2), 82–99.
- Álvarez, C., Rojas, T., Navas, R., & Quero, M. (2007). P á g i n a | 1 PROCESO DIDÁCTICO DEL DOCENTE EN AMBIENTES DE APRENDIZAJE CLÍNICO - P á g i n a | 2. *Acta Odontológica Venezolana*, 45(3), 1–8.
- Alvarez, J. L. (2003). Cómo hacer investigación Cualitativa. *Fundamentos y Metodología*, 1–11. <https://doi.org/http://www.ceppia.com.co/Herramientas/Herramientas/Hacer-investigacion-alvarez-gayou.pdf>
- Álvarez, M. (2008). de la Educación Superior. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 22(1), 71–88.
- Alzate, T., Puerta, A., & Morales, R. (2008). Una mediación pedagógica en educación superior en salud: el diario de campo. *Revista Iberoamericana de Educación*, 47(4), 1–10. <https://doi.org/10.35362/rie4742301>
- Andrade, M., & Muñoz, C. (2003). ¿ PERFIL O ROSTRO PARA EL DOCENTE ? *Tabula Rasa, Revista de Humanidades*, 1(enero-diciembre), 213–218.

- Ávalos-Ávalos, O., Pérez-Villalobos, C., Hechenleitner-Carvallo, M. I., Vaccarezza-Garrido, G., & Toirkens-Niklitschek, J. (2020). Cuestionario de atributos del docente: evidencias de validez y fiabilidad en carreras de la salud. *Revista de La Fundación Educación Médica*, 23(1), 45. <https://doi.org/10.33588/fem.231.1037>
- Ayala, R. (2008). La metodología fenomenológico-hermeneútica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Revista de Investigación Educativa*, 26(2), 409–430.
- Badia, A., & Monereo, C. (2004). La construcción de conocimiento profesional docente. Análisis de un curso de formación sobre la enseñanza estratégica. *Anuario de Psicología*, 35(1), 47–70.
- Barba, J., González, G., & Barba, R. (2014). El Uso De Los Diarios Del Profesorado Como. *Revista Española de Educación Física y Deportes - REEFD-*, 405(2º trimestre), 9. Retrieved from <http://reefd.es/index.php/reefd/article/viewFile/35/37>
- Bartolomé, M. (1992). Investigación cualitativa en educación: ¿comprender o transformar? *Revista de Investigación Educativa, RIE*, 10(20), 7–36.
- Bello, S., & Pérez, M. (2012). Elementos a considerar por el docente clínico en odontología para la elaboración de estrategias de enseñanza clínica. *Ciencia Odontológica*, 9(2), 112–122.
- Beltrán, R., Flores, M., & Ikeda, M. (n.d.). El saber práctico y el aprendizaje de las técnicas en odontología. *Revista Estomatológica Herediana*, 16(2), 139–141. <https://doi.org/10.20453/reh.v16i2.1920>
- Berliner, D. (1988). *The development of expertise in pedagogy. Annual meeting of the American Association of Colleges for Teacher Education* (Vol. 30000).
- Blasco, T., & Otero, L. (2008). “La entrevista de investigación pretende, a través de la recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo”. *NURE Investigación*, (I), 1–5.
- Bolivar, A. (2005). Conocimiento didáctico del contenido y didácticas específicas, 2, 1–39.
- Bostock, J. (2017). Developing pedagogical content knowledge. In *Developing Pedagogical Content Knowledge in Higher Education*. <https://doi.org/10.4324/9781315641447-7>

