



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN
MAGISTER EN EDUCACIÓN UNIVERSITARIA
PARA CIENCIAS DE LA SALUD

Razonamiento clínico en carreras de la salud:
Percepción de estudiantes y docentes.

Tesis para optar al grado de Magister en Educación Universitaria para Ciencias de
la Salud

Profesor tutor:

Fredy Andrés Seguel Palma

Estudiantes:

Pablo Alfredo Carmona Maldonado

Valentina Andrea Da Bove Rybertt

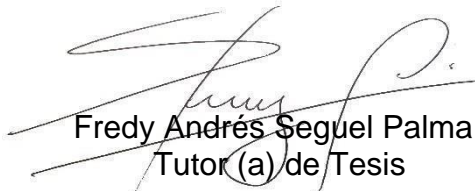
Valdivia, marzo 2022

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---|-----------|
| CAPITULO 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA | 5 |
| 1. INTRODUCCION | 5 |
| 1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA..... | 6 |
| 1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION..... | 9 |
| 1.4 DELIMITACIONES | 10 |
| 1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 10 |
| 1.6 OBJETIVOS | 11 |
| 1.6.1 OBJETIVO GENERAL..... | 11 |
| 1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 11 |
| I. CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL..... | 11 |
| II. CAPITULO 3. METODOLOGÍA..... | 17 |
| 2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 17 |
| 2.2 ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN | 17 |
| 2.3 OBJETO Y/O GRUPO DE ESTUDIO | 17 |
| 2.3.1 CRITERIOS DE SELECCION..... | 18 |
| 2.3.3 CRITERIOS ÉTICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 19 |
| 2.4 TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS..... | 23 |
| 2.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS..... | 24 |
| 2.6 VALIDACION DEL INSTRUMENTO | 25 |
| III. CAPITULO 3. ANÁLISIS DE DATOS..... | 25 |
| IV. CAPITULO 4. RESULTADOS | 26 |
| V. CAPITULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... | 32 |
| VI. CAPITULO 6. BIBLIOGRAFIA | 42 |
| VII. CAPITULO 7. ANEXOS | 51 |

Hoja de Calificación

En Santiago, el 24 de marzo del año 2022, el (los) abajo firmante (s) deja (n) constancia que los estudiantes, Sr. Pablo Alfredo Carmona Maldonado, Srta. Valentina Andrea Da Bove Rybertt, del programa de Magíster en Educación Universitaria para Ciencias de la Salud, han aprobado la Tesis “Razonamiento clínico en carreras de la salud: Percepción de estudiantes y docentes.” para optar al grado de Magíster, con una calificación 6,87 (seis coma ochenta y siete).



Fredy Andrés Seguel Palma
Tutor (a) de Tesis

Magíster en Educación Universitaria para Ciencias de la Salud

CAPITULO 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1. INTRODUCCION

En una época en la que los profesionales de la salud tienen acceso a un volumen abrumador de información clínica y se enfrentan a decisiones médicas cada vez más complejas, la capacidad de ejecutar un razonamiento clínico sólido es esencial para una atención óptima del paciente (Cooke, 2017).

El razonamiento clínico es considerado una característica esencial de la práctica asistencial, la cual se centra en la evaluación de las necesidades, la planificación de la intervención, la difusión y la evaluación de la asistencia sanitaria. Facilita la comprensión de las complejidades de la práctica y considera la toma de decisiones, así como su reflexión. Esto fortalece tanto la práctica como también los resultados de esta (Shafaroodi, 2014). Así mismo, constituye la base de una práctica profesional autónoma, competente y eficiente en salud. Estudios reconocen que habilidades de razonamiento clínico efectivas son esenciales para la práctica profesional y su desarrollo, también son consideradas vitales en la promoción de cuidados seguros y efectivos en salud (Levette-Jones, 2010).

La evidencia reconoce que el proceso de razonamiento clínico está influenciado por diversos factores que pueden facilitar o bien obstaculizar el proceso. Algunos factores descritos por Hagbaghery (2004) contemplan la competencia y confianza de los estudiantes, la estructura organizacional, la percepción de apoyo (emocional, financiero, etc.) y la educación (contenidos del curriculum, métodos educativos, etc.). Dada la variedad de factores que influyen en el razonamiento clínico como también su complejidad de análisis es que los estudios indican la relevancia de ampliar la evidencia tanto cuantitativa como cualitativa respecto a esta temática (Shafaroodi, 2014).

Para aprender la naturaleza compleja y multidimensional del razonamiento clínico, los estudiantes deben obtener una base firme de conocimiento, procesos cognitivos efectivos y la habilidad de monitorear procesos de pensamiento (Ajjawi, 2010).

En esta línea, los docentes están de acuerdo en que el razonamiento clínico debe enseñarse, sin embargo, declaran dificultades para concluir acerca de cómo hacerlo (Rodríguez, 2017). Lo anterior es reforzado por Huhn (2018) quien identificó la presencia de diferentes maneras de referirse, tanto a la definición de razonamiento clínico como a la forma en que éste es desarrollado por académicos de fisioterapia.

De lo anterior podemos concluir que, si bien existe evidencia científica sobre razonamiento clínico, los autores continúan indicando una falta de consenso.

Por este motivo, es que el objetivo de nuestro estudio es descubrir la percepción de estudiantes y docentes respecto al desarrollo del razonamiento clínico en las carreras de Kinesiología y Odontología, pertenecientes a la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile, sede Valdivia año 2021.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

El razonamiento clínico es el centro de la práctica clínica, permite la toma de decisiones de manera informada y responsable abordando los problemas que presentan los pacientes (Higgs, 2019).

Existen numerosas definiciones para el razonamiento clínico. Una de ellas la define como una habilidad, proceso o resultado en el que los profesionales de la salud observan, recopilan e interpretan datos para diagnosticar y tratar a los pacientes. El razonamiento clínico implica operaciones cognitivas tanto conscientes como inconscientes que interactúan con factores contextuales tales como las circunstancias y preferencias del paciente y las características del entorno de práctica (Daniel, 2019).

Por otra parte, McDevitt (2019) señala que el razonamiento clínico no es solo una habilidad, sino que es considerado un fenómeno complejo que involucra al pensamiento y al proceso de toma de decisiones. Además, declara que es la capacidad que permite a los profesionales de la salud realizar decisiones difíciles inclusive cuando el paciente y la situación son complejas e inciertas. En esta misma línea, Wainwright (2011) lo indica como un proceso que incluye habilidades tales como pensamiento crítico y resolución de problemas que son esenciales para la toma de decisiones adecuadas y efectivas para el cuidado de los pacientes.

Por su parte, para Pinnock (2013) el razonamiento clínico es la capacidad de "clasificar un conjunto de características presentadas por un paciente y asignar con precisión una etiqueta de diagnóstico, con el desarrollo de una estrategia de tratamiento adecuada como objetivo final".

Como bien se indicó, existen múltiples definiciones de razonamiento clínico, sin embargo, estas presentan diferencias conceptuales. Esta diversidad de definiciones entorno al término puede deberse a los diferentes marcos teóricos y epistemológicos que utilizan los educadores médicos al discutir el tema (Durning 2013). A pesar de las numerosas publicaciones sobre el tema, todavía no existe

consenso claro sobre lo que el razonamiento clínico implica por lo que resulta de interés explorar la comprensión, significado y elementos claves que se perciben entorno a esto.

Higgs (2019) indica una serie de factores involucrados en el proceso de razonamiento clínico. Uno de ellos involucra a variados actores; tales como el paciente, el cuidador, el clínico, los colegas y las agencias. Por su parte, las capacidades blandas de conversación, la generación de conocimiento, la autenticidad y flexibilidad de la práctica también influyen en este proceso. Así mismo, el conocimiento, la capacidad de razonar y de metacognición del clínico son considerados factores influyentes del razonamiento. Sumado a lo anterior, las implicancias éticas y legales, grado de profesionalismo, necesidades y perspectivas del paciente, reglas del lugar de trabajo, complejidad de la tarea, perspectiva del clínico, recursos y costos involucrados son relevantes a la hora de tomar decisiones en el razonamiento clínico. Esto evidencia la complejidad de un proceso que, claramente, tiene matices y no es, citando al autor, blanco o negro.

Por su parte, Wainwright (2011) indica una serie de factores influyentes del razonamiento clínico entre los cuales encontramos la experiencia profesional, fuentes de información, capacidad de reflexión y experiencias personales. En cuanto a la experiencia profesional, entre los factores que se subdividen encontramos la experiencia en formación académica, experiencia clínica, educación continua, entre otras. En cuanto a las fuentes de información, se encuentra el historial médico del paciente como la observación y anticipación de su desempeño, literatura disponible y protocolos disponibles. Así mismo, recalca la importancia de la capacidad de reflexión en cuanto su actuar, a una acción en específico y a su experiencia clínica. Por último, en cuanto a las experiencias personales del clínico indica la relevancia de la exposición que este haya tenido, algún familiar o algún amigo al cuadro que se está tratando.

Dada la variedad de factores influyentes del razonamiento clínico como su complejidad de análisis es que los estudios indican la relevancia de ampliar la evidencia tanto cuantitativa como cualitativa respecto a esta temática (Shafaroodi, 2014).

Actualmente, ha incrementado el consenso respecto a que las carreras de la salud y los programas de formación de posgrado deben enseñar el razonamiento clínico siendo éste integrado explícitamente dentro de los cursos y a lo largo de cada año del programa, tanto horizontal como verticalmente, adoptando un enfoque sistemático y consistente con la evidencia actual (Trowbridge 2015, citado por Cooper 2020).

La incorporación del razonamiento clínico a lo largo de los planes de estudio conlleva a que los educadores, tanto académicos como clínicos, deben estructurar intencionalmente experiencias de aprendizaje y formular apropiadamente preguntas de tipo reflexivas para dar forma al razonamiento clínico (McDevitt, 2019).

A pesar de que actualmente la literatura sobre la enseñanza del razonamiento clínico es amplia, existe un acuerdo en que el conocimiento formal y experimental son fundamentales para el desarrollo de una capacidad de razonamiento eficaz (Norman 2017).

Algunos ejemplos de estrategias de enseñanza-aprendizaje que han demostrado ser efectivas para mejorar la capacidad de razonamiento clínico de los estudiantes son aquellas que construyen entendimiento, emplean reflexión estructurada, práctica con casos y retroalimentación correctiva, estructuran conocimiento alrededor de conceptos específicos de un problema, entre otras.

Si bien todas las carreras de la salud enseñan conocimientos, habilidades y comportamientos, existe evidencia sobre la importancia de poner atención a lo que se enseña, cómo se enseña y cuándo se enseña ya que podría facilitar el desarrollo del razonamiento clínico de manera más efectiva, a través de un diseño curricular con propósito (Cooper 2020).

Aunque existe evidencia respecto a qué estrategias son más efectivas para el desarrollo del razonamiento clínico, a nivel local, se desconoce cuáles son percibidas por estudiantes y docentes como facilitadoras u obstaculizadoras del proceso.

El Consorcio para la Investigación y Evaluación de Curriculum en Razonamiento Clínico (CRCARC en sus siglas en inglés) del Consejo Americano de la Academia en Terapia Física de Estados Unidos fue creado para generar estándares para la enseñanza y la evaluación de razonamiento clínico en la educación de terapia física. Dentro de las reuniones realizadas, se evidenció que, al momento de hablar sobre razonamiento clínico, esto no se estaba realizando de la misma manera. Se identificó la presencia de diferencias significativas en cuanto a la definición, a cómo se enseñaba y a cómo se evaluaba entre las distintas instituciones que pertenecían al Consorcio (Huhn 2018). Lo anterior es reforzado por Durning (2013), quien indica que, a pesar de las numerosas publicaciones sobre el razonamiento clínico, todavía no existe consenso claro sobre lo que este proceso implica y menos cómo podría ser enseñado y evaluado.

Los antecedentes expuestos sobre la problemática esbozan la necesidad de continuar explorando respecto al razonamiento clínico en cuanto a sus definiciones, elemento claves, factores influyentes como también sobre las estrategias de enseñanza-aprendizaje utilizadas.

1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

El razonamiento clínico es considerado por diversos autores como un pilar fundamental en la formación de estudiantes de carreras de la salud. Como bien fue señalado con anterioridad, este favorecerá el pensamiento clínico y toma de decisiones lo que mejorará el desarrollo de la práctica clínica (Sole, 2019; Huhn, 2018; Wong, 2020; Banning, 2008).

Al ser una pieza clave en la formación de estudiantes, es que las investigaciones en torno a la temática han incrementado a la fecha. Los estudios han abordado aspectos tales como la definición del razonamiento clínico (Durning, 2013), los factores que influyen en él (Wainwright, 2011), las estrategias de enseñanza-aprendizaje utilizadas para su desarrollo como también las estrategias evaluativas (Huhn, 2018).

A pesar de los esfuerzos por indagar más sobre la temática, la literatura aún no es precisa respecto a los puntos descritos. Cabe señalar que la literatura desarrollada tiene un foco de desarrollo a nivel internacional, con escasa evidencia a nivel nacional y más aún a nivel local.

Wu (2018) declara la importancia de que tanto los docentes como los estudiantes tengan una definición, un vocabulario y conceptos compartidos para el razonamiento clínico con el fin de facilitar la discusión y el aprendizaje significativos.

Por este motivo, comprender la percepción de los estudiantes y docentes respecto al desarrollo del razonamiento clínico y específicamente sobre su comprensión, significado y elementos claves, sobre factores y estrategias de enseñanza-aprendizaje consideradas como facilitadoras y obstaculizadoras contribuirá de manera significativa a nivel local y nacional. Entregará una valiosa información a la institución de educación superior en la cual se desarrollará esta investigación, pero así también, a otros establecimientos formadores permitiendo abordar de mejor manera el razonamiento clínico dentro de la formación de futuros profesionales de la salud desde una mirada de sus propios actores; estudiantes y docentes.

De manera secundaria, la mejora en los procesos formativos entorno al razonamiento clínico, permitirá abordar problemáticas propias de la práctica clínica

de manera eficiente, facilitando de esta manera el quehacer profesional mediante un sólido pensamiento crítico y toma de decisiones.

1.4 DELIMITACIONES

El presente estudio se enmarca en la institución de educación superior correspondiente a la Universidad Austral de Chile (UACH) sede Valdivia. La UACH es una comunidad académica dedicada a la enseñanza superior, al cultivo y difusión de la ciencia, la cultura y la creación artística en el ámbito nacional e internacional. Mediante sus acciones contribuye con excelencia al desarrollo sustentable y bienestar del país, desde el sur-austral de Chile, formando profesionales y graduados ética y socialmente comprometidos, creando e investigando en las diversas áreas del conocimiento científico, tecnológico, humanístico, artístico y social y manteniendo una activa vinculación con el medio.

La Facultad de Medicina es una de las diez Facultades con las que cuenta la Universidad y es en ésta, donde se encuentran las carreras de Kinesiología y Odontología a partir del año 2007 y 2005 respectivamente.

Ambas carreras cuentan con planes de estudios conformados por tres ciclos formativos; ciclo bachillerato, ciclo licenciatura y ciclo título profesional, lo que a su término permiten el logro del perfil de egreso.

Este estudio abordará la percepción de dos actores que conforman la comunidad universitaria; estudiantes y docentes de las carreras antes señaladas. Se explorará sobre la percepción del razonamiento clínico como también respecto a la comprensión y elementos claves de este. Se indagará también sobre los factores y estrategias de enseñanza-aprendizaje consideradas como facilitadoras y obstaculizadoras para el mismo. El propósito está orientado a la exploración y descripción de temáticas asociadas al fenómeno permitiendo mejorar así la comprensión de éste por parte de la comunidad.

1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de estudiantes y docentes pertenecientes a las carreras de Kinesiología y Odontología de la Universidad Austral de Chile sede Valdivia, año 2021, respecto al desarrollo del razonamiento clínico?

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción de estudiantes y docentes respecto al desarrollo del razonamiento clínico en las carreras de Kinesiología y Odontología pertenecientes a la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile sede Valdivia año 2021.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Explorar la comprensión y elementos claves del razonamiento clínico para estudiantes y docentes.
2. Indagar factores facilitadores y obstaculizadores percibidos por estudiantes y docentes para el desarrollo del razonamiento clínico
3. Indagar las estrategias de enseñanza-aprendizaje, percibidas por estudiantes y docentes, como facilitadoras y obstaculizadoras para el desarrollo de razonamiento clínico.

I. CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

La educación médica existe para guiar la formación de futuras generaciones de profesionales de la salud. Un ingrediente clave en el desarrollo profesional de estos estudiantes, tanto durante el período de pregrado como de posgrado, es el desarrollo del razonamiento clínico (Cutrer, 2013).

El razonamiento clínico ha sido denominado la columna vertebral de la práctica clínica (Christensen, 2008 citado Higgs 2019) por lo que ha sido incluido de manera formal en el desarrollo de competencias en todas las profesiones de la salud, lo que respalda su papel clave en la práctica profesional (Young, 2019). Esto concuerda con lo planteado por educadores quienes lo indican como un componente central en la competencia del clínico lo que justifica su incorporación en carreras de la salud, cuerpos licenciados, y sociedades de especialidades (Norman, 2005).

Se han llevado a cabo múltiples intentos para entender la naturaleza del razonamiento clínico durante más de cinco décadas. Esta información ha sido publicada en revistas de diversas áreas del conocimiento tanto de origen médico, sociológico, psicológico; lo que ha dificultado su análisis y síntesis.

El desarrollo del concepto de razonamiento clínico fue evolucionando con el transcurso de los años. Los primeros trabajos entorno a este fueron realizados en

la Universidad Estatal de Michigan y la Universidad de McMaster, quienes lo relacionaron a la estrategia de aprendizaje basado en problemas. Luego, en los años ochenta, se priorizó la memoria como mejor predictor de capacidades, por lo tanto, el aprendizaje se sustentaba en memorizar y repetir conocimiento lo cual conllevó a reiterados errores diagnósticos. Posteriormente, en los años noventa, se consideró que la memoria de conocimiento no era una buena manera de medir la expertise del profesional de salud, sin embargo, se esperaba que el clínico experimentado tuviera la capacidad de manejar más y mejor cantidad de conocimiento que los clínicos noveles o poco experimentados tornando relevante la experiencia entorno al aprendizaje. La investigación en esos años se centró en los aspectos que influenciaban la toma de decisiones y el éxito del diagnóstico tales como; la importancia del manejo de ciencias básicas, conocimiento del manejo, protocolos y esquemas de distintas enfermedades y experiencias. Años más tarde se iniciaron estudios entorno al uso de probabilidades para la determinación del diagnóstico correcto junto con el desarrollo de un pensamiento hipotético-deductivo lo que permitiría la resolución de problemas dando paso al uso de “reconocimiento de patrones”, “inducción de esquemas” o “inferencia Bayesiana” (Norman, 2005).

Todo profesional de la salud se involucra en el razonamiento clínico, recopilando y sintetizando información; generar hipótesis; formulando una impresión clínica, pronóstico, diagnóstico, tratamiento, cuidado y plan de manejo (Young, 2018).