- Brunner, J. J. (2005). Transformaciones de la universidad pública. *Revista de Sociología*, 0(19), 31–49. <https://doi.org/10.5354/0719-529x.2005.27812>
- Cáceres Mesa, M., Lara Díaz, L., Iglesias León, C. M., García Cruz, R., Bravo López, G., Cañedo Iglesias, C., & Valdés Chaviano, O. (2013). La formación pedagógica de los profesores universitarios. Una propuesta en el proceso de profesionalización del docente. *Revista Iberoamericana de Educación*, 33(1), 1–15. <https://doi.org/10.35362/rie3312900>
- Calderón, C. (2002). Revista Española de Salud Pública (ICS): APUNTES PARA UN DEBATE NECESARIO, 76(5), 28071.
- Camarero, F., Martín, F., & Herrero, J. (2000). Estilos y estrategias de aprendizaje en universitarios. *Psicotehnia*, 12(4), 615–622.
- Canabal, C., & Margalef, L. (2017). La Retroalimentación: La Clave Para Una Evaluación Orientada Al Aprendizaje. *Profesorado*, 21(2), 149–170.
- Cancino, V., & Schmal, R. (2014). Sistema de Acreditación Universitaria en Chile : ¿ Cuánto hemos avanzado ? University Accreditation System in Chile : What have we. *Estud. Pedagóg.*, 40(1). Retrieved from <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052014000100003>
- Cassís, A. (2011). Donald Schön : Una Práctica Profesional Reflexiva En La Universidad. *Compás Empresarial*, 3(5), 54–58.
- Castejon Oliva, F. J., & Giménez Fuentes-Guerra, F. J. (2017). Conocimiento del contenido y conocimiento pedagógico del contenido de educación física en educación secundaria (Physical Education Content knowledge and pedagogical content knowledge in secondary education). *Retos*, 2041(32), 146–151. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i32.51845>
- Castilla, F. (2011). Calidad docente en el ámbito universitario: Un estudio comparativo de las universidades andaluzas. *EDUCADE - Revista de Educación En Contabilidad, Finanzas y Administración de Empresas*, (2), 157–172. <https://doi.org/10.12795/educade.2011.i02.09>
- Castillo, E. (2000). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294002>. *Revista Investigación y Educación En Enfermería*, XVIII(1), 27–35. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294002>

- Cataldi, Z., & Dominighini, C. (2015). La generación millennial y la educación superior. Los retos de un nuevo paradigma. *Revista de Informática Educativa y Medios Audiovisuales*, 12(19), 14–21. Retrieved from <http://laboratorios.fi.uba.ar/lie/Revista/Articulos/121219/A3.pdf>
- Coll, C., & Gallart, I. (1987). La importancia de los contenidos en la enseñanza. *Investigación En La Escuela*.
- Cruz, L. (2011). *El conocimiento práctico docente del profesor universitario en su interrelación con el marco epistemológico personal Departamento de Didáctica y Organización Educativa Universidad de Barcelona*.
- Cuesta, D. la. (1997). De la cuesta_1997_Características de la invest cualita y enfermería.pdf. *Investigación y Educación En Enfermería*, 13–24.
- De León, C. (2005). Los estilos de enseñanza pedagógicos: una propuesta de criterios para su determinación. *Revista de Investigación*, (57), 69–98. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2053492&info=resumen&idioma=SPA>
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2012). *Manual de investigación cualitativa*.
- Di Virgilio, M., Fraga, C., Najmias, C., Navarro, A., Perea, C., & Plotno, G. (2007). Competencias para el trabajo de campo cualitativo: formando investigadores en Ciencias Sociales. *Revista Argentina de Sociología*, 5(9), 90–110.
- Díaz, A. (2005). Perfiles Educativos. *Revista*, XXVIII(108), 37.
- Díaz De Sala, S., Mendoza, V., & Porras, C. (2011). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199518706040>. *Razón y Palabra*, 75(Febrero-Abril).
- Duero, G. y Limón, G. (2007). ANÁLISIS PERSONAL: NARRATIVO. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 2(2), 232–275.
- Estepa, P., Mayor, C., Hernández, E., Sánchez, M., Rodríguez, J., Altopiedi, M., & Torres, J. (2005). No Title. *Revista Fuentes*, 6.
- Estévez, E., Valdés, Á., Arreola, C., & Zavala, M. (2014). Creencias sobre enseñanza y aprendizaje en docentes universitarios. *Magis*, 6(13), 49–64. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.M6-13.CSEA>

- Fernández, J., & Elortegui, N. (1996). Qué piensan los profesores de cómo se debe enseñar. *Enseñanza de Las Ciencias: Revista de Investigación y Experiencias Didácticas*, 14(3), 331–342.
- Fernández, L. (2006). Cómo analizar datos cualitativos. *Butlletí LaRecerca*, 7(Octubre), 1–13. [https://doi.org/ISSN: 1886-1964](https://doi.org/ISSN:1886-1964)
- Figuroa, N., & Páez, H. (2008). Pensamiento didáctico del docente universitario . Una perspectiva desde la reflexión sobre su práctica pedagógica. *Fundamento En Humanidades*, 11(18), 111–136.
- Flores, G., Yedaide, M., & Porta, L. (2013). Grandes maestros: Intimidad entre la educación y la vida. Pasión por enseñar en el aula universitaria. *Revista de Educación*, 5, 173–188.
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*.
- Garbano, G. (2007). FACTORES ASOCIADOS AL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, UNA REFLEXIÓN DESDE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR PÚBLICA. *Revista Educación*, 31(1), 43–63.
- Garriz, A., Rueda, C., Robles, C., & Vásquez, A. (2011). Educación química. *Director*, 22(2), 141–154.
- Garriz, Andoni. (2011). Conocimiento didáctico del contenido. Mis últimas investigaciones: CDC en lo afectivo, sobre la estequiometría y la indagación. *TED: Tecné, Episteme y Didaxis*, (30), 68–82. <https://doi.org/10.17227/ted.num30-1099>
- González, M. (2002). AMERICANA. *Revista Ibero-Americana de Educación, Mayo-Agost*, pp.85-103.
- González, M., López, A., & Pino, M. (2013). ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE UNA ESCALA SOBRE ESTILOS DE ENSEÑANZA (ESEE) Psychometric analysis of a scale to evaluate teaching styles (esee). *Enseñanza & TEaching*, 31(1–2013), 181–198.
- Illesca, M., Cabezas, M., Nuin, C., & Jürschik. (2020). COMPETENCIAS DEL DOCENTE CLÍNICO ENFERMERA. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 2204830.
- Issn, O., Díaz-bravo, L., Torruco-garcía, U., Martínez-hernández, M., Varela-ruiz, M., & Díaz-bravo, L. P. (2013). Investigación en educación médica La entrevista , recurso flexible y dinámico The interview , a flexible and dynamic resource.

- Iturra, L., & Riquelme, I. (2017). Mejora de la retroalimentación a través del diario de campo en educación superior técnica en el área Salud. *Revista Gestión de La Innovación En Educación Superior*, 2, 141–162. Retrieved from <http://ojs.inacap.cl/index.php/regies/article/view/48/96>
- Jarauta, B., & Medina, J. (2012). Saberes docentes y enseñanza universitaria Teacher Knowledge and Higher Education. *Estudios Sobre Educación*, 22, 179–198.
- Jefe, P., & González, H. (2013). Evaluación de los alumnos al ramo Neurofisiología para Odontología MED2040, 340.
- Kawulich, B. B. (2005). FORUM : QUALITATIVE SOCIAL RESEARCH La observación participante como método de recolección de datos 1. *Fqs*, 6(2), 32. Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/fqs/>
- Kember, D., Wong, A., & Leung, D. (1999). Reconsidering the dimensions of approaches to learning. *British Journal of Educational Psychology*, 69.
- Krzemien, D., & Lombardo, E. (2006). Psicología Escolar e Educacional Rol docente universitario y competencias profesionales en la Licenciatura en Psicología University teacher role and professional competencies. *Psicología Escolar e Educacional*, 10(2).
- Lima Silvain, G. (2017). Enriquecer la realimentación para consolidar aprendizajes. *Virtualidad, Educación y Ciencia*, 8(14), 9–26.
- López, A., González, I., & De León, C. (2014). Perfil de un buen docente . Aplicación de un protocolo de evaluación de las competencias del profesorado universitario Profile of a good teacher . Application of a protocol for the evaluation of the university teacher competencies. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 17(1), 133–148.
- López Abreu, O., García Muñoz, J., Batte Monter, I., & Cobas Vilches, M. (2015). La mejora continua: objetivo determinante para alcanzar la excelencia en instituciones de educación superior. *Revista Educación Médica Del Centro*, 7(4), 196–215.
- Losada, J., Socías, Z., Delgado, I., Boffill, A., & Rodríguez, J. (2016). El razonamiento clínico con enfoque didáctico. *Medisan*, 20(2), 244–252.
- Magnusson, S. J., Borko, H., & Krajcik, J. S. (1999). Magnusson, S. J., Borko, H., & Krajcik, J. S. (1999). Nature, sources, and development of pedagogical content knowledge for science teaching. In J. Gess-Newsome & N. Lederman (Eds.), *Examining Pedagogical Content Knowledge*, 95–132.