A pesar de esto, el razonamiento clínico no se plantea como un constructo homogéneo. La literatura en cuanto este concepto es amplia y diversa representando varias profesiones y marcos teóricos. Esto ha llevado a la existencia de un gran número de términos para referirse a “razonamiento clínico” lo cual fue evidenciado en una investigación realizada por Young (2020) donde encontró sobre 100 términos para este concepto.

Esta diversidad de términos encontrados (por ejemplo: razonamiento diagnóstico, procesos intuitivos, razonamiento contextualizado, pensamiento crítico, toma de decisiones compartida) conduce a diferentes estrategias de enseñanza específicas, diferentes áreas de enfoque para la evaluación y probablemente diferentes comprensiones de lo que es el razonamiento clínico (Young, 2019). Las diferentes interpretaciones del mismo término podrían dar lugar a diferencias importantes en la forma en que los estudiantes y los docentes entienden colectivamente el razonamiento clínico, con diferencias resultantes en el enfoque de la enseñanza y la evaluación (Young, 2020).

Sumado a la confusión respecto al término específico de razonamiento clínico, es común encontrar en la literatura; el uso indistinto en los profesionales de la salud de

otros términos para describir este proceso entre los cuales encontramos pensamiento crítico toma de decisiones clínicas, juicio clínico, razonamiento diagnóstico, entre otros (Christensen 2017, Richards 2020).

Por lo anterior, se hace imperativo buscar una comprensión clara del constructo de razonamiento clínico, garantizando así, adecuadas prácticas pedagógicas y evaluaciones sólidas y defendibles (Young, 2019).

Frecuentemente el razonamiento clínico se piensa simplemente como un proceso de pensamiento o un conjunto de decisiones que deben ser tomadas, sin embargo, este debe ser reconocido como una capacidad o un conjunto de capacidades. Capacidad es un concepto holístico que incorpora tanto competencias actuales como futuras o potenciales. Capacidad se refiere a una habilidad que está presente en la práctica que es demostrable y justificable yendo más allá de competencias técnicas e incorpora gestión, ingenio y confianza en las acciones incluyendo la toma de decisiones, identificación y resolución de problemas (Higgs, 2019).

La idea de capacidades es fuertemente apoyada en educación y otras formas de práctica por ejemplo identifica capacidad como un elemento clave al elegir un acercamiento cognitivo apropiado para una determinada situación. Eraut (2000) citado por Higgs identifica tres factores que afectan el modo de cognición empleado por el clínico en un contexto dado, los cuales abarcan factores de la tarea, evidencia y complejidad, capacidad y disposición, factores del clínico y factores contextuales. Dentro de los factores asociados a la tarea se encuentra su evidencia y complejidad, por otro lado, factores como la capacidad y disposición por parte del clínico también son de interés. Dentro de los factores contextuales, cobra relevancia el tiempo disponible y la sobredemanda de atención (número de pacientes, actividades, información, etc).

Por su parte, para Richards (2020), el proceso de desarrollo del razonamiento clínico efectivo está influenciado por factores tanto internos como externos. En cuanto a los factores de origen internos, estos tienen relación con los atributos, características, perspectivas y comportamientos personales; específicamente, se considera que la curiosidad y la motivación influyen positivamente en el razonamiento clínico, mientras que el agotamiento y la fatiga impactan negativamente en la capacidad para participar de manera efectiva en actividades cognitivas intensivas. Por otra parte, los factores de origen externo hacen referencia al entorno en el que operan los estudiantes tales como distracciones e interrupciones hasta problemas interpersonales y en el funcionamiento de equipos, entre otros.

En esta misma línea, McBee (2018) plantea que el razonamiento clínico surge de la interacción de tres factores; aquellos atribuidos al clínico, otros al paciente y finalmente aquellos atribuibles al sistema. De manera detallada, en cuanto al clínico se encuentran la somnolencia, cansancio, experiencia y conocimiento; por su parte en cuanto al paciente plantea el manejo del idioma, complejidad, volatilidad y comprensión de la enfermedad; finalmente entorno al sistema se encuentran la duración de la atención, infraestructura y funcionamiento, entre otros.

A pesar de que en la literatura se han identificado variados tipos de factores que influyen en el razonamiento clínico, tienden a ser definidos o clasificados de distintas maneras o bajo distintas apreciaciones. Dada esta diversidad de factores y la complejidad en el análisis de como estos influyen en el razonamiento es que autores sugieren continuar recabando información, tanto desde un enfoque cuantitativo como de uno cualitativo (Shafaroodi, 2014).

Otra complejidad del razonamiento clínico ha sido reconocida en modelos cognitivos y epistemológicos donde el proceso de diagnóstico se ha caracterizado en términos de cuatro tipos de inferencias: abstracción, abducción, deducción e inducción. Los dos primeros tipos de inferencia impulsan la generación de hipótesis, mientras que los dos últimos tipos impulsan la prueba de hipótesis (Arocha, 2005).

Así mismo, Higgs (2019) plantea dos miradas para la interpretación del razonamiento clínico; una de ellas es bajo un modelo cognitivo y la otra bajo un modelo interpretativo. El primero de ellos se encuentran los modelos hipotético-deductivo, reconocimiento de patrones, razonamiento retroactivo/proactivo/abductivo, integración del razonamiento en el conocimiento y razonamiento intuitivo. Por su parte, la mirada interactiva contempla el razonamiento multidisciplinario, el condicional, el narrativo, el interactivo, el colaborativo, el ético y enseñanza como razonamiento (Roberti, 2015).

La elección de un modelo de razonamiento por parte de los estudiantes o la facilidad de uso de un modelo depende de sus habilidades y conocimientos previos. Por tanto, el docente debe considerar estos aspectos al presentar al estudiante diversas oportunidades para desarrollar el razonamiento clínico comprendiendo que cada estudiante es único y utiliza distintos modelos de análisis y síntesis (Carvalho, 2017).

Fomentar el desarrollo de habilidades de razonamiento clínico en los profesionales en formación es un desafío y con frecuencia no se aborda explícitamente en los planes de estudio formales. Al hacer estos explícitos, se evita que los estudiantes

busquen, de forma independiente, aprender habilidades vitales de razonamiento clínico (Cutrer, 2013).

El término "plan de estudios en espiral" se refiere a un proceso en el cual las temáticas se revisan a lo largo del tiempo con niveles crecientes de dificultad, con nueva información, nuevas aplicaciones y más experiencia práctica. El poseer un vocabulario compartido entre profesores y estudiantes como también una comprensión de los conceptos clave se identifica como un punto de partida para enseñar y aprender el razonamiento clínico. El razonamiento clínico no debe considerarse como un "complemento" el cual requiere más tiempo de enseñanza en un plan de estudios, por el contrario, se debe considerar como poder adaptar lo que ya existe facilitando la enseñanza y el aprendizaje en esta importante área (Cooper, 2017).

Autores como Rencic (2015), Trowbridge (2015) y Durning (2015) señalan que la naturaleza amplia y fundamental del razonamiento clínico significa que "no se encuentra en ninguna parte, pero debe enseñarse en todas partes" explícitamente integrados en varios cursos a lo largo de la formación de pregrado y posgrado.

Las actividades educativas deben comenzar por desarrollar un lenguaje común y una comprensión compartida de los conceptos clave del razonamiento clínico, entendiendo que el aprendizaje de este requiere un compromiso práctico continuo (Cooper, 2017).

El razonamiento clínico no es una habilidad independiente, depende en gran medida del conocimiento y la organización del mismo, por lo tanto, se debe alentar a los estudiantes a utilizar métodos que les ayuden a acumular tanto conocimiento organizado como sea posible (Cooper, 2017).

La enseñanza del razonamiento clínico requiere comprender cómo los estudiantes aprenden y piensan, por lo tanto, requiere el uso de una variedad de estrategias de enseñanza. Los educadores deben considerar la autorreflexión sobre su propio estilo de enseñanza, estando dispuestos a ser flexibles con los estudiantes para lograr el aprendizaje de manera individual y ser capaces de reconocer y abordar las barreras en el estudiante que pudiesen dificultar el desarrollo del razonamiento clínico. Con respecto a las estrategias de enseñanza-aprendizaje, cada una de ellas va a generar diferentes efectos para la obtención de los resultados de aprendizajes en cada estudiante basado en los atributos y el uso de estas estrategias como también en los estilos cognitivos y de preferencia de aprendizaje (Bradshaw, 2014).

La literatura presenta distintas estrategias de enseñanza-aprendizaje para desarrollar el razonamiento clínico en estudiantes. Cooper (2017) plantea dos categorías de técnicas que han sido descritas en la literatura; las intervenciones basadas en casos y aquellas estrategias de reflexión y metacognición. La primera categoría contempla estrategias como seminarios clínicos de resolución de problemas, rondas de diagnóstico, casos de aprendizaje integrado, simulación de briefings y aprendizaje mediante paciente virtual. Por su parte, la segunda categoría abarca estrategias tales como los tiempos fuera, preceptor de un minuto y estrategias de cognición forzada.

Richards (2020) por su parte plantea que, para fomentar el razonamiento clínico, los docentes deben ayudar a los estudiantes a desarrollar habilidades de razonamiento analítico y hábitos de aprendizaje auto dirigido de por vida. Estas habilidades son necesarias para identificar, priorizar y justificar los datos positivos y negativos pertinentes de los pacientes. Para esto, el autor describe distintas categorías; la primera habla de técnicas de enseñanza-aprendizaje clínicas tales como planteamiento de preguntas “que”, “como” y “porque”, y preceptor de un minuto del cual describe una modificación a un modelo cuyas siglas en inglés son “SNAPPS” haciendo referencia a resumir, delimitar, analizar, sondear, planificar y auto estudiar. Otras categorías hacen referencia a técnicas de “ejercicios de reflexión y escritura reflectiva”, “mapas conceptuales y mecanismos” y el modelo a seguir.

La investigación sobre el razonamiento se ha centrado principalmente en lo que constituye la experiencia en razonamiento clínico, cómo desarrollarla y cómo evaluarla (LaRosa, 2020).

En líneas de lo anterior, Christensen (2008) enfatiza en la necesidad de prestar más atención a cómo los estudiantes perciben el proceso de razonamiento clínico en sus programas de educación profesional y sus percepciones sobre qué métodos de enseñanza-aprendizaje facilitan el desarrollo de este.

Así mismo, LaRosa (2020), refuerza la relevancia de indagar sobre la percepción de estudiantes respecto al razonamiento clínico, ya que esto permitiría a los docentes comprender mejor el fenómeno y así crear experiencias educativas más significativas mediante la unión de sus percepciones y la comprensión actual del razonamiento.

II. CAPITULO 3. METODOLOGÍA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación contempla un estudio cualitativo de tipo descriptiva.

2.2 ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

Dado que el objetivo de la investigación es descubrir la percepción de estudiantes y docentes respecto al desarrollo del razonamiento clínico es que la metodología de **investigación cualitativa** se ajusta a los propósitos del estudio ya que es un tipo de estudio que permite, según Creswell (1998) a través de un proceso interpretativo, la indagación de diversas problemáticas humanas o sociales mediante la construcción de una imagen completa y holística. Así mismo, mediante el análisis y la presentación detallada de perspectivas permite la comprensión en profundidad de determinados fenómenos ampliando el conocimiento de estos, promoviendo oportunidades para adoptar decisiones informadas para la acción social (Sandin 2003, Mc Millan 2005). Dado que la evidencia científica aún no es clara y determinante respecto a esta temática declarando también que existe una falta de consenso en los distintos actores que utilizan el razonamiento clínico, es que el poder ampliar y profundizar el conocimiento entorno a ésta permitirá poder tomar acciones en pro de clarificar esta temática considerada esencial dentro del proceso formativo de futuros profesionales del área de la salud.

De manera específica, la investigación cualitativa se lineará bajo una mirada **descriptiva** dado que tiene por objeto la descripción de situaciones, eventos o hechos, es decir, como se manifiestan determinados fenómenos. A su vez, permite especificar características y elementos importantes del fenómeno que se somete a análisis (Gómez 2006), por lo que es coherente con el tipo de investigación a desarrollar lo que permitirá la descripción de la información recabada mediante las entrevistas respecto a lo que se comprende por razonamiento clínico tanto por estudiante como por docentes, los factores facilitadores y/o obstaculizadores percibidos y finalmente las estrategias de enseñanza-aprendizaje que propician o dificultan su desarrollo según la percepción de ambos actores.

2.3 OBJETO Y/O GRUPO DE ESTUDIO

El estudio abordó tanto a estudiantes como docentes pertenecientes a las carreras de la Facultad de Medicina (FAME) de la Universidad Austral de Chile (UACH), sede Valdivia. Las carreras que se incorporaron fueron Kinesiología y Odontología.

Para el propósito del estudio, se realizó una selección de informantes claves de manera intencionada. Se consideró estudiantes y docentes de los ciclos licenciatura correspondientes a las carreras de Kinesiología y Odontología pertenecientes a la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile

Dado el conocimiento que manejan sobre los estudiantes y docentes de sus carreras, es que se solicitó a las Direcciones de Escuela de ambas carreras que indiquen que estudiantes y docentes consideran informantes claves para el estudio. Se solicitó a los Directores que señalen un total de 12 informantes, 3 estudiantes y 3 docentes por cada una de las carreras, es decir, 6 informantes de Kinesiología y 6 de Odontología.

La saturación de la información, es decir, que la recolección de información desde informantes no entregue nuevos datos (Wong y Kowuitlawaluk 2020), se obtuvo con los 12 informantes indicados.

2.3.1 CRITERIOS DE SELECCION

1. Docentes:

- Docente de pregrado categoría académica o adjunto que no ejerzan cargos directivos
- Mínimo 3 años de experiencia docente en la UACH
- Declarar al menos 11 horas dedicadas a docencia
- Contar con habilitación docente
- Autorización mediante consentimiento informado

2. Estudiantes:

- Estudiante regular de pregrado de la Universidad
- Estudiante del ciclo licenciatura del plan de estudios
- Estar cursando al menos 4 asignaturas al semestre.
- Autorización mediante Consentimiento informado

2.3.3 CRITERIOS ÉTICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

CRITERIOS ÉTICOS

El estudio realizado adhiere y se rige por la legislación nacional y normas éticas internacionales vigentes entorno a la investigación científica:

Ley 20.120 – Artículo 2 (2006): Como bien señala en artículo 2 de la ley, entorno al respeto de los derechos y libertades esenciales de los humanos, es que el estudio contempló una participación voluntaria pudiendo cada participante decidir su retiro de la investigación en el momento que el estime necesario y sin expresión de causa. En esta misma línea, se aseguró la confidencialidad mediante el resguardo de la información por parte de los investigadores en computadores con uso de clave de acceso; como también su anonimato mediante asegurar la no revelación, en ningún momento, del nombre como de la identificación de las personas para lo cual se utilizó la codificación numérica de los participantes.

Ley 20.120 – Artículo 11 (2006): “Toda investigación científica en un ser humano deberá contar con su consentimiento previo, expreso, libre e informado”. La investigación contó con un consentimiento informado en el cual se proporcionó información adecuada, suficiente y comprensible sobre el estudio. El consentimiento contó con un acta firmada por la persona que ha de consentir en la investigación como también por parte de los investigadores responsables.

Ley 19.628 (2020): La recolección, almacenamiento y divulgación de datos personales, en la investigación se rigieron por la ley 19.628, específicamente los artículos 6° y 7ª, lo cual se aseguró mediante la confidencialidad a través del resguardo de la información por parte de los investigadores en computadores con uso de clave de acceso; como también su anonimato mediante asegurar la no revelación, en ningún momento, del nombre como de la identificación de las personas para lo cual se utilizó la codificación numérica de los participantes. De la misma manera, los procesos asociados al manejo de datos (recolección, almacenamiento y divulgación) debió ser con previa aprobación por parte de los participantes.

Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) (2017): La investigación declaró seguir las directrices internacionales señaladas por la CIOMS como bien indica la legislación antes mencionada. De manera específica sigue las siguientes pautas indicadas en la CIOMS:

- **Pauta 4 “Beneficios individuales y riesgos de una investigación”:** Se declaró que la participación en esta investigación no presentó riesgo alguno ni tampoco un beneficio directo, sin embargo, su participación benefició a la comunidad universitaria ya que permitió tener un mayor conocimiento respecto al desarrollo del razonamiento clínico en la formación de profesionales de carreras de la salud.
- **Pauta 9 “Personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado”:** A cada uno de los participantes, previo al inicio de su participación, se le entregó un consentimiento informado de modo que estén en total conocimiento de lo que involucró su participación en la presente investigación y así, voluntariamente, aceptar o rechazar su participación. Sin perjuicio de lo anterior, los participantes que decidieron aceptar tuvieron la libertad de retirarse de la investigación en el momento que estimarán conveniente sin sanción alguna.
- **Pauta 10 “Modificaciones y dispensas del consentimiento informado”:** Dado el contexto de virtualidad derivado de la pandemia, se describieron dos métodos para consentir la participación. El primero mediante la firma y posterior digitalización del documento de consentimiento para ser enviado mediante medios digitales a los investigadores. Y el segundo, de manera telemática, mediante la lectura directa del consentimiento, en la que los investigadores leyeron el consentimiento informado al participante quien posteriormente mencionó su nombre, RUT y, en caso de aceptar, consintió su participación en el estudio. Este registro quedó grabado en video .mp4 que permite la plataforma digital “ZOOM”. Ambos medios de consentir fueron enviados en formato papel o mp4 al participante para su respaldo.
- **Pauta 15 “Investigación con personas y grupos vulnerables”:** Dado que la investigación contempló la participación de estudiantes universitarios considerados población vulnerable por presentar una relación jerárquica donde la posibilidad de que la voluntariedad a dar su consentimiento esté comprometida porque están en una relación de subordinación es que se diseñaron medidas de protección tales como la toma voluntaria de decisiones y el asegurar la confidencialidad y anonimato como fue descrito con anterioridad.
- **Pauta 24 “Rendición pública de cuentas sobre la investigación relacionada con la salud”:** Los resultados de la presente investigación serán publicados en la presentación de tesis para optar al grado de magister anteriormente descrito como también en un informe a las Escuelas de la

institución donde será realizada la investigación. De igual manera, se contempla la publicación en revistas científicas asociadas al área de interés.

- **Pauta 25 “Conflictos de intereses”:** Los investigadores, tutores e instituciones involucradas declararon no tener conflictos de intereses que puedan alterar el resultado de la investigación.

Declaración Helsinki (2008): Del mismo modo a lo anteriormente señalado, declaramos que la investigación se rigió o estuvo acorde a lo manifestado en la declaración de Helsinki en cuanto a riesgos costos y beneficios en sus puntos 16 y 17; a grupos y personas vulnerables en sus puntos 19 y 20; a los requisitos científicos y protocolos de investigación en sus puntos 21 y 22; a privacidad y confidencialidad en su punto 24; a consentimiento informado en su punto 25 y a la inscripción y publicación de la investigación como la difusión de resultados en sus puntos 35 y 36.

González (2002), recopila los principios éticos necesarios que deben estar presente en una investigación cualitativa, por este motivo es que los criterios que contempló este estudio fueron los siguientes:

Valor social o científico: El explorar las percepciones de estudiantes y docentes respecto al desarrollo del razonamiento clínico contribuyó en la obtención de información de interés que permitió abordar de mejor manera el razonamiento clínico dentro de la formación profesional de estudiantes de las distintas carreras de la salud identificando el nivel de conocimiento sobre la temática como también facilitadores y obstaculizadores del proceso. A su vez, la percepción de ambos actores respecto a estrategias educativas para el desarrollo del razonamiento permitió reconocer el uso pertinente de estas optimizando el proceso formativo.

Validez científica: Para otorgar validez científica al estudio se presentaron una serie de atributos. Primero, se presentó un problema y junto a ello una pregunta de investigación. Luego, se plantearon objetivos para lograr dar respuesta a esta pregunta. Se planteó una estrategia, con una clara metodología que aseguró la validez del proceso. Junto con ello, se detalló el marco teórico que fundamentó la investigación, la selección de participantes, el instrumento a usar, el método de análisis que justificó la investigación.

Selección equitativa de los sujetos: Para la selección de los informantes claves de la investigación se solicitó a las Dirección de Escuelas de las carreras de Kinesiología y Odontología pertenecientes a la Facultad de Medicina de la UACH que indicaran que estudiantes y docentes correspondientes a sus planes de

estudios, según los criterios de selección de estos, podrían participar del estudio. Luego de esto, los investigadores se pusieron en contacto con ellos para invitarlos formalmente a participar y quienes aceptaron, debían materializar su autorización mediante la firma del consentimiento informado. La cantidad de informantes claves estuvo sujeta a la saturación de los datos, sin embargo, se logró con la cantidad de informantes previstos.

Proporción favorable riesgo beneficio: La participación en el estudio no representó riesgo alguno para los participantes, tanto para los entrevistados como para los investigadores. Con ello, creemos que no trae un beneficio directo al participante, sin embargo, benefició a la comunidad universitaria ya que permitió tener un mayor conocimiento respecto al desarrollo del razonamiento clínico en el proceso formativo.

Condiciones de dialogo auténtico: El presente estudio contempló una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas. En esta instancia el participante fue capaz de expresarse libremente en relación con el fenómeno. Entendemos que las respuestas fueron influenciadas por la identidad cultural del participante por medio de su propio lenguaje. Los investigadores fueron meros receptores de información la que luego se transcribió de manera literal a un documento escrito el cual fue validado por los participantes.

Evaluación independiente: El estudio fue evaluado por peritos apropiados, es decir, tutores externos, que no estuvieron afiliados a la investigación lo cual disminuye al mínimo el impacto potencial de este tipo de prejuicio. Los tutores tendrán la responsabilidad y facultad de poder

Consentimiento informado: Con el objetivo de mantener el respeto hacia los participantes y su autonomía en la toma de decisiones, se les presentó un documento con un consentimiento informado donde se detalló la investigación, su propósito, riesgo y beneficios, cómo se manipulo la información, el resguardo de sus datos, entre otros aspectos esenciales para el estudio. En este documento, el participante estuvo en pleno derecho y libertad de aceptar o declinar de su participación.

Respeto a los sujetos inscritos: En el caso de que un participante durante el desarrollo de la investigación haya decidido no seguir participando, este fue libre de retirarse del estudio. Esto significó que la información que haya entregado queda inutilizable y fue desechada por los investigadores.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Todas las personas invitadas a formar parte de la investigación debieron consentir su participación mediante un consentimiento informado (Anexo 1). Este documento contó con información explicativa sobre la investigación, su propósito, riesgo y beneficios permitiendo así que los participantes verificaran si esta es compatible con sus valores, intereses y preferencias permitiéndoles, con conocimiento suficiente y de manera responsable, tomar la decisión libre de participar del estudio.

El consentimiento informado fue entregado previo a la realización de la entrevista semi-estructurada virtual por lo que existieron dos opciones de consentir:

- 1) Imprimir documento para firmarlo, luego digitalizarlo nuevamente (ya sea mediante fotografía o escáner) y enviarlo a los investigadores mediante correo electrónico.
- 2) En caso de no poder firmarlo, se procedió a realizar un consentimiento mediante grabación de un video en el cual, a través de la plataforma zoom y previo a la aplicación de la entrevista semi-estructurada, los investigadores leyeron el consentimiento informado al participante quien posteriormente mencionó su nombre, RUT y consintió su participación en el estudio.

2.4 TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Para el reclutamiento de los participantes, se contactó vía correo electrónico a las Direcciones de las Escuelas de Kinesiología y Odontología para invitarlos a participar del estudio señalando el objetivo de éste y sus implicancias. Se les solicitó agendar una reunión telemática para explicar con mayor profundidad aspectos relativos a la investigación y se les solicitó que indicaran que estudiantes y docentes de cada carrera proponían como informantes claves para la investigación.

Posteriormente, se contactó a los informantes claves indicados para invitarlos a participar del estudio y en el caso de que la respuesta haya sido favorable, se les hizo llegar un **consentimiento informado** el cual debieron consentir mediante una firma en el documento para así poder ser parte de la investigación.

Obtenido el consentimiento, se procedió a agendar una reunión vía remota con uso de la plataforma zoom en la cual se realizó la aplicación de una entrevista semi-estructurada la cual fue llevada a cabo por los investigadores responsables.

Todas las entrevistas fueron grabadas donde luego se realizó la transcripción literal de las respuestas de cada participante a un documento escrito el cual fue enviado a los entrevistados para su aprobación.

2.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento de recolección de datos fue una entrevista semi-estructurada la cual se aplicó de manera remota mediante la plataforma virtual a los participantes con una duración aproximada de 45 minutos. Previa a la aplicación de la entrevista los investigadores procedieron a presentarse y a la identificación del participante, donde debieron mencionar qué año académico se encontraban cursando, en el caso de estudiantes, y las asignaturas en las que participaba, en el caso de los docentes.

La entrevista semi-estructurada contó con temáticas y preguntas orientadoras para su desarrollo, las cuales se detallan a continuación:

Temática general: Percepción de razonamiento clínico

Pregunta orientadora:

¿Cuál es tu percepción respecto al razonamiento clínico en la formación de kinesiólogos/odontólogos?

Temática: Comprensión de razonamiento clínico y elementos claves

- a) ¿Qué entiendes por razonamiento clínico? Y ¿cómo lo definirías?
- b) ¿Qué elementos crees necesarios para poder desarrollar el razonamiento clínico en tu carrera?

Temática: Facilitadores y obstaculizadores del razonamiento clínico

¿Qué factores percibes como facilitadores para el desarrollo del razonamiento clínico?

¿Qué factores percibes como obstaculizadores para el desarrollo del razonamiento clínico?

Temática: Estrategias de enseñanza-aprendizaje para el razonamiento clínico

¿Qué estrategias de enseñanza-aprendizaje percibes como facilitadores para el desarrollo del razonamiento clínico?

¿Qué estrategias de enseñanza-aprendizaje percibes como obstaculizadores para el desarrollo del razonamiento clínico?

2.6 VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Para la realización de investigaciones en educación es importante contar con instrumentos confiables y validados. El referente metodológico para el proceso de validez se tomó principalmente de la propuesta de Galicia (2017) adaptado de Escobar y Cuervo (2008), quienes elaboraron una plantilla de cuatro categorías: claridad, coherencia, relevancia y suficiencia.

Para esto, el instrumento fue sometido a una validación por un juicio de expertos la cual se entiende como "una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones". Por este motivo, es que se solicitó a dos expertos en el área de la educación, realizar la validación del instrumento elaborado para la entrevista semi-estructurada.

Se evaluaron las preguntas de manera independiente según las temáticas de la entrevista. Se analizaron las categorías de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia; las cuales fueron evaluadas mediante indicadores para cada categoría (Anexo 2).

Sumado a la valoración por categorías de manera cuantitativa mediante escala Likert con puntaje de 1 a 4 según indicadores descritos, se dejó abierto un espacio por indicador para comentarios y sugerencia por parte de los jueces expertos con la finalidad de recoger aspectos de mejora para la elaboración y planteamiento de las preguntas permitiendo así la obtención de la información deseada.

El proceso de validación se realizó mediante la aplicación de una encuesta remota a través del uso de la plataforma Google Forms.

III. CAPITULO 3. ANÁLISIS DE DATOS

Para analizar los datos obtenidos, se realizó una transcripción literal de cada entrevista realizada. El documento con la transcripción fue enviado a cada participante vía correo electrónico para la validación de la entrevista.

Según lo expuesto por Braun y Clarke (2006), el análisis de datos se basó en un análisis temático inductivo ya que la construcción de categorías emergentes fue desde el contenido, donde cada investigador de manera individual revisará múltiples veces cada entrevista en la búsqueda de que emerjan en ellas ideas comunes.

Posterior a la revisión individual, se realizará una revisión en conjunto con el objetivo de consensuar y concluir respecto a las categorías e ideas emergidas.

Este método describe una metodología de análisis temático para este tipo de investigaciones lo que aporta una metodología estructurada que guía hacia la consecución de los objetivos.

Los pasos de análisis descritos por Braun y Clarke (2006) son los siguientes:

1. **Familiarización con los datos**, generado al transcribir las entrevistas, leyendo repetidamente la información y anotando al margen distintas ideas que puedan surgir.
2. **Generar códigos iniciales**: codificar aspectos interesantes, de una manera sistemática, de toda la información obtenida. También, juntar información relevante para cada generación de códigos iniciales.
3. **Búsqueda de temáticas**: agrupar los códigos en potenciales temas contemplando toda la información obtenida.
4. **Revisión de las temáticas**: revisar si los temas se relacionan con los códigos que fueron propuestos generando un mapa temático.
5. **Definir y nombrar las temáticas**: el análisis constante de cada tema específico como de la “historia” global de análisis, generará definiciones y nombres para cada tema.
6. **Producción del reporte**: Es la oportunidad final de análisis ya que permite la selección final de las temáticas, códigos y encajar los extractos de información en cada temática encontrada.

IV. CAPITULO 4. RESULTADOS

A partir del análisis de la información entregada por los informantes surgieron 234 unidades de significados asociados al razonamiento clínico, los cuales fueron agrupados en 38 códigos y estos a su vez en 7 subcategorías. A partir de las 7 subcategorías surgieron 3 categorías. El detalle de los resultados está disponible en la Tabla 1, 2 y 3 (Anexo 3, 4 y 5).

La primera categoría corresponde a razonamiento clínico (RC) la cual se relaciona con la comprensión y percepción que tienen docentes y estudiantes respecto al RC. La segunda categoría corresponde al desarrollo de razonamiento clínico (DRC) la cual tiene relación con aquellos elementos necesarios como también a aquellos elementos que facilitan u obstaculizan el desarrollo del RC. Finalmente, la tercera categoría correspondiente a estrategias de enseñanza-aprendizaje (EEA) guarda relación con aquellas estrategias educativas que perciben tanto docentes como estudiantes pueden facilitar u obstaculizar el desarrollo de RC.

1. Categoría Razonamiento Clínico (RC)

La mayoría de los informantes comprenden el RC como un **proceso** que responde a un **ejercicio personal** y se vincula a la **toma de decisiones**:

<...Todo el ejercicio clínico intelectual cognitivo cierto que ha sido abordado desde la capacidad de entrevistar a un paciente para recoger el máximo de información ya sea a través de los síntomas del paciente y los signos clínicos que yo observo para llegar a la solución de ese caso y emitir un control ya...> [Informante 2]

<...es un proceso, emmm...Es un proceso de reflexión que nos ayuda, cierto a hacia la toma de decisiones...> [Informante 7]

De igual manera relacionan el razonamiento clínico a un **contexto clínico** y a un **proceso de diagnóstico e intervención**:

<...Es un proceso clínico de análisis reconociendo todos los factores y variables relacionadas con un proceso de atención que se puedan en este caso emm, digamos como poder enlazar y poder tener una lógica de conclusión tanto de diagnóstico como de intervención... proceso ordenado sistemático que considera factores del punto de vista biopsicosocial de una persona y contextual para poder plasmar una conclusión diagnóstica y perfilar un eventual abordaje o intervención...> [Informante 9]

En términos de percepción, muchos informantes lo identifican como un **elemento importante y básico** como también al **proceso formativo** de la carrera:

<...Uff...bueno el razonamiento clínico en la formación de odontólogos es bueno...básico...es de donde parte el ejercicio intelectual para poder organizar un tratamiento...> [Informante 2]

<...me parece mucho que el razonamiento clínico si es, si no es el más importante, es una arista muy importante del perfil que debe cumplir el odontólogo al final es ahí donde uno se desenvuelve...> [Informante 6]

<...mi percepción sobre el razonamiento clínico ha ido aumentando desde el inicio de mi carrera hasta el final siento que se me han dado tal vez las herramientas para poder, emmm, para profundizar en este razonamiento clínico y siento que ha estado muy presente en, en, dentro de la carrera...> [Informante 10]

2. Categoría Desarrollo de razonamiento clínico (DRC)

Dentro de los **elementos necesarios** para el desarrollo del RC surgieron códigos respecto a las unidades de significados tales como **conocimientos previos, niveles y competencias y ambiente de aprendizaje:**

<...Bueno como he dicho la teoría, el conocimiento; creo que es fundamental, sin conocimiento uno llegaría con el paciente y no quedaría en blanco, pero si se podría tomar decisiones que no corresponden, un mal diagnóstico, la toma de decisiones, lo que uno va a hacer va en directa relación con la teoría, con el conocimiento...>
[Informante 6]

<... la institución tiene la programación de la formación del estudiante de acuerdo a distintos niveles y distintas áreas que tienen que complementarse para poder desarrollar este razonamiento clínico...el docente tiene que ir acompañando a estudiante, tiene que ir acompañando y reconocer las competencias que tiene que lograr ese estudiante, como se integran esas competencias ya y como ir soltando de a poco...> [Informante 2]

<...yo creo que el estar en un ambiente más distendido, de confianza porque así te permite el poder decir “profe no entiendo”, “profe no me quedo esto claro”, siento que esa es la base de todo y que muchas veces no se da por el miedo de que el profe es superior o que te va a juzgar...> [Informante 4]

A la vez, plantean como elemento necesario la **autocrítica** como también la presencia de un **docente facilitador** y la **formación de estos:**

<...él sea autocrítico, él tiene que desarrollar ese razonamiento clínico, él tiene que saber cuándo están bien las cosas, cuando están mal las cosas, cuando están incompletas las cosas y que es lo que tiene que hacer para ese nuevo desafío, porque una acción clínica tiene desafíos progresivos...> [Informante 2]

<...yo creo que más que nada guiar al estudiante. Eso es algo como super importante porque a veces nosotros estamos super perdidos... según yo eso es super importante, guiar al estudiante y saber bien en que “pará” está el que tan preparado está como para irlo guiando más o menos en un camino...> [Informante 4]

<...Y lo otro que creo q también es importante es el tema de la formación. Porque es importante que uno se empiece a capacitar de que uno se vaya actualizando específicamente en, claro uno llega es kinesiólogo, está la oportunidad de ser docente y uno ya asume el desafío y dice “pucha, en realidad puedo contribuir con lo que yo sé”. Pero no es solo eso, no es solo compartir tu conocimiento disciplinar,

sino que hay una responsabilidad y más que de interés propio de cada uno, como en aprender e ir formándose en docencia, debiera ser algo como transversal...> [Informante 7]

En esta misma línea, además de elementos necesarios, se identificaron **factores facilitadores** para el desarrollo del RC donde surgieron códigos tales como; **comunicación, interés-motivación, trabajo en equipo, innovación y el modelo formativo, modelo de análisis, campos clínicos e infraestructura:**

<...docentes con una mayor capacidad de transmitir de una mejor forma, ¿cierto?, información sea o no la más actualizadas, pero, emmm, las actitudes que ellos van adoptando, el lenguaje no verbal o como el verbal también, emmm, la amabilidad también, la empatía, también de ponerse en nuestro lugar y no se enojan si fallamos o tenemos errores...> [Informante 5]

<...el razonamiento clínico parte del interés básico de un estudiante por amar su profesión que decidió desarrollar.... porque en la forma de tener un entusiasmo, un amor por algo va a existir un grado de preocupación y no solamente el realizar cosas, sino que entender cuál es el proceso...> [Informante 2]

<... Yo creo que eso pudiera ser del equipo humano, cierto, y de que existan buenas relaciones porque creo que eso también es clave para poder ir trabajando en conjunto estos temas que son importantes...> [Informante 7]

<...yo creo que la institución y el modelo también que tiene la universidad, que es centrado en el estudiante, por ejemplo, pudiese ser un facilitador para este proceso...> [Informante 7]

<... La parte clínica, también, nos ayuda en ese sentido y creo que la carrera con el tema de la innovación de la malla emmm, ha permitido que estos espacios, cierto, se desarrollen desde los primeros años, que antes no era... puedan tener un acercamiento más directo con los pacientes cierto, que se posicionen o se vean reflejados en su quehacer como futuros kinesiólogos y enfrentándose a los problemas que en verdad se van a enfrentar después como kinesiólogos...> [Informante 7]

<...que el principal facilitador, es tener un modelo base claro y actualizado...creo que es necesaria poder universalizar como los perfiles de razonamiento por parte de la unidad de los docentes o académicos tener un modelo explicativo tal vez, un modelo que te pueda ayudar a explicar los factores necesarios...un buen modelo te

puede llevar a estructurar muy bien y llevar de una manera mecánica algo o te puede orientar a que el proceso sea como muy analítico o de muy buena forma y eso creo que puede ser un punto que puede ser negativo y positivo a la vez. De cómo se desarrolle operativamente un modelo...> [Informante 9]

<...pero me parece que, dado que somos una carrera de la salud, ¿cierto?, la práctica se hace esencial. Por lo tanto, el recurso físico, estructural asociado a la prácticas clínicas como tal es clave en la medida que los individuos o los estudiantes no tengan contacto emmm, están muy lejanos todavía al entendimiento de los procesos, por lo tanto, el recurso físico, estructural o en relación a los lugares de práctica creo q es muy clave...> [Informante 8]

Por el contrario, también se identificaron **factores obstaculizadores** para el desarrollo de RC tales como: **paternalismo docente, resistencia al cambio, escasas oportunidades de enseñanza-aprendizaje** como **infraestructura, recurso humano, desmotivación, inseguridades y el miedo**

<...el que dentro de las etapas de formación de los estudiantes no se olvide que están cumpliendo una etapa y que dentro de la misma formación de los niveles que vayas soltando al estudiante de la mano...> [Informante 2]

<...a veces hay resistencia al cambio que a veces genera dificultades en poder plasmar un buen desarrollo de razonamiento clínico que es sesgado, hay un sesgo cognitivo en este caso ya que el docente tiene una lógica o un perfil muy centrado en sus propias convicciones...> [Informante 9]