- Manso, J. (1999). Profesionalización Pedagógica Del Profesorado Universitario. *Rvta. Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 34, 319–328.
- Marcelo, C. (2001). Aprender a enseñar para la sociedad del conocimiento. *Education Policy Analysis Archives*, 12(2), 531–593. <https://doi.org/10.14507/epaa.v10n35.2002>
- Margarita González-Peiteado. (2013). LOS ESTILOS DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE COMO STYLES OF TEACHING AND LEARNING AS A TEACHING. *Revista Estilos de Aprendizaje*, 6(Vol, Abril), 51–70.
- Marín, M. M. (2013). Docente : El Caso De La Facultad De Enfermería. *Revista Electrónica Praxis Investigativa ReDIE*, 5(9), 15–23.
- Maroto, O. (2011). Docencia de clínicas de Odontología: un acercamiento hacia el perfil de sus docentes. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*, 0(13), 52–60.
- Marrero, O., Mohamed, R., & Xifra, J. (2018). Habilidades blandas: necesarias para la formación integral del estudiante universitario. *Revista Científica ECOCIENCIA, Edición Es*(Diciembre), 1–18.
- Martin, E., Ibáñez, M. E., Tagliabue, R., & Zangaro, M. (2009). LA NUEVA GENERACIÓN Y EL TRABAJO. *Barbarói. Santa Cruz Do Sul*, 31(Ago./dez), 126–138. Retrieved from <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/479/908>
- Martínez, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Revista Perfiles Libertadores*, 4, 73–80. Retrieved from http://www.ulibertadores.edu.co:8089/recursos_user/documentos/editores/7118/9 La observación y el diario de Campo en la Definición de un Tema de Investigación.pdf
- Mas, O. (2011). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56722230013>. *Profesorado, Revista de Curriculum y Formación de Profesorado*, 15(3), 195–211.
- Mauri, T., Colomina, R., & Rochera, M. (2006). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27411311011>. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 20(3), 219–231.
- Medina, J. (2006). *Criterios de credibilidad en la investigación interpretativa. Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería.*

- Medina, J. ., & Jarauta, B. (2013). Análisis del conocimiento didáctico del contenido de tres profesores universitarios Analysis of the Pedagogical Content Knowledge of Three University Lecturers. *Revista de Educación, 360*(Enero-abril), 600–623. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2011-360-131>
- Mellado, V., Blanco, L., & Ruiz, C. (1998). A Framework for Learning to Teach Science in Initial Primary Teacher Education. *Jornal of Science Teacher Education, 9*(3), 195–219.
- Mentado, T., Medina, J.L., Cruz, L. (2017). Preparar para aprender: una manifestación del conocimiento didáctico del contenido en la práctica. *Estudios Sobre Educación, 33*, 27–48.
- Monistrol, O. (2007). El trabajo de campo en investigación cualitativa (I). *Nure Investigación, (28)*, 1–4.
- Montero, P. (2007). Ensaio : Avaliação e Políticas Públicas em Educação Desafíos para la profesionalización del nuevo rol docente universitario Desafíos para a profissionalização do novo papel docente universitário. *Ensaio: Avaliacao e Políticas Públicas Em Educacao, 20*261.
- Munarriz, B. (1992). Técnicas y métodos en Investigación cualitativa, 101–116.
- Muñoz, M., & Blanco, C. (2013). Una taxonomía de las universidades chilenas. *Calidad En La Educación, 38*(junio).
- Naranjo, C. (2018). *Tesis Doctoral CONOCIMIENTO DIDÁCTICO DEL CONTENIDO*. Universidad de Barcelona.
- Nieto, M. (2006). La interrogación didáctica. *Cuadernos SAFA, 11–15*. Retrieved from <http://files.experiencias-conocimientos.webnode.es/200000066-2944c2a41c/Documento 5.pdf>
- Núñez, M., Fajardo, E., & Díaz, J. (2010). El docente como motivador. Percepciones de los estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima (Colombia). *Salud Uninorte, 26*(2), 260–268.
- Okuda, M., & Gómez, C. (2005). Métodos de investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría, XXXIV*(1), 118–124.
- Orejudo, S. (2006). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27411311022>. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado, 20*(3), 327–331.
- Ortiz-Fernández, L., Moromi-Nakata, H., Gutiérrez-Ilave, M., Barra- Hinostriza, M., Cáceres de Barcés, L., Quintana del Solar, C., ... Guillén-Pariona, M. (2016). Estilos de aprendizaje y rendimiento académico

- en estudiantes ingresantes de Odontología. *Odontología Sanmarquina*, 18(2), 71.
<https://doi.org/10.15381/os.v18i2.11517>
- PALMA, P., WILLIAMS, C., & SANTELICES, L. (2020). Las percepciones del tutor clínico sobre su desempeño docente: un estudio reflexivo. *Revista Médica de Chile*, 148(4), 535–541.
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000400535>
- Parga, D., & Mora, W. (2014). El PCK, un espacio de diversidad teórica: Conceptos y experiencias unificadoras en relación con la didáctica de los contenidos en química. *Educacion Química*, 25(3), 332–342.
[https://doi.org/10.1016/S0187-893X\(14\)70549-X](https://doi.org/10.1016/S0187-893X(14)70549-X)
- Parga Lozano, D. L., & Mora Penagos, W. M. (2008). El conocimiento didáctico del contenido en química: integración de las tramas de contenido histórico–epistemológicas con las tramas de contexto–aprendizaje. *Tecné Episteme y Didaxis: TED*, (24), 56–81. <https://doi.org/10.17227/ted.num24-1083>
- Parra, M., & Briceño, I. (2013). Aspectos éticos en la investigación cualitativa, 12(3), 118–121.
- Pérez, G. (2007). *DESAFÍOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA*.
- Pérez, J. (1998). Pérez_1998_Calidad educación universitaria modelo a distancia.pdf. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 1(1), 13–35.
- Pérez, J. (2015). GÓNDOLA, Enseñanza y aprendizaje de las Ciencias., 10(2), 99–104.
- Pinto, J. (2010). *Dra. María Teresa González Astudillo Salamanca, 2010*. Salamanca.
- Pla, M. (1999). El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 24(5), 295–300. Retrieved from <http://www.unidadcoctemfyclaspalmas.org.es/resources/3+Aten+Primaria+1999.El+Rigor+de+la+Investigaci%C3%B3n+Cualitativa.pdf>
- Rangel Galvis, M. C. (2011). Perspectiva Bioética Y Modelo Biopsicosocial En La Relación Bioethics Perspective and Biopsychosocial Model on the Relationship Dentist-Patient During Student. *Revista Salud Bosque*, 1(2), 87–98.