<...Creo que el estar con pacientes y ver situaciones, enfrentarse a situaciones que uno creo que nunca deja de aprender, yo creo que toda la vida vamos a estar estudiando y actualizándonos por lo que mientras más situaciones uno se enfrente, más situaciones, más pacientes, distintas situaciones, distintas historias del paciente...> [Informante 6]

<...no sé si va bien la respuesta, pero...desde el espacio físico en adelante yo creo que estamos al debe...más campo clínico, yo soy una eterna luchadora de que estos estudiantes deberían estar desde tercero metiéndolos en los CESFAM, en APS...no en quinto, cuando estén en su última etapa y ahí se enfrentan a la realidad... porque los sacamos de la burbuja de la clínica...> [Informante 1]

<...yo por lo menos siento que a nosotros en cuanto a infraestructura y todo eso, nos han dejado super de lado...claro hay hartas falencias en nuestras dependencias y obviamente eso obstaculiza el desarrollarse académicamente o razonamiento clínico...> [Informante 4]

<...yo creo que sobre todo la parte de cooperación del alumno se ve cada año más dificultoso, se ve como más apagado, como sin ánimo, más desganado, más desmotivado...> [Informante 3]

<...también que creo que una de las cosas más importantes, que el docente no nos transmita temor, porque si nosotros tenemos temor emmm, difícilmente vamos a querer mencionarle cuando tengamos errores, o estar abiertos a estar preguntándole constantemente cosas por miedo a que nos retes...> [Informante 5]

3. Categoría Estrategias de enseñanza-aprendizaje (EEA)

En cuanto a las estrategias de enseñanza-aprendizaje percibidas como facilitadoras por parte de los informantes surgieron los siguientes códigos: **casos clínicos, el aprendizaje basado en problemas (ABP), simulación y práctica clínica.**

<...realizan discusiones de casos clínicos, nos colocan distintos tipos de informaciones de casos, antecedentes, cosa que nosotros también podamos hacer un razonamiento de como muchas situaciones que se nos puedan presentar en el futuro...> [Informante 5]

<...el ABP como te mencionaba es una buena herramienta, ya que es participativa constructivista y autónoma, ahí permite liberar las opiniones y apreciaciones del estudiante...> [Informante 9]

<...modelos de simulación clínica de baja y alta fidelidad facilitan este raciocinio clínico, pero debe ser implementado desde el inicio de la formación de los estudiantes porque una de las cosas que rompe esto y que es un gran estrés para los estudiantes es el enfrentarse con pacientes y este enfrentamiento con pacientes lo llamo yo porque no es una presentación de paciente, sino que un enfrentamiento con los pacientes es de golpe...> [Informante 2]

<...las actividades clínicas también, creo que ahí la franja clínica cierto, las prácticas curriculares si o si son instancias en que nos obligan a eso y finalmente es la forma de poner en práctica y de enfrentares a un problema real y tener que tomar ahí las decisiones correctas...> [Informante 7]

De la misma forma, estrategias como el **debate, el salto triple y el team-based learning (TBL)** se plantean como facilitadoras:

<...el tema de los debates fijate que hemos tenido una super buena experiencia en el sentido de que nos hemos dado cuenta de que los alumnos son super competitivos en ese sentido...se preparan más, profundizan mucho más en los temas asique eso ha sido super motivante para nosotros y nos ha dado un nuevo impulso porque se nota que estudian más, un poco por su cuenta y no obligados...> [Informante 3]

<...pero, por ejemplo, lo que he presenciado y me ha servido arto es el salto triple...> [Informante 12]

<...por ejemplo, el TBL, que también nos ha ayudado bastante y en grupos también, grupos más pequeños...> [Informante 5]

En la misma línea; **talleres, actividades reflexivas y la participación** como también **el trabajo en grupos pequeños** se valoran como facilitadoras:

<...y la idea es como que yo entre más participativa y más se involucre el estudiante...más va a aprender y estar atento y más va a ser beneficioso...> [Informante 4]

<...emm, mientras menos gente siento que es mejor. Por ejemplo, en nuestro caso somos 10 que estamos en el grupo como al día de los alumnos y nos sirvió mucho que fuéramos 10, porque creo que ahora son 60 alumnos entonces complica el poder cada uno hablar y opinar y dar su idea...> [Informante 10]

Por el contrario, en cuanto a estrategias de enseñanza-aprendizaje obstaculizadoras los informantes reportan las **clases expositivas o magistrales, actividades en grupos grandes y la baja participación del estudiante**:

<...em...cuando el objetivo es principalmente razonar, la misma clase teórica magistral te lo encierra un poco porque finalmente tú vas a tener la perspectiva del docente, su guía su esquema su mapa...> [Informante 1]

<...en una clase presencial somos muchos más y cuando presentan un caso clínico a veces uno se no atreve mucho a participar siempre hay algo de temor, son los mismo los que van respondiendo...> [Informante 6]

<...Si yo creo que serían las clases expositivas cuando no participamos nosotros, cuando son clases sólo teóricas, y teóricas y no hay instancias para preguntarle al profe más que nada...> [Informante 11]

V. CAPITULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue describir la percepción de estudiantes y docentes respecto al desarrollo del razonamiento clínico en las carreras de Kinesiología y Odontología pertenecientes a la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile, sede Valdivia, año 2021.

Distintos autores han discutido al razonamiento clínico como un constructo multifacético (Pelaccia, 2011. Ajjawi, 2007) o bien como un fenómeno de “caja negra” (Sandhu, 2006) lo que no dista de lo encontrado en esta investigación donde la comprensión del razonamiento clínico careció de una definición aunada y única.

Según lo señalado por Durning (2013), es probable que parte de la confusión de definiciones que rodea al término se deba a los diferentes marcos epistemológicos y teóricos que se utilizan al momento de discutir el tema. Si bien no existió una definición única, se pudo converger en ideas o conceptos comunes como, por ejemplo; comprender al razonamiento clínico como un proceso, al igual que lo indica Eva (2005) quien lo explica como un producto de la interacción entre procesos de pensamiento analítico y no analítico. La autora señala que cada tipo de procesos interactúa, en distinto grado dependiendo del contexto, tanto con la representación mental del caso, como con las hipótesis que surgen de este.

Este proceso se comprende como un ejercicio personal, al igual como lo señala Kahneman (2011) quien lo reconoce como un proceso humano que no está exento de sesgos y desviaciones propias de la naturaleza humana. Por su parte, Escobar (2020) refuerza la mirada personal del razonamiento clínico ya que menciona que no sólo se trata de ejecutar acciones que intencionen un método hipotético de razonamiento, sea este inductivo y/o deductivo, lineal o transversal, sino que el desafío es que el estudiante construya su propia brújula de actuación.

Además de ser entendido como un proceso y un ejercicio personal, los resultados lo vinculan a la toma de decisiones al igual que lo reportado por McDevitt (2019) quien considera al razonamiento clínico no solo como una habilidad, sino también, como un fenómeno complejo que involucra al pensamiento y la toma de decisiones; por su parte Wainwright (2011) lo vincula a la resolución de problemas lo cual es esencial para la toma de decisiones adecuadas y efectivas para el cuidado de los pacientes. Este proceso permite establecer un diagnóstico y una intervención tal cual lo señala Tietze (2019) destacando la interacción del profesional, paciente y entorno en miras de recopilar e interpretar información del caso, analizar beneficios y riesgos de las acciones y determinar un plan de manejo diagnóstico y terapéutico.

El razonamiento clínico se reconoce como un elemento básico y esencial en la formación profesional de carreras de la salud. La misma relevancia es otorgada por Higgs (2008), quien plantea que este debe estar inserto a través de una línea de formación en los distintos planes de estudios. Trowbridge (2015) indica que existe un consenso cada vez mayor de que los programas de formación en salud deben enseñar el razonamiento clínico de una manera que se integre explícitamente en los cursos a lo largo de cada año del programa, adoptando un enfoque sistemático consistente con la evidencia actual. A pesar de lo anterior, la investigación realizada por Kononowicz (2020), reporta que solo el 28% de sus encuestados informan la presencia explícita de enseñanza del razonamiento clínico en todo el plan de estudios versus un 85% que expresa la necesidad de incorporarlo. Por esto, es que, independiente de los consensos existentes, se debe hacer un llamado al cambio y

al mayor énfasis en la enseñanza estructurada y explícita basada en evidencia y evaluación del razonamiento clínico en los programas educativos de las profesiones de la salud.

El desarrollo del razonamiento clínico requiere de diversos elementos para poder lograr su abordaje de manera óptima. El conocimiento se reconoce como uno de ellos, como también para Holdar (2013) y Wainwright (2011) quienes lo sitúan como principal fuente de influencia del razonamiento clínico.

En términos formativos, otro elemento necesario es el abordaje del razonamiento clínico según niveles y competencias de los planes de estudio. Higgs (2008) y Edwards (2004) valoran la enseñanza y el aprendizaje del razonamiento clínico, como un fenómeno de práctica complejo e interactivo por lo que el desarrollo de pautas curriculares claras y completas para los estándares educativos y evaluativos de este, promueven mejores y más consistentes resultados educativos. En líneas de lo anterior, los modelos educativos actuales centran su atención en el estudiante y no en el docente, sin descalificar su relevancia ya que es necesario que el docente favorezca la reflexión sobre el proceso de análisis clínico, guíe el debate, la retroalimentación y evidencie el avance gradual de la tarea (Amaya, 2008. Rivera, 2017). Por esto, es que esta investigación respalda el rol facilitador del docente como también la necesidad de formación y capacitación de estos, no solo en aspectos propios de la disciplina, sino que también desde una mirada educativa. Cox (2006) respalda la formación en educación de los docentes planteando que la enseñanza del razonamiento clínico se convierte en un reto, ya que además de ser un experto clínico, deben manejar como transmitir conocimiento y estrategias para mejorar la calidad del razonamiento. Lo anterior es respaldado por Rencic (2017) quien reportó como principales barreras para la enseñanza del razonamiento clínico, la falta de experiencia docente en la enseñanza de este. Otra mirada que cobra relevancia es la de los docentes clínicos, quienes reconocen que no basta con la experiencia y la experticia que tengan en relación con la disciplina que guían, sino que necesitan herramientas pedagógicas sobre todo en métodos de evaluación, en planificación, en metodología de enseñanza-aprendizaje y métodos de comunicación efectiva (Álvarez, 2003).

En esta misma línea, se valora un ambiente de aprendizaje caracterizado por la confianza y la libertad de poder expresar las ideas tal como lo plantea Mora (2017) quien destaca la relevancia de promover un clima de confianza y motivación, donde el estudiante pueda expresarse adecuadamente, favoreciendo una dinámica fluida y eficiente.

Finalmente, en cuanto a elementos de índole más personal, la autocrítica es reconocida como necesaria para lograr un razonamiento. Benner (2008) de igual

modo, valora el diálogo autorreflexivo, planteando que el trabajo o las experiencias deben proporcionar el conocimiento y las habilidades para la autorreflexión sobre la práctica profesional como de los objetivos y resultados de la atención a través de la adquisición de datos y el cuestionamiento de las inconsistencias. De la misma forma, Huhn (2017), señala que el razonamiento clínico requiere tanto de una voluntad de pensar cómo se está pensando y de la habilidad de evaluar el comportamiento y pensamientos propios.

Para abordar el razonamiento clínico, además de elementos necesarios se plantean ciertos aspectos que son facilitadores y otros obstaculizadores. En relación con esto, la comunicación se plantea como un elemento que permite, de manera más fácil, el desarrollo de razonamiento clínico. Anakin (2020) concluye que la falta de esta obstaculiza el desarrollo de habilidades de razonamiento en especial cuando no se da la oportunidad de hacer preguntas o de recibir una retroalimentación. Mora (2017) señala que un clima de confianza y motivación favorece la comunicación y de manera consecuente el desarrollo del razonamiento clínico.

Continuando con la línea emocional, si bien la motivación se plantea como un elemento facilitador y su contraparte, la desmotivación, como un aspecto obstaculizador para el desarrollo de razonamiento clínico, la literatura plantea cierta controversia encontrando afirmaciones como que ningún aprendizaje se logra si no existe motivación; hasta la negación completa de esta como variable importante para este proceso ya que existen aprendizajes que no pueden postergarse y se dan sin una intención explícita (Olanco, 2011).

Otro elemento que facilita el desarrollo de razonamiento clínico es el trabajo en equipo por parte de los docentes. Dentro del sector educativo, la participación interdisciplinaria e interprofesional para desarrollar proyectos, resolver problemáticas, interrelacionar conocimientos, atender las necesidades del alumnado, adaptar el currículo, incorporar las competencias básicas a los programas de aula, requieren superar la individualidad y actuar de forma cooperativa (Méndez, 2016). La docencia es un trabajo colectivo que involucra docentes que trabajan con los mismos grupos de estudiantes. Los docentes son adultos que aprenden a través de procesos formales, pero también a través de mecanismos informales en los cuales interactúan, dialogan con sus pares, toman decisiones colectivas (Vaillant, 2016).

Esta investigación también destaca la innovación y los modelos formativos actuales. Eva (2005) hace referencia a la necesidad de innovación en los modelos formativos al señalar que el enseñar a razonar clínicamente requiere más preocupación y creatividad, tanto de los docentes clínicos como de quienes estén a cargo de elaborar programas de innovación curricular con la finalidad de asegurar que los

estudiantes reciban una exposición adecuada a casos pedagógicamente útiles o significativos para ellos. Además, sugiere que la exposición a distintos casos genera en el clínico una acumulación de experiencias que sirve como base de datos y que mientras mayor sea esta, mejor y más efectivo será el reconocimiento de patrones al ser expuesto a nuevos casos, logrando cada vez menos errores diagnósticos y un mejor cuidado de los pacientes.

La presencia de modelos de análisis que propicien un lenguaje y una reflexión común se reportan como facilitadores del desarrollo de razonamiento clínico. Escobar (2017) plantea que este ejercicio es de mayor pertinencia en la medida que se cuente con docentes practicantes de modelos que tributen a la disciplina.

Por la vereda contraria, esta investigación reportó factores obstaculizadores para el desarrollo de razonamiento clínico entre los cuales se encontró el paternalismo docente. Así mismo, en la investigación realizada por Anakin (2020) donde indagó sobre enfoques obstaculizadores encontró que la falta de independencia, involucramiento y participación del estudiante provocado por el docente comprometía el aprendizaje del razonamiento clínico.

En educación, los cambios han sido inevitable, como así también lo es enfrentar procesos de resistencia al mismo. Los cambios institucionales exitosos solo son posibles cuando se ha gestionado correctamente la resistencia al cambio (Caruth, 2013). Lo mismo fue reportado por este estudio donde la resistencia al cambio que existe por parte de docentes y estudiantes respecto a la innovación y a la incorporación de metodologías activas y participativas es considerado un obstaculizador para el desarrollo de razonamiento clínico.

En cuanto a las instancias de aprendizaje, Silva (2018) indica que estas deben contar con los tiempos, espacios y estructura didáctica que permitan al académico guiar competentemente al estudiante en la toma de conciencia del proceso de razonamiento clínico por lo que, al igual que lo encontrado en esta investigación, las escasas oportunidades de aprendizaje actúan como obstaculizadores. Lo mismo indica Rencic (2017) quien estableció como una de las principales barreras para el desarrollo de razonamiento clínico la falta de tiempo curricular.

Por otro lado, el campo clínico e infraestructura igualmente se reportaron como elementos facilitadores. De manera específica en cuanto al campo clínico, Contreras (2020) señala que, si bien los estudiantes destacan el aprendizaje otorgado por experiencias en visitas clínicas, el elevado número de estudiantes sumado a un limitado número de campos clínicos compromete la calidad del proceso formativo reflejado en las dificultades que los mismos presentan en la

aplicación e integración de contenidos teóricos con la evaluación producto del escaso tiempo de contacto clínico con pacientes, coincidiendo con lo expuesto por docentes de campo clínico quienes destacan el sólido nivel de contenidos teóricos de los estudiantes, pero dificultad en su aplicación a la realidad clínica. A su vez en cuanto a infraestructura, los espacios de aprendizaje no se entienden como un simple continente volumétrico de actividades, sino que su concepto va más allá de lo mero arquitectónico. Éste, al ser apropiado para estudiantes y profesores, consigue influir en la motivación académica, comportamiento y relaciones sociales (Shernoff, 2017). Los progresos en modelos educativos como la introducción de innovadoras estrategias pedagógicas y las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), han generado la necesidad de replantearse cambios en el diseño espacial educativo (Barrett, 2017; Lin-Siegler, 2016). Lo anterior, al igual que lo reportado por esta investigación, sustenta la relevancia de los campos clínicos y la infraestructura como elementos que facilitan el razonamiento.

La evidencia indica que los estudiantes son seres que aprenden tanto en el dominio emocional como racional, encontrando que la conducta inteligente de un estudiante puede ser restringida o expandida según sea el ambiente emocional que emane de la convivencia con sus docentes, por lo que emociones tales como inseguridad y miedo surgen como obstaculizadores para el desarrollo de razonamiento. Así mismo, Fernández (2019) señala que la timidez del estudiante es uno de los principales factores que podrían explicar el menor grado de participación de estos destacando lo señalado por Anakin (2020) y Mora (2017) con anterioridad respecto a lo fundamental que es crear un ambiente de aprendizaje basado en la confianza, favoreciendo así la comunicación

En cuanto a las estrategias de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo de razonamiento clínico, los resultados de este estudio señalan distintas estrategias que se enmarcan en metodologías educativas activas, entre las cuales encontramos el aprendizaje basado en problemas (ABP), casos clínicos, salto triple y el debate.

Distintas investigaciones refuerzan lo indicado por los informantes de este estudio, de manera específica, en cuanto a la estrategia de casos clínicos, los estudios plantean que esta puede llevar a resultados de aprendizaje mejorados y sostenibles con respecto al razonamiento clínico destacando su introducción desde los primeros años de la carrera con el propósito de integrar las ciencias básicas y las clínicas (Weidenbusch, 2019). Por su parte en cuanto al ABP, Wosinski (2018) lo plantea como una estrategia efectiva para abordar el desarrollo de razonamiento clínico en estudiantes de carreras de la salud.

La práctica y la simulación clínica fueron indicadas como estrategias de enseñanza-aprendizaje que contribuyen en gran medida al desarrollo de razonamiento clínico. Custers (2019), destaca la práctica clínica como vía para desarrollar razonamiento ya que estas competencias preferentemente deben ser aprendidas mediante el contacto con pacientes reales y auténticos, ya que estos proveen de las señales, sin interpretaciones por el educador, para obtener la perspicacia necesaria para lograr estas habilidades. Por su parte, Bastías-Vega (2020) valora la simulación como una herramienta útil que complementa las actividades clínicas en el desarrollo del razonamiento clínico para la toma de decisiones, sin embargo, señala que es necesario comprender que hay modalidades de simulación que solo se enfocan en la mejora de habilidades clínicas básicas y comunicación, pero no profundizan mejoras del proceso de razonamiento.

El salto triple fue señalado como una estrategia de enseñanza-aprendizaje que facilita el desarrollo de habilidades de razonamiento, tal y como lo indica Manterola (2018) indicándola como un método de evaluación confiable y con una sólida consistencia interna. En cuanto al debate, reportado también como una estrategia facilitadora, Hartin (2017) la reconoce como una herramienta de enseñanza flexible que tiene el potencial de contribuir al logro de competencias y atributos mediante una selección cuidadosa de los tópicos y una buena organización, esta metodología puede promover el pensamiento crítico, la comunicación y el trabajo en equipo. En esta línea una estrategia indicada como facilitadora en esta investigación es el team-based learning (TBL) al igual como lo hace Vasan (2011) quien destaca los resultados de efectividad académica y motivación en los estudiantes además de su alta efectividad-costo en términos de implementación.

Últimamente, la estrategia de trabajo en grupos pequeños fomenta la participación colaborativa de los integrantes, por lo que se plantea como una herramienta facilitadora para el abordaje del razonamiento. Dolmans (2015) refuerza lo anterior indicando que la interacción académica y social entre los integrantes del equipo promueve el aprendizaje cuando la proporción estudiantes/docente y el tiempo disponible lo permiten, favoreciendo que los participantes evidencien su grado de asimilación en el transcurso de la actividad.

Los modelos educativos actuales ponen su centro en el estudiante como agente generador del aprendizaje trascendiendo la visión educativa donde el docente transmite protagónicamente sus conocimientos, siendo el estudiante un ente pasivo; por el contrario, el estudiante toma protagonismo, siendo quien desarrolla con primacía los conocimientos, constituyéndose en autónomo e independiente en la búsqueda del conocimiento mediante la construcción de comunidades de aprendizaje, lo cual requiere de estudiantes críticos y reflexivos (Mendoza, 2019).

Es así como los resultados de este estudio apoyan las actuales visiones de educación donde estrategias tales como charlas magistrales, actividades que involucran grupos grandes de trabajo y aquellas que implican una baja participación de los estudiantes son planteadas como obstaculizadoras para el desarrollo del razonamiento clínico.

Si bien los resultados plantean la charla magistral o clase expositiva como una estrategia que obstaculiza el desarrollo de razonamiento clínico, los informantes igualmente plantean que esto dependerá de lo que se busca como aprendizaje y también del complemento con otras herramientas educativas lo cual también es planteado por Gatica (2021) quien concluye en su investigación que, pese a que la mayor parte de la evidencia desacredita la clase magistral, se proponen formas de optimizarla y no eliminarla, entendiendo que la combinación con otras estrategias potencia la efectividad del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Moliní en su estudio “Fomentar la participación en clase de los estudiantes universitarios y evaluarla” realizado el año 2019 concluye que; dos de cada tres estudiantes les interesa en grado muy alto o alto el aprender a aprender y el desarrollar la capacidad crítica prefiriendo este tipo de clase, aunque ello implique impartir menos contenidos. Así mismo, sus resultados indican que es muy numeroso el grupo al que el método les funciona muy bien, es decir, al 39,3% que interviene en clase con frecuencia, sin embargo, hay un 42,2% de participación baja, en que la intervención es nunca o casi nunca por lo que, si bien las clases participativas presentan muchas ventajas, no benefician a todos los estudiantes por igual lo cual apoya lo informado en esta investigación respecto a actividades en grupos grandes.

En conclusión, la investigación en torno al razonamiento clínico si bien ha tomado mayor cabida en los últimos años, aún quedan muchos elementos por definir y profundizar. Si bien la literatura indica que el razonamiento clínico presenta múltiples conceptualizaciones lo cual tiene implicaciones importantes para la enseñanza, la evaluación y la investigación en las profesiones de la salud, este estudio logró describir la percepción de docentes y estudiantes, hallando puntos de encuentros entre los informantes.

En cuanto a su comprensión, se reporta al razonamiento clínico como un proceso, un ejercicio personal vinculado a la toma de decisiones en un contexto clínico que permite establecer un diagnóstico e intervención. Además, los informantes lo perciben como un elemento básico e importante asociándolo también al proceso formativo de carreras de la salud.

Actualmente los modelos educativos centran al estudiante como protagonista de su formación, pasando de ser un ente pasivo, receptor de conocimiento, a uno activo en la búsqueda de este. Por esta razón, es que se destaca la valoración del docente como un facilitador del aprendizaje guiando al estudiante durante un proceso. El docente no solo debe presentar capacidades o conocimientos disciplinares, sino también capacidades de enseñanza que permitan generar un buen ambiente de aprendizaje donde se fomente la reflexión de los procesos de análisis clínicos, generar debate, dar retroalimentación y favorezca un avance gradual en la adquisición de aprendizajes entorno al plan de estudios. Para esto se reporta la necesidad de permitir un grado de independencia en los estudiantes y permitir que se involucren en lo que el docente clínico está haciendo y de esta forma que sea participe por lo que la falta de estas habilidades o la presencia de un paternalismo docente afecta negativamente el desarrollo de estas habilidades. Para lograr un involucramiento y participación del estudiante, no solo se necesita que el docente permita este espacio, sino que también que se establezca un ambiente de aprendizaje basado en la confianza donde cada uno pueda comunicar sus ideas en ausencia de inseguridades y miedos favoreciendo el interés y motivación por el aprendizaje.

Del mismo modo, es necesaria la presencia de un lenguaje e ideas comunes, como también, la existencia de modelos de análisis disciplinares que faciliten la construcción y enseñanza-aprendizaje del razonamiento, para lo cual, se hace imprescindible el trabajo colaborativo de docentes tanto académicos como clínicos. Así mismo, se reconoce la relevancia de construir, de manera estructurada, clara y explícita, el abordaje del razonamiento clínico en los distintos planes de estudio de carreras de la salud; para lo cual, la innovación y los modelos formativos contribuyen al propiciar abordajes y metodologías activas que promueven la participación y reflexión por parte de estudiantes. En los procesos de innovación y modelos formativos cobran importancia la sensibilización y alineación por parte del equipo, siendo esto facilitado mediante un trabajo colaborativo por lo que es necesario instaurar estrategias que disminuyan la resistencia al cambio por parte de los actores en educación, es decir, no solo por parte de los docentes sino también de los estudiantes.

En cuanto al proceso de enseñanza-aprendizaje del razonamiento clínico se reporta la preferencia de metodologías más activas, que promuevan la participación, reflexión, análisis y el trabajo colaborativo sobre otras metodologías menos activas donde el estudiante asume un rol pasivo. Para esto, la necesidad tanto de nuevos y más campos clínicos como de infraestructura y recurso humano se alineen a las nuevas didácticas de enseñanza-aprendizaje permitiendo un trabajo más activo, se transforman en una prioridad.

Sin duda el razonamiento clínico es un elemento crucial en la formación profesional y continuará siendo el centro de futuras investigaciones dada su relevancia y contribución en el desarrollo profesional de carreras de la salud.

VI. CAPITULO 6. BIBLIOGRAFIA

1. Ajjawi, R., & Higgs, J. (2007). Using Hermeneutic Phenomenology to Investigate How Experienced Practitioners Learn to Communicate Clinical Reasoning. *The Qualitative Report*, 12(4), 612 – 638. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2007.1616>
2. Ajjawi, R., Smith, M. (2010). Clinical reasoning capability: Current understanding and implications for physiotherapy educators. *Focus on Health Professional Education: A Multidisciplinary Journal* 12(1), 60-73. <http://dro.deakin.edu.au/view/DU:30082735>
3. Álvarez Sánchez, Jesús Antonio, Vicent García, María Dolores, Salamanca Escobedo, José Manuel, Pérez Iglesias, Fernando, & Carrasco Asenjo, Miguel. (2003). El tutor y la tutoría en el proceso de formación de especialistas sanitarios en la comunidad de Madrid: Análisis e interpretación mediante grupos focales. *Educación Médica*, 6(2), 44-55. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132003000200006&lng=es&tlng=es.
4. Amaya A., Adalberto (2008). El razonamiento clínico un objetivo de la educación médica. *Universitas Medica*, 49(3),289-292. ISSN: 0041-9095. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231016421001>
5. American College of Physicians, Jr, R. T. L., Rencic, J. J., & Durning, S. J. (2015). *Teaching Clinical Reasoning;Acp Teaching Medicine*. American College.
6. Anakin, M., Jouart, M., Timmermans, J., & Pinnock, R. (2020). Student experiences of learning clinical reasoning. *The Clinical Teacher*, 17(1), 52–57. <https://doi.org/10.1111/tct.13014>
7. Arocha, J. F., Wang, D., & Patel, V. L. (2005). Identifying reasoning strategies in medical decision making: A methodological guide. *Journal of Biomedical Informatics*. 38(2): 154–171. Doi: 10.1016/j.jbi.2005.02.001
8. Banning, M. (2008b). Clinical reasoning and its application to nursing: Concepts and research studies. *Nurse Education in Practice*, 8(3), 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.06.004>
9. Barrett, P., Davies, F., Zhang, Y., & Barrett, L. (2016). The Holistic Impact of Classroom Spaces on Learning in Specific Subjects. *Environment and Behavior*, 49(4), 425–451. <https://doi.org/10.1177/0013916516648735>
10. Bastías-Vega, N., Pérez-Villalobos, C., Reyes-Aramburu, E., Behrens-Pérez, C., & Armijo-Rivera, S. (2020). Aportes de la simulación al desarrollo del razonamiento clínico en estudiantes de pregrado de medicina. *Revista Latinoamericana De Simulación Clínica*, 2(1), 19-25. <https://doi.org/10.35366/92935>

11. Bowen J. L. (2006). Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. *The New England journal of medicine*, 355(21), 2217–2225. <https://doi.org/10.1056/NEJMra054782>
12. Bradshaw, M., Lowenstein, A. *Innovative Teaching Strategies in Nursing and Related Health Professions*. Jones and Bartlett Publishers.
13. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
14. Caruth, G., & Caruth, D. (2013). Understanding Resistance to Change: a challenge for universities. *Turkish Online Journal Of Distance Education*, 14(2), 12 - 21. Retrieved 25 January 2022, from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1013799.pdf>.
15. Carvalho, E., Oliveira-Kumakura, A., Morais, S. (2017). Clinical reasoning in nursing: teaching strategies and assessment tools. *Rev Bras Enferm.* 70(3): 662-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>
16. Christensen N, Jones MA, Edwards I, Higgs J. Helping physiotherapy students develop clinical reasoning capability. In: Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N, eds. *Clinical reasoning in the health professions*. 3rd ed. Amsterdam: Elsevier; 2008:389-396.
17. Christensen, N., Black, L., Furze, J., Huhn, K., Vendrely, A., & Wainwright, S. (2016). Clinical Reasoning: Survey of Teaching Methods, Integration, and Assessment in Entry-Level Physical Therapist Academic Education. *Physical Therapy*, 97(2), 175-186. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150320>
18. Contreras Briceño, F., Villaseca Rojas, Y., Espinosa Ramírez, M., Villarroel Stargo, G., Moscoso Altamira, G., & Chamorro, M. et al. (2020). Razonamiento clínico en kinesiología mediante aprendizaje basado en casos. *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 45(2), 19-27. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v45i2.1648>
19. Cooke, S., & Lemay, J. F. (2017). Transforming Medical Assessment. *Academic Medicine*, 92(6), 746–751. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001559>
20. Cooper, N., Bartlett, M., Gay, S., Hammond, A., Lillicrap, M., Matthan, J., & Singh, M. (2020). Consensus statement on the content of clinical reasoning curricula in undergraduate medical education. *Medical Teacher*, 43(2), 152-159. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2020.1842343>
21. Cooper, N., Frain, J. (2017). *ABC of clinical reasoning*. BMJI Books.
22. Council for International Organizations of Medical Sciences (Cioms). (2017). *International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans* (1.a ed.). World Health Organization.
23. Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Sage Publications, Inc.

24. Custers, E. J. F. M. (2019). Theories of truth and teaching clinical reasoning and problem solving. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 24(4), 839–848. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-09871-4>
25. Cutrer, W. B., Sullivan, W. M., & Fleming, A. E. (2013). Educational Strategies for Improving Clinical Reasoning. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 43(9), 248-257. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2013.07.005>
26. Daniel, M., Rencic, J., Durning, S., Holmboe, E., Santen, S., & Lang, V. et al. (2019). Clinical Reasoning Assessment Methods. *Academic Medicine*, 94(6), 902-912. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002618>
27. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59^a Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008) Punto 32.
28. Dolmans, D., Michaelsen, L., van Merriënboer, J., & van der Vleuten, C. (2014). Should we choose between problem-based learning and team-based learning? No, combine the best of both worlds!. *Medical Teacher*, 37(4), 354-359. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2014.948828>
29. Durning, S. J., Artino, A. R., Schuwirth, L., & van der Vleuten, C. (2013). Clarifying Assumptions to Enhance Our Understanding and Assessment of Clinical Reasoning. *Academic Medicine*, 88(4), 442-448. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3182851b5b>
30. Edwards, I., Jones, M., Carr, J., Braunack-Mayer, A., & Jensen, G. M. (2004). Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Physical therapy*, 84(4), 312–335.
31. Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, 70(1), 113-136. <https://doi.org/10.1348/000709900158001>
32. Escobar Cabello, M., Medina González, P., & Muñoz Cofré, R. (2020). Dinámica del aprendizaje de racionalidades profesionales según el modelo función disfunción del movimiento humano: Un Consenso Docente. *Revista De Estudios Y Experiencias En Educación*, 19(39), 195-212. <https://doi.org/10.21703/rexe.20201939escobar11>
33. Escobar-Perez, J., & Cuervo-Martinez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medicion*, 6(2008), 27–36. https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion
34. Esteban, M. P. S., & Sandín, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación*. McGraw-Hill Education.

35. Eva K. W. (2005). What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical education*, 39(1), 98–106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01972.x>
36. Fabres Campos, J. (2005). El miedo en la interacción profesor alumno. *Revista Iberoamericana De Educación*, 37(1), 1-15. <https://doi.org/10.35362/rie3712732>
37. Flores, G. (2018). Metodología para la Investigación Cualitativa Fenomenológica y/o Hermenéutica. *Revista Latinoamericana de Psicoterapia Existencial UN ENFOQUE COMPRENSIVO DEL SER*. 17; 17-23.
38. Flores, G. (2018). Metodología para la Investigación Cualitativa Fenomenológica y/o Hermenéutica Palabras claves Metodología para la Investigación Cualitativa Fenomenológica y/o Hermenéutica. *Revista Latinoamericana de Psicoterapia Existencial*, 17(2018), 17-23. https://www.researchgate.net/publication/329130473_Metodologia_para_la_Investigacion_Cualitativa_Fenomenologica_yo_Hermeneutica_Palabras_claves_Metodologia_para_la_Investigacion_Cualitativa_Fenomenologica_yo_Hermeneutica
39. Fuster Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
40. Galicia Alarcón, L. A., Balderrama Trápaga, J. A., & Edel Navarro, R. (2017). Content validity by experts judgment: Proposal for a virtual tool. *Apertura*, 9(2), 42–53. <https://doi.org/10.32870/ap.v9n2.993>
41. Gari Calzada, Mayra, & Vidal Ledo, María J.. (2020). Discusión de casos en equipos como estrategia para ejercitar el razonamiento clínico desde el ciclo básico. *Educación Médica Superior*, 34(4), e2694. Epub 01 de enero de 2021. Recuperado en 22 de enero de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000400014&lng=es&tlng=es.
42. Gatica-Saavedra, M., & Rubí-González, P. (2020). La clase magistral en el contexto del modelo educativo basado en competencias. *Revista Electrónica Educare*, 25(1), 1–13. <https://doi.org/10.15359/ree.25-1.17>
43. González Ávila, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*. 29:85-103. <https://doi.org/10.35362/rie290952>
44. González, M. (2002). Aspectos éticos de la Investigación Cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*. 29 pp. 85-103 <https://www.redalyc.org/pdf/800/80002905.pdf>
45. Hagbaghery, M. A., Salsali, M., & Ahmadi, F. (2004). The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 3(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-3-2>

46. Hartin, P., Birks, M., Bodak, M., Woods, C., & Hitchins, M. (2017). A debate about the merits of debate in nurse education. *Nurse Education in Practice*, 26, 118–120. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.005>
47. Higgs, J., Jensen, G., Loftus, S., & Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in the health professions* (3rd ed.). Elsevier Butterworth Heinemann.
48. Holdar, U., Wallin, L., & Heiwe, S. (2013). Why do we do as we do? Factors influencing clinical reasoning and decision-making among physiotherapists in an acute setting. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 18(4), 220–229. <https://doi.org/10.1002/pri.1551>
49. Hughes, R. (2008). *Patient safety and quality* (pp. 86 - 110). Agency for Healthcare Research and Quality. Consultado 20 de enero 2022, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651/>
50. Huhn, K., Black, L., Christensen, N., Furze, J., Vendrely, A., & Wainwright, S. (2018). Clinical Reasoning: Survey of Teaching Methods and Assessment in Entry-Level Physical Therapist Clinical Education. *Journal of Physical Therapy Education*, 32(3), 241–247. <https://doi.org/10.1097/jte.0000000000000043>
51. Kahneman, D., Lovallo, D., & Sibony, O. (2011). *Before you make that big decision...* Harvard business review, 89(6), 50–137. https://www.researchgate.net/publication/51453002_Before_you_make_that_big_decision
52. Kononowicz, A. A., Hege, I., Edelbring, S., Sobocan, M., Huwendiek, S., & Durning, S. J. (2020). The need for longitudinal clinical reasoning teaching and assessment: Results of an international survey. *Medical teacher*, 42(4), 457–462. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1708293>
53. LaRosa, N., Dinsmore, D. (2020). Student Physical Therapists' Perceptions of Clinical Reasoning: A Systematic Review of the Literature. *Health Professions Education*. 6(4): 481-489. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2020.06.002>
54. Lin-Siegler, X., Dweck, C. S., & Cohen, G. L. (2016). Instructional interventions that motivate classroom learning. *Journal of Educational Psychology*, 108(3), 295-299. <http://dx.doi.org/10.1037/edu0000124>
55. Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, S. Y.-S., Noble, D., Norton, C. A., Roche, J., & Hickey, N. (2010). The 'five rights' of clinical reasoning: An educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. *Nurse Education Today*, 30(6), 515-520. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.020>
56. Manterola, C., Cartes-Velásquez, R., & Otzen, T. (2018). Triple jump. An alternative to be consider for assessing compliance with goals in graduate programs. *Revista Internacional de Morfología [International Journal of*