- Reyero, D. (2014). La excelencia docente universitaria. análisis y propuestas para una mejor evaluación del profesorado universitario 1. *Educacion XXI*, 17(2), 125–143. <https://doi.org/10.5944/educxx1.17.2.11482>
- Reyes, T. (1998). Tomás Reyes estudio de caso.pdf.
- Rinaudo, M., De La Barrera, M., & Donolo, D. (2006). Motivación para el aprendizaje en alumnos universitarios. *Revista Electronica de Motivación y Emoción*, 9(22), 1–19. Retrieved from <http://reme.uji.es/articulos/numero22/article2/num 22 article 2 ArticMotivparaREME.PDF>
- Rivas, D. E., Aprenden, C., Profesores, A. E. L. O. S., Análisis, U., Una, M. D. E., Cualitativa, I., & Martini, C. (2005). ARIOS ?: ANÁLISIS METODOLÓGICO DE ALIT. *Praxis Educativa (Arg)*, 9, 43–49.
- Robles-Silva, L. (2012). Ethical dilemmas in fieldwork: forgotten issues in qualitative health research in Iberoamerica TT - Dilemas éticos en el trabajo de campo: temas olvidados en la investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. *Ciencia & Saude Coletiva*, 17(3), 603–612. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22450400>
- Robles, B. (2011). Cuicuilco La entrevista en profundidad : una técnica útil dentro del campo antropofísico The in-depth interview : a useful technique in the field of. *Cuicuilco*, 18(52), 14030.
- Román, C. (2009). Sobre la retroalimentación o el feedback en la educación superior on line. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, (26), 1–18.
- Romero, L., Salinas Urbina, V., & Mortera Gutiérrez, F. (2010). Estilos de aprendizaje basados en el modelo de Kolb en la educación virtual. *Apertura: Revista de Innovación Educativa*, 2(1), 72–85.
- Ruay, R. (2010). No Title. *Revista Electrónica de Desarrollo de Competencias (REDEC)*, 6(2), 115–123.
- Salazar, S. (2005). El conocimiento pedagógico del contenido como categoría de estudio de la formación docente. *Actualidades Investigativas En Educación*, 5(2), 1–18. <https://doi.org/10.15517/aie.v5i2.9139>
- San Martín Cantero, D. (2014). Artículos Teoría fundamentada y Atlas . ti : recursos metodológicos para la investigación educativa, 16(1), 64507.
- San Martín, D. (2014). Revista Electrónica de Investigación Educativa Teoría fundamentada y Atlas . ti : recursos metodológicos para la investigación educativa Grounded Theory and Atlas . ti : Methodological Resources for Educational Research. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 104–122.

- Sanjurjo, L. (2005). La construcción del conocimiento profesional docente. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 19, núm 2, pp.216-219.
- Schubert, V., Medina, J. ., & Do Prado, M. (2011). Revista Latino-Americana de Enfermagem Proceso de construcción del conocimiento pedagógico del docente universitario de. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2).
- Serafini, R. A. (2016). LAS PREGUNTAS DEL DOCENTE EN LA INTERACCIÓN DIDÁCTICA. *Revista de La Escuela de Ciencias de La Educación*, 1(11), 15–28. <https://doi.org/10.35305/rece.v1i11.247>
- Serbia, J. (2007). DISEÑO, MUESTREO Y ANÁLISIS EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. *HOLOGRAMÁTICA*, 3(7), 123–146.
- Serrano, R. (2010). Pensamientos del profesor: Un acercamiento a las creencias y concepciones sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje en la educación superior. *Revista de Educacion*, 352, 267–287.
- Shulman, L. (1987). Knowledge and Teaching : Foundations of the New Reform. *Harvard Educational Review*, 57(1), 1–22.
- Shulman, L. S. (2001). Conocimiento y enseñanza. *Estudios Públicos*, 57(invierno), 163–196.
- Soto, V., & Durán, M. (2010). El trabajo de campo: clave en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 10(3), {{paginasArticulo[0]}}-{{paginasArticulo[1]}}.
- Spoletti, P. (2014). Vol 11-Nº 2-2014 Publicación oficial de ASOFAMECH y SOEDUCSA CONCEPCIÓN-CHILE Publicación indizada en: LATINDEX e IMBIOMED. *Revista de Educación En Ciencias de La Salud*, 11(Nº2), 166–170. Retrieved from www.udec.cl/ofem/recs
- STAKE, R. E. (1999). *Investigacion con estudio de casos*. (Morata, Ed.) (Segunda ed). Madrid.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos par desarrollar la teoría fundamentada*. (E. U. de Antioquia, Ed.) (Primera ed). Colombia.
- Tejada, J. (2009). Ompetencias docentes. *Profesorado, Revista de Curriculum y Formación Del Profesorado*, 13(2), 1–15.

- Turull, M. (n.d.). *Manual de docencia universitaria*. (U.-O. Consejo Editoria IDP/ICE, Ed.) (Primera). Barcelona.
- Valdebenito, L. (2011). La calidad de la educación en Chile: ¿un problema de concepto y praxis? revisión del concepto calidad a partir de dos instancias de movilización estudiantil (2006 y 2011). *Cisma: Revista Del Centro Telúrico de Investigaciones Teóricas*, (1), 11.
- Valdivia, S. (2014). Retroalimentación Efectiva en la Enseñanza Universitaria. *En Blanco y Negro*, 5(2).
- Valle, A., Cabanach, R., Rodríguez, S., Núñez, J., & González, J. (2006). Algunas claves para comprender la motivación académica. *Revista Del Consejo General de Los Colegios de Psicólogos de España*, 1–6. Retrieved from http://webdocente.altas-capacidades.net/Docs_Master_UC_LM/Algunas claves para comprender la motivacion academica.pdf
- Varguillas, C. (2006). El uso de AtlAs.Ti y la Creatividad del Investigador en el Análisis Cualitativo de Contenido. *Laurus*, 73(Ext), 73–87. Retrieved from https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Varguillas.pdf
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. (Gedisa, Ed.) (Primera).
- Vergara, C., & Zaror, C. (2008). Proceso de enseñanza-aprendizaje en la clínica odontológica. Aspectos teóricos. *Revista de Educación En Ciencias de La Salud*, 5(1), 6–11. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/230766438>
- Vergara Díaz, C., & Cofré Mardones, H. (2014). Conocimiento Pedagógico del Contenido: ¿el paradigma perdido en la formación inicial y continua de profesores en Chile? *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 40(Especial), 323–338. <https://doi.org/10.4067/s0718-07052014000200019>
- Vivar, C. G., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Luis, C. G. (2010). Index de Enfermería La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería Grounded theory as a qualitative research methodology in nursing. *Index de Enfermería*, 19(4), 1–10.

CAPÍTULO 8

ANEXOS





Fuente: www.upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4d/Torres_del_Paine%2C_Laguna_Azul_09

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1: encuesta para selección de docentes clínicos expertos por parte de estudiantes, docentes clínicos y directivos

Nº	
----	--

ENCUESTA PARA IDENTIFICAR A LOS DOCENTES CLÍNICOS EXPERTOS DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Yasna Paola Moreno Yáñez

Estudiante de Doctorado de Educación y Sociedad, Facultad de Educación , Universidad de Barcelona.

Tesis Doctoral: Conocimiento Didáctico del Contenido en docentes clínicos expertos de la carrera de odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

En el marco de mi tesis doctoral solicito a Ud., si lo considera, completar las siguientes tablas para seleccionar a los docentes expertos clínicos de la carrera basado en las **capacidades para facilitar los aprendizajes en sus estudiantes:**

Marque con una X su situación actual :

Estudiante de VI año de Odontología

Docente clínico de Odontología

Cargo directivo en la carrera de Odontología

Mencione tres docentes clínicos que Ud. considera expertos y tres características que Ud. considera relevantes para seleccionarlos como los mejores de la carrera:

A. DOCENTE	ASIGNATURA
CARACTERÍSTICAS.	
1.	
2.	
3.	

B. DOCENTE	ASIGNATURA
CARACTERÍSTICAS	
1.	
2.	
3.	

C. DOCENTE	ASIGNATURA
CARACTERÍSTICAS	
1.	
2.	
3.	

8.2. Anexo 2: Consentimiento Informado

Documento de Consentimiento Informado

Nombre del Estudio: Conocimiento Didáctico del Contenido en docentes clínicos expertos de la carrera de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile

(Se dará una explicación personal frente a los conceptos como Conocimiento Didáctico del Contenido y en caso de cualquier duda)

Patrocinador del Estudio: Carrera de Odontología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Investigador Responsable: Yasna Moreno Yáñez

UDA: Carrera de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, -o no-, en una investigación de educación médica.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al médico o al personal del estudio.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Usted ha sido invitado/invitada a participar en este estudio porque ha sido seleccionado por docentes, estudiantes y directivos (los tres estamentos) como docente clínico experto en la Carrera de Odontología de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El propósito de este estudio es determinar como el docente clínico experto de odontología trabaja el Conocimiento Didáctico del Contenido para el logro del aprendizaje del estudiante de odontología en clínica, ante esto los principales objetivos de esta investigación son:

1.Describir, analizar y comprender el proceso de construcción del Conocimiento Didáctico del Contenido en docentes clínicos considerado altamente competentes tanto por sus pares como por los estudiantes.

2.Reconocer y explicar las manifestaciones del Conocimiento Didáctico del Contenido de los docentes más valorados en su docencia clínica.

3. Identificar y describir los aspectos considerados relevantes de los docentes clínicos desde la mirada de los estudiantes, docentes clínicos y directivos de la carrera de Odontología.
4. Describir cómo percibe el estudiante clínico su relación de enseñanza- aprendizaje con el docente clínico.
5. Identificar la contribución del Conocimiento Didáctico del Contenido al perfil del docente clínico de odontología.

Se realizarán videos en el proceso de enseñanza-aprendizaje y entrevistas no estructuradas para luego confirmar con Ud. (el docente clínico experto) las apreciaciones de cada momento registrado y se realizarán entrevistas con los involucrados para tener la certeza de lo que se aprecia en la grabación corresponde a lo que el docente estaba señalando, recalcando, manifestando, preguntando, etc.

Se mantiene la confidencialidad de los involucrados durante y después de terminada la investigación, se trabajará mediante códigos para los registros necesarios.
Si Ud. no quiere continuar con este proyecto, sólo debe dar aviso.

Firma conforme del docente experto clínico.

Fecha: _____

Investigadora: Yasna Moreno Yáñez, Cirujano-dentista, especialista en Endodoncia, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile, estudiante de Doctorado de Educación y Sociedad de la Universidad de Barcelona.

Contacto: ymorenoy@uc.cl
Cel: +569-92217027

8.3. Anexo 3: CARTA A PRESIDENTE COMITÉ ÉTICO UC

E. M. Claudia Uribe Torres
Presidenta
Comité de Ética Científico
Facultad de Medicina

P R E S E N T E

REF: Carta Apoyo Presentación Proyecto de Investigación

Estimada Sra. Claudia:

En mi calidad de Director de la Carrera de Odontología, declaro conocer el proyecto de investigación titulado: “Conocimiento Didáctico del Contenido en docentes clínicos expertos de la carrera de odontología de la pontificia universidad católica de chile

” y sus documentos anexos, el cual es presentado al Comité de Ética Científico por el Dr/Dra Yasna Paola Moreno Yáñez, Profesora Asistente Adjunta de este Departamento.

A este respecto:

- Certifico que Yasna Moreno Y. tiene la experiencia y conocimientos necesarios para ser el Investigador Responsable de este proyecto de investigación.
- Declaro que el Investigador Responsable tiene la competencia suficiente para asumir las tareas inherentes a esta función.
- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buena práctica clínica vigentes en este servicio.
- Declaro que existe infraestructura, recursos humanos y recursos financieros que provienen de la carrera de Odontología y de la investigadora.
- En la eventualidad que ocurra un evento adverso directamente asociado a la participación de un paciente en este protocolo, los costos del tratamiento serán cubiertos por
 - Seguro contratado para el protocolo
 - Fondos propios del protocolo
 - Fondos Departamentales
 - Otro: **No aplica**
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho proyecto en nuestro Departamento/Servicio y estoy de acuerdo a que sea presentado para la revisión y eventual aprobación por el Comité de Ética Científico de la Facultad de Medicina.

Este trabajo corresponde a la Tesis Doctoral del Doctorado de Educación y Sociedad que la profesora Yasna Moreno Y. Está realizando en la Universidad de Barcelona.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

Dr. José Hassi Thumala.
Director de la carrera de Odontología
c.c. Dr/a Yasna Moreno Y.