- Morphology*, 36(1), 373–379. <https://doi.org/10.4067/s0717-95022018000100373>
57. McBee, E., Ratcliffe, T., Schuwirth, L., O'Neill, D., Meyer, H., Madden, S. J., & Durning, S. J. (2018). Context and clinical reasoning. *Perspectives on Medical Education*, 7(4): 256–263. Doi:10.1007/s40037-018-0417-x
 58. McDevitt, A., Rapport, M. J., Jensen, G., & Furze, J. (2019). Utilization of the Clinical Reasoning Assessment Tool Across a Physical Therapy Curriculum: Application for Teaching, Learning, and Assessment. *Journal of Physical Therapy Education*, 33(4), 335-342. <https://doi.org/10.1097/jte.0000000000000110>
 59. McMillan, J., Schumacher, S. (2005). Investigación educativa. Una introducción conceptual. 5° ed. Madrid: Pearson educación.
 60. Méndez-Alonso, D., Méndez-Giménez, A., & Fernández-Río, J. (2016). Incorporación de las competencias básicas a la educación física en educación Primaria. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 16(63), 457-473. doi:10.15366/rimcafd2016.63
 61. Mendoza Moreira, M. L., & Rodríguez Gámez, M. (2019). Aprendizaje centrado en el estudiante desde la planificación en investigación. *CIENCIAMATRIA*, 6(10), 560–572. <https://doi.org/10.35381/cm.v6i10.232>
 62. Moliní Fernández, F., & Sánchez-González, D. (2019). Fomentar la participación en clase de los estudiantes universitarios y evaluarla. *REDU. Revista de Docencia Universitaria*, 17(1), 211. <https://doi.org/10.4995/redu.2019.10702>
 63. Mora, F. (2016). *Neuroeducación*. Alianza.
 64. Moran, D. (2011). *Introducción a la fenomenología*. Siglo XXI Editores, S.A. De C.V.
 65. Norman, G. (2005). Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Medical Education*. 39:418-427. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02127.x>
 66. Norman, G. R., Monteiro, S. D., Sherbino, J., Ilgen, J. S., Schmidt, H. G., & Mamede, S. (2017). The Causes of Errors in Clinical Reasoning. *Academic Medicine*, 92(1), 23-30. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001421>
 67. Olanco Hernández, A. (2011). La motivación en los estudiantes universitarios. *Actualidades Investigativas En Educación*, 5(2). <https://doi.org/10.15517/aie.v5i2.9157>
 68. Pelaccia, T., Tardif, J., Tribby, E., & Charlin, B. (2011). An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. *Medical education online*, 16, 10.3402/meo.v16i0.5890. <https://doi.org/10.3402/meo.v16i0.5890>

69. Pinnock, R., & Welch, P. (2013). Learning clinical reasoning. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50(4), 253-257. <https://doi.org/10.1111/jpc.12455>
70. Presidencia, D. E. L. A. (2020, 26 agosto). Ley-19628 28-AGO-1999 Ministerio Secretaría General de la Presidencia (Biblioteca del Congreso | Ley Chile). www.bcn.cl/leychile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599>
71. Presidencia, D.E.L.A (2006, 22 septiembre). LEY-20120 22-SEP-2006. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública (Biblioteca del Congreso | Ley Chile). www.bcn.cl/leychile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=253478>
72. Rencic, J., Trowbridge, R. L., Jr, Fagan, M., Szauter, K., & Durning, S. (2017). Clinical Reasoning Education at US Medical Schools: Results from a National Survey of Internal Medicine Clerkship Directors. *Journal of general internal medicine*, 32(11), 1242–1246. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4159-y>
73. Richards, JB., Hayes, MM., Schwartzstein, RM. (2020) Teaching Clinical Reasoning and Critical Thinking: From Cognitive Theory to Practical Application, *CHEST*. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.525>.
74. Rivera Michelena, Natacha María, Pernas Gómez, Marta, & Nogueira Sotolongo, Minerva. (2017). Un sistema de habilidades para la carrera de Medicina, su relación con las competencias profesionales. Una mirada actualizada. *Educación Médica Superior*, 31(1), 215-138. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000100019&lng=es&tlng=es.
75. Roberti, A., Roberti, M. do R. F., Pereira, E. R. S., Porto, C. C., Costa, N. M. da S. C. (2015). Development of clinical reasoning in an undergraduate medical program at a Brazilian university. *Sao Paulo Medical Journal*, 134(2), 110–115. doi:10.1590/1516-3180.2015.00080108
76. Rochmawati, E., & Wiechula, R. (2010). Education strategies to foster health professional students' clinical reasoning skills. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 244-250. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00512.x>
77. Rodríguez, F., Carrillo-Díaz, T., Freixinet-Gilart, J., Julia-Serda, G. (2017). Razonamiento clínico. *FEM*. 20(4); 149-160. <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v20n4/2014-9832-fem-20-4-149.pdf>
78. Sandhu, H., Carpenter, C., Freeman, K., Nabors, S. G., & Olson, A. (2006). Clinical Decisionmaking: Opening the Black Box of Cognitive Reasoning. *Annals of Emergency Medicine*, 48(6), 713–719. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.03.011>
79. Shafaroodi, N. Kamali, M., Parvizy, S., Mehraban, A., O'Toole, G. (2014). Factors affecting clinical reasoning of occupational therapists: a qualitative

- study. *Med J Islam Repub Iran*. 28 (8).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154286/pdf/mjiri-28-8.pdf>
80. Shernoff, D. J., Ruzek, E. A., & Sinha, S. (2016). The influence of the high school classroom environment on learning as mediated by student engagement. *School Psychology International*, 38(2), 201–218. <https://doi.org/10.1177/0143034316666413>
 81. Silva, Verónica, Mccoll, Peter, Pérez, Carolina, Searle, Mariana, & Goset, Jessica. (2018). Development of an instrument to assess clinical reasoning. *Revista médica de Chile*, 146(12), 1466-1470. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018001201466>
 82. Tietze KJ. Clinical reasoning model for pharmacy students. *Clin Teach* 2019;16(3):253-7. <http://dx.doi.org/10.1111/tct.12944>
 83. Trowbridge, R., Rencic, J., & Durning, S. (2015). *Teaching clinical reasoning*. American Diabetes Association.
 84. Vasan, N., DeFouw, D., & Compton, S. (2011). Team-based learning in anatomy: An efficient, effective, and economical strategy. *Anatomical Sciences Education*, 4(6), 333-339. <https://doi.org/10.1002/ase.257>
 85. Vaillant, D. (2016). Trabajo colaborativo y nuevos escenarios para el desarrollo profesional docente. *Docencia*, 60, 5–13. <http://www.denisevaillant.com/wp-content/uploads/2018/09/Aprendizaje-Colaborativo-2016.pdf>
 86. Wainwright, S. F., Shepard, K. F., Harman, L. B., & Stephens, J. (2011). Factors That Influence the Clinical Decision Making of Novice and Experienced Physical Therapists. *Physical Therapy*, 91(1), 87-101. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100161>
 87. Weidenbusch, M., Lenzer, B., Sailer, M., Strobel, C., Kunisch, R., Kiesewetter, J., Fischer, M. R., & Zottmann, J. M. (2019). Can clinical case discussions foster clinical reasoning skills in undergraduate medical education? A randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(9), e025973. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025973>
 88. Williams, R., Klamen, D., White, C., Petrusa, E., Fincher, R., & Whitfield, C. et al. (2011). Tracking Development of Clinical Reasoning Ability Across Five Medical Schools Using a Progress Test. *Academic Medicine*, 86(9), 1148-1154. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e31822631b3>
 89. Wong, S. H. V., & Kowitlawakul, Y. (2020). Exploring perceptions and barriers in developing critical thinking and clinical reasoning of nursing students: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 95, 104600. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104600>
 90. Wosinski, J., Belcher, A. E., Dürrenberger, Y., Allin, A. C., Stormacq, C., & Gerson, L. (2018). Facilitating problem-based learning among undergraduate

- nursing students: A qualitative systematic review. *Nurse Education Today*, 60, 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.015>
91. Wu, A. W. (2018). Reaching common ground: The role of shared mental models in patient safety. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 23(5), 183-184. <https://doi.org/10.1177/2516043518805326>
92. Young, M. E., Dory, V., Lubarsky, S., & Thomas, A. (2018). How Different Theories of Clinical Reasoning Influence Teaching and Assessment. *Academic Medicine*, 93(9), 1415. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002303>
93. Young, M. E., Thomas, A., Lubarsky, S., Gordon, D., Gruppen, L. D., Rencic, J., Ballard, T., Holmboe, E., Da Silva, A., Ratcliffe, T., Schuwirth, L., Dory, V., & Durning, S. J. (2020). Mapping clinical reasoning literature across the health professions: a scoping review. *BMC Medical Education*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02012-9>
94. Young, M., Thomas, A., Gordon, D., Gruppen, L., Lubarsky, S., Rencic, J., Ballard, T., Holmboe, E., Da Silva, A., Ratcliffe, T., Schuwirth, L., & Durning, S. J. (2019). The terminology of clinical reasoning in health professions education: Implications and considerations. *Medical Teacher*. 41(11): 1277-1284. Doi: <https://doi.org/10.1080/0142159x.2019.1635686>

VII. CAPITULO 7. ANEXOS

7.1 Anexo 1. Consentimiento Informado

Nombre de investigadores:

- Pablo Alfredo Carmona Maldonado
Correo electrónico: pablo.carmona@uach.cl
Contacto telefónico: +569 99960116
- Valentina Andrea Da Bove Rybertt
Correo electrónico: valentina.dabove@uach.cl
Contacto telefónico: +569 99806347

Nombre tutor:

- Fredy Andrés Seguel Palma
Correo electrónico: fredysequel@uach.cl
Contacto telefónico: +569 72150257

Nombre Presidenta del Comité Ético Científico Universidad San Sebastián, sede Valdivia:

- Alejandrina del Carmen Arratia Figueroa
Correo electrónico: alejandrina.arratia@uss.cl

Nombre de la investigación:

“Razonamiento clínico en carreras de la salud: Percepción de estudiantes y docentes”.

Yo, Pablo Alfredo Carmona Maldonado, junto a Valentina Andrea Da Bove Rybertt nos encontramos realizando una investigación como trabajo de tesis para optar al Grado de Magister en Educación Universitaria para Ciencias de la Salud. Esta investigación lleva por nombre **“Razonamiento clínico en carreras de la salud: Percepción de estudiantes y docentes”** la cual tiene por propósito describir la percepción de estudiantes y docentes respecto al desarrollo del razonamiento clínico en carreras pertenecientes a la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile sede Valdivia 2021.

*“El **razonamiento clínico** es considerado una característica esencial de la práctica asistencial la cual se centra en la evaluación de las necesidades, la planificación de la intervención, la difusión y la evaluación de la asistencia sanitaria. El proceso de razonamiento clínico está influenciado por diversos factores que pueden facilitar o bien obstaculizar el proceso, así mismo, existen estrategias de enseñanza-*

aprendizaje que pueden facilitar o bien actuar como barreras para el desarrollo de este razonamiento”.

Lo esencial del razonamiento clínico en la formación de futuros profesionales de salud sumado a la falta de claridad y consenso, planteado por la evidencia científica, respecto a temáticas relacionadas a él, sustentan la importancia de comprender la percepción de los estudiantes y docentes respecto al desarrollo del razonamiento clínico y específicamente sobre su comprensión, significado y elementos claves, sobre factores y estrategias de enseñanza-aprendizaje consideradas como facilitadoras y obstaculizadoras lo cual contribuirá de manera significativa a nivel local y nacional.

El estudio será llevado a cabo durante el segundo semestre del año 2021 específicamente durante los meses de agosto a noviembre. Contempla la participación de 12 informantes donde existirá una distribución de 6 informantes para cada carrera (Kinesiología y Odontología). De estos 6 informantes, 3 serán estudiantes y 3 serán docentes.

Usted ha sido seleccionado por la Dirección de Escuela de la carrera de Kinesiología y/o Odontología de la Universidad Austral de Chile para participar de este estudio. Su **participación es completamente voluntaria**, y como tal, puede elegir participar o no. Del mismo modo, si durante la investigación decide no querer continuar o retirarse, es completamente libre de hacerlo.

El estudio adhiere y se rige por la legislación nacional y normas éticas internacionales vigentes entorno a la investigación científica.

Los participantes del estudio deberán participar de una entrevista en la cual tendrán que responder una serie de preguntas dirigidas al tema de investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y será realizada mediante una videollamada a través de la plataforma virtual Zoom en la cual, si bien el uso de cámara en la entrevista no es obligatorio, agradeceríamos esta pudiera estar activa.

La entrevista será grabada para luego ser transcrita de manera literal en un documento digital formato “.doc” la cual será enviada para obtener así su aprobación verificando la veracidad de lo que se expresa. Con la transcripción visada se procederá a un análisis temático junto con las demás encuestas realizadas para lograr los objetivos y dar respuesta a la pregunta de investigación.

La investigación contempla el resguardo de confidencialidad, es decir, el resguardo de la información por parte de los investigadores; y anonimato, lo cual asegura la

no revelación, en ningún momento, del nombre como de la identificación de las personas. Todo esto se asegurará ya que el procedimiento de manejo de la información recopilada en las entrevistas será de manera codificada y será almacenada en computadores con resguardo de clave. La información recopilada en el estudio será utilizada exclusivamente con fines investigativos.

Esta investigación no supone riesgo alguno y tampoco presenta un beneficio directo, sin embargo, beneficiará a la comunidad universitaria ya que permitirá tener un mayor conocimiento respecto al desarrollo del razonamiento clínico.

Los resultados de la investigación estarán accesibles y serán compartidos mediante publicaciones o informes a la Institución. En el caso de que fuese de su interés tener acceso a los resultados, se realizará la entrega de un resumen ejecutivo.

Cada participante que consienta su participación recibirá una copia del consentimiento informado.

*“He sido invitado a participar en la investigación **“Razonamiento clínico en carreras de la salud: Percepción de estudiantes y docentes”**. Entiendo que participaré en una entrevista realizada a través de videollamada en la que contestaré una serie de preguntas en alrededor de 45 minutos. Estoy en conocimiento de que la entrevista será grabada y transcrita para mi posterior aprobación. He sido informado de los riesgos y beneficios de la investigación.*

En caso de cualquier duda o comentario, se me ha proporcionado los nombres y contactos de los investigadores como del tutor del proyecto de investigación. Se que recibirá una copia del presente documento.

*He leído la información proporcionada o, en su defecto, me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y si ha sido así, se me ha contestado satisfactoriamente. **Consiento voluntariamente participar** en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.*

Nombre del Participante: _____

RUT del participante: _____

Firma del Participante: _____

Fecha: _____ **(Día/mes/año)**

Nombre investigador 1: _____

Firma investigador 1: _____

Nombre investigador 2: _____

Firma investigador 2: _____

7.2 Anexo 2. Validación de instrumento por juicio de expertos: categorías propuestas de Galicia (2017) adaptado de Escobar y Cuervo (2008).

| Categoría | Indicador |
|---|---|
| <p>Suficiencia Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.</p> | <p>Los ítems no son suficientes para medir la dimensión. Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden a la dimensión total. Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente. Los ítems son suficientes.</p> |
| <p>Claridad El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.</p> | <p>El ítem no es claro. El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem. El ítem es claro, tiene semántica y sintáctica adecuada.</p> |
| <p>Coherencia El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.</p> | <p>El ítem no tiene relación lógica con la dimensión. El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión. El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo. El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.</p> |
| <p>Relevancia El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido.</p> | <p>El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión. El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que este mide. El ítem es relativamente importante. El ítem es muy relevante y debe ser incluido.</p> |

7.3 Anexo 3. Tabla 1. Categorización, subcategorización y unidades de significado.

| Categorías | Subcategorías | N° unidades de significado |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Razonamiento Clínico (RC) | Comprensión | 22 |
| | Percepción | 12 |
| Desarrollo razonamiento clínico (DRC) | Elementos necesarios (EN) | 32 |
| | Factores Facilitadores (FF) | 47 |
| | Factores Obstaculizadores (FO) | 28 |
| Estrategias de enseñanza-aprendizaje (EEA) | Estrategias Facilitadoras (EF) | 76 |
| | Estrategias Obstaculizadoras (EO) | 19 |

7.4 Anexo 4. Tabla 2. Categorías, subcategorías y códigos.

| Categorías | Subcategorías | Códigos |
|--|-----------------------------------|--|
| Razonamiento Clínico (RC) | Comprensión | Proceso de análisis |
| | | Ejercicio personal |
| | | Toma de decisiones |
| | | Contexto clínico |
| | | Proceso diagnóstico e intervención |
| | Percepción | Básico e importante |
| | | Proceso formativo |
| Desarrollo razonamiento clínico (DRC) | Elementos necesarios (EN) | Conocimientos previos |
| | | Autocrítica |
| | | Ambiente de aprendizaje |
| | | Niveles y Competencias |
| | | Docente facilitador |
| | | Formación docente |
| | Factores Facilitadores (FF) | Interés y motivación |
| | | Trabajo en equipo |
| | | Variabilidad – Exposición |
| | | Innovación y modelo formativo |
| | | Modelos de análisis |
| | | Campos clínicos e infraestructura |
| | Factores Obstaculizadores (FO) | Comunicación |
| | | Paternalismo docente |
| | | Resistencia al cambio |
| | | Desmotivación |
| | | Inseguridades y miedos |
| Escasas oportunidades de aprendizaje | | |
| Estrategias de enseñanza-aprendizaje (EEA) | Estrategias Facilitadoras (EF) | Escasa infraestructura y recurso humano |
| | | Casos clínicos |
| | | Aprendizaje basado en problemas (ABP) |
| | | Debate |
| | | Salto triple |
| | | Práctica clínica |
| | | Simulación clínica |
| | | Talleres, actividades reflexivas y participación |
| | | Team-based learning (TBL) |
| | Trabajo grupos pequeños | |
| | Estrategias Obstaculizadoras (EO) | Clase expositiva / magistral |
| | | Actividades en grupos grandes |
| | | Baja participación del estudiante |