VersiónN°2, Enero 2017

8.4. Anexo 4: SOLICITUD DE REVISIÓN EXPEDITA

**FORMULARIO DE PRE-REVISIÓN DE ESTUDIOS QUE INGRESAN AL
CEC-MedUC**

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

<input type="checkbox"/> 1ª visita	Fecha de pre-revisión: 28.03.2017	Pre-revisor:
<input type="checkbox"/> 2ª visita	Fecha de pre-revisión:	Pre-revisor:
Título del Estudio:		
Investigador Responsable: D ^{NA} . YASNA MORENO		
Sitio de realización:		
Departamento / Unidad Académica:		
Correo electrónico:		
Teléfono / fax:		
Tutor (si corresponde):		
Departamento / Unidad Académica Tutor:		
Patrocinante / Fuente de financiamiento:		

II. DOCUMENTOS PRESENTADO A PRE-REVISIÓN

<input type="checkbox"/> Solicitud para presentar proyecto al CEC-MedUC
<input checked="" type="checkbox"/> Protocolo
<input checked="" type="checkbox"/> Documento de Consentimiento Informado
<input type="checkbox"/> Asentimiento de menor de 18 años
<input type="checkbox"/> Dispensa de Documento de Consentimiento
<input type="checkbox"/> Otro:

III. RESUMEN PRE-REVISIÓN (OPCIONAL)

Tipo de estudio:

Descripción de participantes:

Descripción de intervención / procedimientos:

Versión 1, 16 Marzo 2016

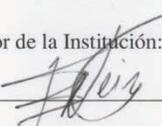
8.5. Anexo 5: SOLICITUD DE ACCESO A CLÍNICA ODONTOLÓGICA DOCENTE UC (CODUC)

4

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación médica, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación médica según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

FIRMAS OBLIGATORIAS:

- Participante: _____
Firma _____
Fecha _____
- Investigador: Yasna Moreno Yáñez
Fecha _____
- Director de la Institución: Enrique Neira Lamas
Firma  _____
Fecha: Santiago 6 de abril de 2017.

Dr. ENRIQUE NEIRA LAMAS
Director Clínico CODUC
Carrera Odontología UC

4

Timbre, firma y fecha de aprobación
CEC-MedUC

Modelo de Consentimiento Informado CEC-MedUC,
versión 2, Septiembre 2016

8.6. Anexo 6: CUESTIONARIO ENTREVISTA DCE

TESIS

Docente N° _____

Cuestionario “Conociendo más a los docentes clínicos expertos UC”

1. ¿Qué características Ud. considera que en los docentes clínicos son importantes para hacer una docencia de calidad?
2. ¿Cómo Ud. se formó para hacer docencia?
3. ¿Qué características tuyas cree Ud. hacen que sea un buen docente clínico?
4. ¿Qué considera Ud. esencial en el contexto de la clínica para un ambiente propicio de enseñanza-aprendizaje?
5. ¿Qué hace Ud. para que sus estudiantes aprendan? Y explique ¿por qué lo hace?
Por favor detallar con ejemplos, situaciones, etc. Expláyese.

ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS E IMÁGENES

Esquema 1: Componentes del CDC.....	56
Esquema 2: Modelo de relaciones entre los dominios del conocimiento docente.....	57
Esquema 3: Proceso del trabajo de campo	110
Tabla 1: Definiciones de CDC, Shulman	53
Tabla 2: Estilos de aprendizaje, Kolb.....	69
Tabla 3: Criterios de rigor, Guba	93
Tabla 4: Características docentes clínicos seleccionados	115
Tabla 5: Actividades de los docentes clínicos	118
Tabla 6: Síntesis de registros y observaciones	124
Tabla 7: Códigos, Categorías y Descripción	133
Tabla 8: Frecuencia de unidades	137
Tabla 9: Núcleo temático 1	140
Tabla 10: Núcleo temático 2	140
Tabla 11: Núcleo temático 3.....	141
Tabla 12: Núcleo temático 4	141
Tabla 13: Contrastando categorías D1 con A1	142
Tabla 14: Contrastando categorías D2 con A2	143
Tabla 15: Contrastando categorías D3 con A3	143
Tabla 16: Interrogantes del estudio y dimensiones que responden.....	147
Tabla 17: Características de los docentes clínicos según área	149
Imagen 1: Entrevista con estudiante A1	124
Imagen 2: Registro cuaderno o diario de campo	126
Imagen 3: Análisis de videos, programa ATLAS Ti.....	131
Imagen 4: Entrevista A1 de D1	176