7.4 Anexo 5. Tabla 3. Categorías, subcategorías, códigos y unidades de significado.

| CATEGORIA (3) | SUBCATEGORIA (7) | CÓDIGOS (38) | UNIDADES DE SIGNIFICADO (234) |
|---------------------------|------------------|---------------------|--|
| Razonamiento Clínico (RC) | Comprensión | Proceso de análisis | <p>Informante 2: <i>“Todo el ejercicio clínico intelectual cognitivo cierto que ha sido abordado desde la capacidad de entrevistar a un paciente para recoger el máximo de información ya sea a través de los síntomas del paciente y los signos clínicos que yo observo para llegar a la solución de ese caso y emitir un control ya”</i></p> <p>Informante 4: <i>“Lo que yo entiendo o me imagino que se refiere es como el pensar el procedimiento que estás haciendo, sacarle como todo por qué se hacen las cosas...a eso me imagino que apunto...al porque estamos haciendo las cosas...”</i></p> <p>Informante 7: <i>“Es un proceso, emmm...Es un proceso de reflexión que nos ayuda, cierto a hacia la toma de decisiones”</i></p> <p>Informante 8: <i>“Un proceso de análisis de información que te permite descartar ciertos datos y darles más relevancia a otros dependiendo de cada caso pero que al mismo tiempo, no necesariamente te llevan a obtener un resultado, sino que va a estar modulado por factores en general. Ese proceso como hipotético deductivo es el que me parece que da respuesta en el tiempo o proponemos algo descartamos y así avanzamos”</i></p> <p>Informante 8: <i>“Y en el ámbito clínico, yo trato de entender que es un análisis que uno se plantea respecto de las cuestiones que el individuo puede necesitar. El razonamiento que nosotros hacemos, ¿cierto?, es de alguna forma una conjugación de datos que nos permiten incluso a veces pensar en lo que podemos planificar y como lo podemos llevar adelante, pero que de alguna forma lo modulamos significativamente dependiendo de donde estemos”</i></p> <p>Informante 9: <i>“como un proceso de análisis, relacionado con un proceso clínico”</i></p> <p>Informante 10: <i>“Razonamiento clínico según yo es tener una forma de pensar y analizar casos clínicos”</i></p> <p>Informante 11: <i>“Yo por razonamiento clínico, entiendo que es un proceso en el que uno utiliza todos sus conocimientos para llegar a una conclusión, por ejemplo, del estado de un paciente. Creo que acabo de definirlo de la misma manera, un proceso por el cual utiliza sus conocimientos para realizar una conclusión del paciente, de su estado, más que nada”</i></p> <p>Informante 12: <i>“yo que es como la exploración o como indagar más, hipotetizar también, acerca de un escenario. Como clínico que te</i></p> |

| | | | |
|--|--|------------------------------------|---|
| | | | <i>puedan dar, para mí eso es como el razonamiento, cuestionarse cosas, eso más que nada...</i> |
| | | Ejercicio personal | Informante 1: <i>"y a mí personalmente lo que me interesa es que cada persona forme su propio mapa no que sean una copia del mío, porque si no tengo que entrenarlos bajo mi razonamiento y no es"</i> Informante 2: <i>"Aaa...el razonamiento clínico como lo entiendo...es un ejercicio casi personal para mí en este cuento...en esta forma de enseñar a los estudiantes"</i> |
| | | Toma de decisiones | Informante 5: <i>"la capacidad de poder discernir sobre las opciones que se me están entregando respecto a una situación clínica ya sea diagnóstico, tratamiento, como enfocado en eso, pero llegar como a lo correcto. Ser capaz como de pensar, de emmm, como decir la palabra, analizar, para poder llegar a algo concreto a un fin, a un objetivo"</i> Informante 6: <i>"una cosa más global que tiene relación con claro el diagnóstico, tratamiento, que hacer, que es lo más conveniente, todo un análisis de al final la práctica y el trabajo que uno quiere realizar para el paciente, si al final conlleva igual todo lo que uno hace es al final para el paciente entonces el razonamiento clínico diría yo que claro es entre la toma de decisiones, diagnóstico, plan de tratamiento, algo bien integral, algo bien relacionado con todo lo que estoy mencionando"</i> Informante 7: <i>"Es un proceso, emmm...Es un proceso de reflexión que nos ayuda, cierto a hacia la toma de decisiones"</i> |
| | | Contexto clínico | Informante 1: <i>"para mí el razonamiento clínico va a la práctica cierto o no necesariamente a la práctica, pero, sino que yo sea capaz de enfrentar o yo mismo o a un alumno a una situación clínica y que sea capaz de proponer y pensar, todos los antecedentes respecto a esa situación clínica y que la pueda resolver... que sea capaz de elaborar un buen examen, que sea capaz de elaborar una buena anamnesis, que sea capaz de diagnosticar, proponer y ejecutar"</i> Informante 5: <i>"la capacidad de poder discernir sobre las opciones que se me están entregando respecto a una situación clínica ya sea diagnóstico, tratamiento, como enfocado en eso, pero llegar como a lo correcto. Ser capaz como de pensar, de emmm, como decir la palabra, analizar, para poder llegar a algo concreto a un fin, a un objetivo"</i> |
| | | Proceso diagnóstico e intervención | Informante 2: <i>"yo emito mi diagnóstico cierto después de haber examinado clínicamente la paciente de haber recogido todos los datos ciertos...tengo mi diagnóstico y ahora tengo que hacer mi planificación...mi planificación significa que voy hacer"</i> Informante 3: <i>"Un razonamiento clínico es, por ejemplo, yo me imagino, cuando le llega un paciente al alumno y le cuenta su"</i> |

| | | | |
|--|------------|---------------------|---|
| | | | <p>sintomatología, ellos tienen que hacer un razonamiento de toda los signos y síntomas que le relata el paciente, anexar todos los exámenes que ellos pudieran incluir en eso y hacer un razonamiento con los conocimientos que ellos tienen para llegar a un diagnóstico clínico hacer un razonamiento de toda la materia integrada digamos, lo que saben teóricamente, lo que saben clínico, razonar...todo esa, toda esa información y llegar a un diagnóstico y a través de ese diagnóstico llegar a un tratamiento”</p> <p>Informante 6: “una cosa más global que tiene relación con claro el diagnóstico, tratamiento, que hacer, que es lo más conveniente, todo un análisis de al final la práctica y el trabajo que uno quiere realizar para el paciente, si al final conlleva igual todo lo que uno hace es al final para el paciente entonces el razonamiento clínico diría yo que claro es entre la toma de decisiones, diagnóstico, plan de tratamiento, algo bien integral, algo bien relacionado con todo lo que estoy mencionando”</p> <p>Informante 6: “mmm...razonamiento, creo que, si es una relación entre lo teórico, el conocimiento y la puesta en práctica de lo que uno quiere realizar en el paciente digo”</p> <p>Informante 9: “Es un proceso clínico de análisis reconociendo todos los factores y variables relacionadas con un proceso de atención que se puedan en este caso emm, digamos como poder enlazar y poder tener una lógica de conclusión tanto de diagnóstico como de intervención... proceso ordenado sistemático que considera factores del punto de vista biopsicosocial de una persona y contextual para poder plasmar una conclusión diagnóstica y perfilar un eventual abordaje o intervención”</p> <p>Informante 10: “analizar casos clínicos que se presentan desde, si se compone por distintas etapas, desde recibir información examinación evaluación después hacer un diagnóstico mapas conceptuales y terminando con planear una intervención y ejecutar. Entonces yo creo que es todo el proceso desde recibir un paciente / usuario hasta el alta”</p> |
| | Percepción | Básico e importante | <p>Informante 2: “Uff...bueno el razonamiento clínico en la formación de odontólogos es bueno...básico...es de donde parte el ejercicio intelectual para poder organizar un tratamiento”</p> <p>Informante 2: “...porque el diagnóstico puede ser el mismo diagnóstico para varios pacientes pero hay que individualizarlo en este caso es decir personalizarlo para poder organizar las etapas que va a constituir cada una de las intervenciones que haga yo deben tener un respaldo crítico ya....en por qué se van hacer, como se van hacer y que puede ocurrir, cuáles son los errores que yo puedo cometer y como puedo solucionar</p> |

| | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------|---|
| | | | <p>los errores...por eso el razonamiento clínico es esencial digamos para la formación profesional"</p> <p>Informante 6: me parece mucho que el razonamiento clínico si es, si no es el más importante, es una arista muy importante del perfil que debe cumplir el odontólogo al final es ahí donde uno se desenvuelve"</p> <p>Informante 9: "para mi razonamiento clínico también es la base esencial formativa, entonces considero que toda una línea de formación en pregrado apunta en el fondo a poder estructurar en el fondo de mejor forma un proceso de razonamiento clínico"</p> <p>Informante 10: "yo siento satisfacción con lo que me han enseñado y lo que he aprendido de como pensar de esa forma y el análisis que hay que hacer más kinésico más profesional así que encuentro que ha sido bien como profundo intensa y que ha sido adecuado con las herramientas que entrega la U"</p> <p>Informante 12: "Emmm, bueno para mi es demasiado importante, de hecho, tenemos un ramo en kinesiología que tienen como nombre razonamiento clínico"</p> |
| | | Proceso formativo | <p>Informante 5: "Ya perfecto, emmm, bueno siento que la percepción, mi percepción sobre el razonamiento clínico ha ido aumentando desde el inicio de mi carrera hasta el final siento que se me han dado tal vez las herramientas para poder, emmm, para profundizar en este razonamiento clínico y siento que ha estado muy presente en, en, dentro de la carrera"</p> <p>Informante 9: "es a mi parecer como la piedra fundamental dentro de una línea de formación... basado tanto en análisis como en el entrenamiento para lograr un razonamiento clínico lo más analítico posible y poder contemplar todas las variables que puedan ser necesarias para un buen razonamiento"</p> <p>Informante 9: "para mi razonamiento clínico también es la base esencial formativa, entonces considero que toda una línea de formación en pregrado apunta en el fondo a poder estructurar en el fondo de mejor forma un proceso de razonamiento clínico"</p> <p>Informante 9: "Pero en el fondo yo creo q también los estudiantes se van dando cuenta de que es un proceso de entrenamiento de razonamiento"</p> |
| Desarrollo razonamiento clínico (DRC) | Elementos necesarios (EN) | Conocimientos previos | <p>Informante 4: "yo creo que netamente...es muy importante la teoría...saber muy bien la teoría para saber cómo aplicarla"</p> <p>Informante 5: "Ya primero que todo yo creo q si o si una base teórica respecto al área en que me estoy desempeñando. Tener los conocimientos, emmm, ideales, actualizados y, por otro lado, y no menos importante, la parte práctica"</p> |

| | | |
|--|-------------------------|---|
| | | <p>Informante 6: <i>“Bueno como he dicho la teoría, el conocimiento; creo que es fundamental, sin conocimiento uno llegaría con el paciente y no quedaría en blanco, pero si se podría tomar decisiones que no corresponden, un mal diagnóstico, la toma de decisiones, lo que uno va a hacer va en directa relación con la teoría, con el conocimiento”</i></p> <p>Informante 6: <i>“el estudiante debe ir preparado, sino va preparado claramente de repente se entiendo que el docente se moleste...creo que es super importante estar bien estudiado, super bien con el protocolo muy grabado, cosa así de uno estar tranquilo y no tener que estar preocupado en otra cosa que no sea lo que vine a hacer y lo que estoy haciendo para tener mayor resultado, ir avanzando, ir entendiendo mejor porque de repente al no ir preparado uno teóricamente”</i></p> <p>Informante 8: <i>“libros guías o libros claves, libros que eran conocidos por todos que era como donde estaban los fundamentos básicos para el entendimiento de un marco teórico determinado”</i></p> <p>Informante 10: <i>“quizás no tener buena base quizás más teórica, quizás puede ser como entender bien las áreas, como tener una buena base de conocimiento para el razonamiento clínico”</i></p> <p>Informante 11: <i>“Entonces necesito tener mucho conocimiento o aprendizajes previos para poder relacionar todos los conceptos y no es solo de un área por que como dije antes uno tiene que entender todo lo global”</i></p> <p>Informante 11: <i>“Emmm, no me había puesto a pensar en eso, yo creo que cuando uno no tiene los conocimientos de un área se hace muy difícil, por ejemplo, claro si yo en kinesiología me ponen un caso relacionado a no sé, psicología, no puedo aportar mucho ahí porque no sé, entonces estaría relacionado más que nada a los conocimientos”</i></p> |
| | Autocrítica | <p>Informante 2: él sea autocrítico, él tiene que desarrollar ese razonamiento clínico, él tiene que saber cuándo están bien las cosas, cuando están mal las cosas, cuando están incompletas las cosas y que es lo que tiene que hacer para ese nuevo desafío, porque una acción clínica tiene desafíos progresivos</p> <p>Informante 6: eso es super importante, ser autocrítico para absorber toda la información, todas las correcciones que nos pueden ir haciendo.</p> |
| | Ambiente de aprendizaje | <p>Informante 1: <i>la relación que tenemos con los alumnos, esto es en forma, un poquito más general, personalmente yo siento que hay una muy buena relación entre ellos y para con nosotros, entonces siento que en todo este tiempo hemos logrado crear un ambiente de confianza, de seguridad para ellos, para preguntar, para consultar, para decir “nose”</i></p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Informante 4: yo creo que el estar en un ambiente más distendido, de confianza porque así te permite el poder decir “profe no entiendo”, “profe no me quedo esto claro”, siento que esa es la base de todo y que muchas veces no se da por el miedo de que el profe es superior o que te va a juzgar</p> <p>Informante 5: llevándolo a un contexto clínico, emmm, si yo estoy por ejemplo en una situación que es demasiado estresante demandante mi razonamiento clínico quizás va a ser erróneo, o no va a estar del todo bien versus un panorama donde yo puedo estar en un ambiente con más tranquilidad</p> <p>Informante 6: había harto apoyo, yo me sentía con la libertad de expresar mi razonamiento de ciertos puntos de vistas y había una retroalimentación positiva por parte de los docentes en este caso.</p> <p>Informante 6: creo que si hay una buena relación docente-estudiante, el estudiante tiene todas las de ganar para absorber toda la información</p> <p>Informante 7: espacios de conversación que hay como para poder conversar y partir desde que, si yo no sé, cierto, no me van a ridiculizar, vamos a construir en conjunto, finalmente creo que eso también es importante.</p> | |
| | | <p>Niveles y Competencias</p> | <p>Informante 2: el docente tiene que ir acompañando a estudiante, tiene que ir acompañando y reconocer las competencias que tiene que lograr ese estudiante, como se integran esas competencias ya y como ir soltando de a poco</p> <p>Informante 2: la institución tiene la programación de la formación del estudiante de acuerdo a distintos niveles y distintas áreas que tienen que complementarse para poder desarrollar este razonamiento clínico</p> <p>Informante 2: debe ejercitarlo en distintos niveles y en todos los niveles desde las ciencias básicas tienen que tener un contenido clínico el para que estoy aprendiendo matemáticas en odontología y como lo aplico a mis pacientes no que tengo que pasar matemática, tengo que pasar fisiopatología, tengo que pasar bioquímica...de que me sirve la bioquímica... tiene que ser eso llevado a...</p> <p>Informante 2: Para poder entregar el razonamiento clínico tú tienes que tener niveles de aprendizaje...desde lo más básico... necesita de una integración ya y esa integración tiene que ir en esos niveles donde nosotros podemos ir exponiendo a los estudiantes...yo lo llamo “desafíos” ... o a estos niveles. Tal vez en la historia de la enseñanza de la odontología esto se hacía muy separadamente, tu entrabas a una oficina y aprendías una cosa, salías de esa y entrabas a otra y aprendías otra cosa, lo que me gusta de la enseñanza de ahora es que no está dividida, sino que es mucho más integrativa.</p> |

| | | | |
|--|--|---------------------|--|
| | | | <p>Informante 9: del punto de vista formativo tal vez hacer un proceso de análisis mucho más profundo en este escalafón curricular para lograr una competencia. Desde el asignaturismo, cómo lo vas, cómo cada asignatura va teniendo un componente que logre realmente llegar a un proceso cognitivo con razonamiento.</p> <p>Informante 11: emmm, cuando uno empieza en primero y en segundo, uno empieza más que anda a adquisición de conocimientos y después esos conocimientos ponerlos en bandeja para que interactúen es lo más complicado.</p> |
| | | Docente facilitador | <p>Informante 1: Mira desde lo docente lo que más facilita crear ese razonamiento, es que nosotros somos clínicos, entonces el enfoque nunca va a ir desde la teoría, siempre va a ir desde la clínica,</p> <p>Informante 2: nosotros tenemos que irlos soltando, enseñarle a hacer las cosas... la función del docente es ser un facilitador de eso ya...</p> <p>Informante 3: yo creo que desde los docentes; entregarle las herramientas teóricas necesarias para que tengan el conocimiento, eso como primera cosa y asegurarse que el alumno tenga la base teórica suficiente para poder desenvolverse.</p> <p>Informante 4: yo creo que más que nada guiar al estudiante. Eso es algo como super importante porque a veces nosotros estamos super perdidos... según yo eso es super importante, guiar al estudiante y saber bien en que "pará" está el que tan preparado está como para irlo guiando más o menos en un camino</p> <p>Informante 6: también creo que es super importante que el docente tenga la predisposición y no sé si las ganas podrían ser también, para entregar la información correspondiente y que el alumno la pueda recibir de manera adecuada</p> <p>Informante 10: al docente posiblemente emm, no sé cómo lo describiría técnicamente, pero, esta capacidad de instar en el alumno que se cuestione más como "dejar picándola" al alumno.</p> <p>Informante 10: desde el profesor, capacidad de enseñanza nomas, buenas</p> |
| | | Formación docente | <p>Informante 6: Emm, haber por parte de los docentes igual es super importante de parte de ellos estar actualizado</p> <p>Informante 7: Y lo otro que creo q también es importante es el tema de la formación. Porque es importante que uno se empiece a capacitar de que uno se vaya actualizando específicamente en, claro uno llega es kinesiólogo, está la oportunidad de ser docente y uno ya asume el desafío y dice "pucha, en realidad puedo contribuir con lo que yo sé". Pero no es solo eso, no es solo compartir tu conocimiento disciplinar, sino que hay una responsabilidad y más que de interés propio de cada</p> |

| | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|---|
| | | | <p>uno, como en aprender e ir formándose en docencia, debiera ser algo como transversal</p> <p>Informante 9: Por ejemplo, la misma formación de razonamiento y de educación en pregrado yo creo que igual a veces deben ser desarrollados incluso como tipo empresa multinacional que envían a capacitar a uno para que después capacite al todo el resto</p> |
| | Factores Facilitadores (FF) | Interés y motivación | <p>Informante 1: muchas veces podía ser el interés del mismo estudiante</p> <p>Informante 2: el razonamiento clínico parte del interés básico de un estudiante por amar su profesión que decidió desarrollar.... porque en la forma de tener un entusiasmo, un amor por algo va a existir un grado de preocupación y no solamente el realizar cosas, sino que entender cuál es el proceso</p> <p>Informante 2: El docente puede tener todas las motivaciones, pero lo principal es que tiene que tener interés en la docencia</p> <p>Informante 2: una de las barreras principales en el razonamiento clínico es que nosotros le pedimos a los chicos y yo creo que es en toda la enseñanza yo quiero que me paren la clase yo quiero que me interrumpen en la clase yo quiero que me corrijan en la clase no que vayan a escuchar mi clase porque nosotros le vamos a enseñar a los mejores alumnos a los mejores estudiantes a los mejores puntajes a no pensar, sino que a seguir y eso es un error</p> <p>Informante 3: es que la parte de docencia yo creo que esta, la motivación de enseñarle a los alumnos está el conocimiento,</p> <p>Informante 3: la parte de los alumnos, ellos tendrían que ser cooperativos, prepararse para afrontar la parte clínica o la parte teórica, estar muy bien preparados, estudiar</p> |
| | | Trabajo en equipo | <p>Informante 2: <i>Es indispensable que exista un equipo de trabajo ya, un equipo de trabajo que tenga mucha comunicación, que tenga comunicación entre los docentes y con los estudiantes</i></p> <p>Informante 2: el proceso de facilitador es la participación, el conocimiento de un equipo de trabajo no puede ser unidocente...tiene que existir varias miradas</p> <p>Informante 5: <i>Ya, lo primero que se me viene a la cabeza, de hecho, son como siempre los docentes, porque, emmm, igual en nuestra situación, pasamos por muchos docentes, muchos tipos de cátedras o de asignaturas</i></p> <p>Informante 7: <i>Yo creo que eso pudiera ser del equipo humano, cierto, y de que existan buenas relaciones porque creo que eso también es clave para poder ir trabajando en conjunto estos temas que son importantes.</i></p> |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---|
| | | | <p>Informante 8: y sin duda el bagaje que tengan lo docentes... en esa línea el marco de variabilidad dentro de los docentes me parece súper necesario, interesante, o sea, tener un recurso humano que más allá de lo capacitado que estén, que tenga capacidad de mostrar diferentes cosas y ojalá además que sea interprofesional. A veces quedamos, medios metidos en una burbuja.</p> |
| | | <p>Variabilidad – Exposición</p> | <p>Informante 1: Si...em...en realidad nosotros lo clínico es lo que más nos ayuda a generar este mismo razonamiento ya pero nosotros lo que hemos hecho en este último tiempo es generar situaciones clínicas, proponerle escenarios, diferentes escenarios a los estudiantes...de todo tipo, de lo más simple a lo más complejo...e ir tratando...yo le dije los mapas mentales...ir tratando de armar estos mapitas mentales de como tienen que ir orientando todo el desarrollo todo el quehacer...independientemente de que el plan de tratamiento para los 5 escenarios sea el mismo hay un razonamiento distinto en cada uno de ellos po...porque va a depender de la situación, del contexto del paciente, todo...</p> <p>Informante 2: una de las cosas que facilita el razonamiento clínico es que exista una planificación muy bien realizada y lo otro con variantes ya...con muchas variables o todas incluidas en algún momento pero que al estudiante le permita poder...como digo yo...abriendo las ventanas</p> <p>Informante 2: debe ejercitarlo en distintos niveles y en todos los niveles desde las ciencias básicas tienen que tener un contenido clínico el para que estoy aprendiendo matemáticas en odontología y como lo aplico a mis pacientes no que tengo que pasar matemática, tengo que pasar fisiopatología, tengo que pasar bioquímica...de que me sirve la bioquímica... tiene que ser eso llevado a....</p> <p>Informante 2: así que hacíamos un solo caso, pero variábamos a la persona...variábamos condición socioeconómica, sus intereses, su exposición... y eso llevo, en la formación de los estudiantes, a que ellos se dieran cuenta que el tratamiento a pesar de que es el mismo tratamiento, el mismo diagnostico probablemente, las soluciones son múltiples porque tienen que ser aplicados en personas.</p> <p>Informante 2: Que se necesita para llegar a un razonamiento clínico importante...un ejercicio continuo, constante la exposición del estudiante a desarrollar problemas</p> <p>Informante 3: Eso como parte nuestra, entregarle una buena base teórica y entregarle una suficiente cantidad de casos clínicos para que ellos tengan un abanico más grande de experiencias</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>Informante 4: Emmm...también sería importante el tener un poco de experiencia porque al final se te presenta un caso clínico y quizás...con saber la teoría y tener la experiencia también lo puedes resolver...tener experiencia según yo igual ayuda harto en eso...como el poder resolver el problema.</p> <p>Informante 5: entregan instancias durante el pregrado para que podamos emmm, promover este razonamiento clínico, situaciones clínicas, ejemplos, que le han sucedido a ellos mismos cosa que si ellos se han equivocado nos dicen cosa que nosotros no repliquemos esto</p> <p>Informante 5: emmm, motivarnos, o promover las situaciones que son interdisciplinarias, por ejemplo, aprender a trabajar con un fonoaudiólogo, con los kinesiólogos, con médicos, bueno con los médicos igual</p> <p>Informante 6: ponerse en distintas situaciones: “que voy a hacer si pasa esto”, “que voy a hacer si me encuentro con esto otro”</p> <p>Informante 7: o sea claro, primero que haya instancias dentro de cada una de las asignaturas, por ejemplo, para poder instar a estos espacios de reflexión</p> <p>Informante 8: Las practicas clínicas yo creo que son esenciales, ojalá que gran parte del desarrollo de las asignaturas estuvieran por lo menos una gran cantidad de desarrollo practico y lo multiprofesional.</p> <p>Informante 8: Si, emmm, creo que nuevamente exponerlos a la práctica, a los entornos delimitados facilita el entendimiento y avance con cierta lógica, emmm, y sin duda lo que hemos visto en el trabajo de los docentes en la escuela o los académicos es el planteamiento de tener ciertos modelos o estructura de análisis en ciertas etapas.</p> <p>Informante 9: Yo creo que lo que ayuda eso es poder contextualizar las situaciones clínicas, considerar el contexto tanto de la persona, como del ambiente, de la sociedad, del territorio</p> <p>Informante 9: <i>plantear casos clínicos donde cada docente hace un análisis y se presenta después los resultados del proceso de razonamiento. Cuando se hizo acá cada uno tenía un análisis que era completamente distinto al del otro basándose en el mismo modelo de datos. A pesar de que era el mismo modelo de base, pero claro son puntos de vista que no se podría decir que son uno bueno y otro malo, sino que son perfiles también</i></p> <p>Informante 11: Y también me gusta mucho la idea de que sea interdisciplinario, que no sea solo de kinesiólogía, sino que tengamos instancias con otras carreras por que al final como área de la salud siempre vamos a necesitar interactuar con las otras carreras, yo creo q eso</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| | | | <p>Informante 11: emmm, más que nada yo creo que mucha practica... que tengamos más prácticas en distintos casos... entonces que sea variado, que hay mucho razonamiento de áreas variadas</p> <p>Informante 11: cuando nos reúnen en grupos no solo de amistades, o sea, relacionado a cuando son grupos nuevos o sea con personas nuevas, uno se enriquece mucho de nuevos conocimientos, o de nuevas experiencias</p> <p>Informante 12: yo creo que más que nada son básicamente las instancias como de poder, instancias con paciente real, emmm, creo que se desarrolla más el razonamiento clínico que más que te entreguen un caso clínico nomas.</p> |
| | | Innovación y modelo formativo | <p>Informante 7: Otro facilitador pudiese ser que los estudiantes están acostumbrados como que ya están inmersos en este tipo de actividades... del punto de vista de ellos, más activas, de que ellos son más protagonistas de su aprendizaje, son más reflexivos, son como más críticos por así decirlo... están como en sincronía con estas metodologías y estos procesos o estos espacios más reflexivos en si</p> <p>Informante 7: La parte clínica, también, nos ayuda en ese sentido y creo que la carrera con el tema de la innovación de la malla emmm, ha permitido que estos espacios, cierto, se desarrollen desde los primeros años, que antes no era... puedan tener un acercamiento más directo con los pacientes cierto, que se posicionen o se vean reflejados en su quehacer como futuros kinesiólogos y enfrentándose a los problemas que en verdad se van a enfrentar después como kinesiólogos</p> <p>Informante 7: yo creo que el tema de la innovación de la malla por ejemplo y que hay una alineación de todos los docentes respecto a lo que se espera, a lo que buscamos con el perfil, con conocer el perfil de egreso de los estudiantes.</p> <p>Informante 7: yo creo que la institución y el modelo también que tiene la universidad, que es centrado en el estudiante, por ejemplo, pudiese ser un facilitador para este proceso</p> |
| | | Modelos de análisis | <p>Informante 8: y sin duda lo que hemos visto en el trabajo de los docentes en la escuela o los académicos es el planteamiento de tener ciertos modelos o estructura de análisis en ciertas etapas... Ese modelo, o tener un modelo, de entendimiento de la kinesiología o de la profesión o la intervención junto con la exposición continua del estudiante a la práctica, sacarlos de una zona de confort que sea distinta del aula es clave, o son muy facilitadores me parece, además que uno evidencia como son capaces de pararse frente a una situación determinada e ir resolviendo.</p> |

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|---|
| | | | <p>Informante 9: que el principal facilitador, es tener un modelo base claro y actualizado.</p> <p>Informante 9: creo que es necesaria poder universalizar como los perfiles de razonamiento por parte de la unidad de los docentes o académicos tener un modelo explicativo tal vez, un modelo que te pueda ayudar a explicar los factores necesarios</p> <p>Informante 9: un buen modelo te puede llevar a estructurar muy bien y llevar de una manera mecánica algo o te puede orientar a que el proceso sea como muy analítico o de muy buena forma y eso creo que puede ser un punto que puede ser negativo y positivo a la vez. De cómo se desarrolle operativamente un modelo.</p> |
| | | Campos clínicos e infraestructura | <p>Informante 1: el tener convenio con campos externos también ayuda bastante...a pesar de que sean pocos, los pocos que hay, sirve.</p> <p>Informante 2: la institución aparte de programar y brindar el espacio humano y todo...Incorporar tecnología también, mucha tecnología ayuda bastante sobre todo por las limitantes de la formación personal</p> <p>Informante 7: emmm, pudiesen también ser espacios físicos, por ejemplo, nosotros en la escuela cuando tenemos por ejemplo ABP la estructura la tenemos un poco limitada y quizás si quisiésemos aplicar otro tipo de metodologías más activas con grupos más pequeños por ejemplo y ahí topamos con el tema de la infraestructura y topamos en el tema de los docentes... creo q si faltan más docentes e infraestructura.</p> <p>Informante 8: Pero me parece que, dado que somos una carrera de la salud, ¿cierto?, la práctica se hace esencial. Por lo tanto, el recurso físico, estructural asociado a la practicas clínicas como tal es clave en la medida que los individuos o los estudiantes no tengan contacto emmm, están muy lejanos todavía al entendimiento de los procesos, por lo tanto, el recurso físico, estructural o en relación a los lugares de practica creo q es muy clave.</p> |
| | | Comunicación | <p>Informante 5: Creo que una puede ser la comunicación que tiene la persona que me está transmitiendo sus conocimientos. Si tiene, por ejemplo, no sé cómo una mala actitud, yo no voy a estar tampoco tan, emmm, asertiva como para, o tan abierta a como recibir esa información que me está recibiendo</p> <p>Informante 5: docentes con una mayor capacidad de transmitir de una mejor forma, ¿cierto?, información sea o no la más actualizadas, pero, emmm, las actitudes que ellos van adoptando, el lenguaje no verbal o como el verbal también, emmm, la amabilidad también, la empatía, también de ponerse en nuestro lugar y no se enojan si fallamos o tenemos errores</p> |

| | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------|---|
| | | | <p>Informante 6: el docente muy importante que, de la confianza, que, del espacio, que, si alguna vez alguien se equivoca, corregir, pero de buena manera</p> <p>Informante 7: Y en ese sentido, de las buenas relaciones, también son esas buenas relaciones que tenemos con los estudiantes, o sea, esa posibilidad de tener las puertas abiertas, de que, si nos escriben un correo, o si antes cuando estábamos en la oficina podían ir y conversar y discutir</p> <p>Informante 9: la comunicación interna entre los docentes al trabajar un modelo y tener un desarrollo de una universalización del modelo... y otro facilitador puede ser el trabajo en equipo</p> |
| | Factores Obstatulizadores (FO) | Paternalismo docente | <p>Informante 2: El que dentro de las etapas de formación de los estudiantes no se olvide que están cumpliendo una etapa y que dentro de la misma formación de los niveles que vayas soltando al estudiante de la mano</p> <p>Informante 9: puede ser un obstaculizador como ese cierto paternalismo que tiene la academia con los estudiantes en ciertos procesos del desarrollo o dentro de estos procesos de evaluación de un proceso de razonamiento a veces hay puntos que son cruciales se valoran muy poco</p> |
| | | Resistencia al cambio | <p>Informante 1: hay colegas que vienen con otro tipo de formación, una formación más autoritaria, entonces eso también genera cierto obstáculo</p> <p>Informante 2: Una de las cosas que puede obstaculizar la formación de este razonamiento clínico es la personalización del conocimiento, es decir que le docente siempre tenga la razón en el cuento ya...y se transforme en un guía, pero mal entendido.... Entonces tú sabes que a ese profe A le gusta hacer estas cosas en estos casos clínicos y a este profe B le gusta hacer otras cosas en los mismos casos clínicos</p> <p>Informante 7: Los estudiantes también que a veces pudieran estar reticentes como a esto, pero son cosas que creo que pueden ser modificables con el tiempo</p> <p>Informante 7: obstaculizadores, pudiese pensar en que quizás esta reticencia de unos docentes en ir innovando, en ir cambiando la forma, cierto, de enseñanza, las estrategias de enseñanza aprendizaje.</p> <p>Informante 9: a veces hay resistencia al cambio que a veces genera dificultades en poder plasmar un buen desarrollo de razonamiento clínico que es sesgado, hay un sesgo cognitivo en este caso ya que el docente tiene una lógica o un perfil muy centrado en sus propias convicciones,</p> |

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|
| | | | <p>Informante 9: <i>también considero que es relevante, a mi parecer en el ámbito universitario como la flexibilidad digamos o la, como la plasticidad en este caso docente tanto para aprender cosas como para desaprender cosas y poder cambiar paradigmas, porque muchas veces...habido muchos cambios históricos</i></p> |
| | | Desmotivación | <p>Informante 3: <i>yo creo que sobre todo la parte de cooperación del alumno se ve cada año más dificultoso, se ve como más apagado, como sin ánimo, más desganado, más desmotivado</i></p> <p>Informante 7: <i>Ahora si la contraparte puede ser que no todos estemos igual de motivados, por así decirlo, respecto a innovar, en buscar nuevas estrategias en ir capacitándose, creo que eso puede ser parte de un obstaculizador porque depende un poco del interés personal que vaya teniendo cada uno por que hay cosas que están ahí como que no es una obligación hacerlo</i></p> |
| | | Inseguridades y miedos | <p>Informante 1: Y esta formación esas inseguridades y ese miedo desde el ámbito docente es lo que para mí obstaculiza mucho.</p> <p>Informante 2: que estamos cometiendo el error en vez de aumentar este grado de seguridad en los estudiantes, lo estamos disminuyendo...entonces que tenemos que hacer, nosotros deberíamos enfrentar a los estudiantes de odontología a los chicos, enfrentarlos exponerlos a una relación interpersonal con pacientes desde etapas más tempranas</p> <p>Informante 4: emmm...bueno yo creo que va de la mano con el tema que te decía antes, como con el ridiculizar un poco cuando no quedan las cosas claras</p> <p>Informante 5: también que creo que una de las cosas más importantes, que el docente no nos transmita temor, porque si nosotros tenemos temor emmm, difícilmente vamos a querer mencionarle cuando tengamos errores, o estar abiertos a estar preguntándole constantemente cosas por miedo a que nos retes.</p> <p>Informante 9: ciertos perfiles que hacen que el estudiante incluso tenga dudas para poder plasmar un razonamiento y lo hacer muchas veces basado en el perfil del docente y no en análisis concreto, a pesar de que puede estar, digamos que el estudiante puede estar seguro de algo, se adapta al perfil de este docente para que no le vaya mal en su evaluación.</p> |
| | | Escasas oportunidades de aprendizaje | <p>Informante 3: más experiencia en ese sentido y puedan finalmente razonar de mejor forma, algún caso complejo que ellos tengan es que quizás por ejemplo tener un tipo de convenio con otras instituciones, donde puedan llegar más pacientes a la clínica</p> |

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|
| | | | <p>Informante 6: Creo que el estar con pacientes y ver situaciones, enfrentarse a situaciones que uno creo que nunca deja de aprender, yo creo que toda la vida vamos a estar estudiando y actualizándonos por lo que mientras más situaciones uno se enfrenta, más situaciones, más pacientes, distintas situaciones, distintas historias del paciente</p> <p>Informante 8: Claro, y la menor, me parece que la barrera que ya lo había mencionado, la menor exposición en prácticas clínicas y ambientes relativamente controlados</p> <p>Informante 9: Yo creo que también hay q considerar la cantidad de clases, la carga a veces influye de sobremanera... Tienes súper pocas oportunidades de tener clases que sean de participación y de análisis</p> |
| | | <p>Escasa infraestructura y RRHH</p> | <p>Informante 1: De la universidad algo que se me ocurre decir es el espacio físico, porque ahí estamos muy al debe</p> <p>Informante 1: No sé si va bien la respuesta pero...desde el espacio físico en adelante yo creo que estamos al debe...más campo clínico, yo soy una eterna luchadora de que estos estudiantes deberían estar desde tercero metiéndolos en los CESFAM, en APS...no en quinto, cuando estén en su última etapa y ahí se enfrentan a la realidad... porque los sacamos de la burbuja de la clínica</p> <p>CSS: El poco vinculo que a veces tiene la, yo creo que lo influye también es esta posibilidad de estar muy encerrados por institucionalmente por el edificio. Si bien nos favorece un montón, pero estamos aislados del mundo del punto de vista de los estudiantes de pregrado de otras carreras de la salud, en el ámbito de discusión interdisciplinario igual repercute considerando el razonamiento clínico desde una perspectiva integral</p> <p>Informante 4: yo por lo menos siento que a nosotros en cuanto a infraestructura y todo eso, nos han dejado super de lado...claro hay hartas falencias en nuestras dependencias y obviamente eso obstaculiza el desarrollarse académicamente o razonamiento clínico.</p> <p>Informante 6: habían pocos docentes por alumno al momento de atender, creo que eso perjudica en el sentido que el docente no puede entregar todo el conocimiento o su experiencia, hacer un análisis más profundo del paciente... por lo mismo el docente no tendría el tiempo ni la capacidad para poder entregarle el 100% a cada alumno, quizás a uno si pero en la medida que pasa el tiempo va otorgando menos tiempo al próximo alumno sin entregarle todo el conocimiento creo que eso podría ser un obstáculo.</p> |

| | | | |
|--|--------------------------------|----------------|---|
| | | | <p>Informante 8: Si, yo creo que las barreras, un poco de lo que te decía antes de, en la medida que tienes un marco de profesionales que quizás no otorguen tanta amplitud en la mirada de posibilidades que tienes para resolver una situación determinada yo creo que restringe</p> <p>Informante 9: falta mucho e es que nosotros no tenemos momentos para poder conversar y discutir sobre razonamiento como profesores... Conocer el perfil del otro, del otro, del otro y discutir con versar se da poco porque somos muy pocos profes en la escuela y eso tenemos cada uno que hacer muchas cosas, pero en el fondo yo creo q cada profe tiene algo interesante que aportar y talvez muchos tenemos algo interesante que desaprender también basado en los partes, y yo creo que ahí, esa es una instancia como de retroalimentación en conjunto que puede ser un gran aporte en el proceso de razonamiento</p> <p>Informante 9: puede ser un factor negativo a veces que puede pasar en el ámbito de razonamiento es que existe una fuente formadora que somos los docentes de aula y por otro lado tutores clínicos que son externos a la universidad y probablemente no hemos tenido un desarrollo continuo o de formación continua en términos de razonamiento.... o por lo menos dar lineación entre docentes y tutores clínicos</p> <p>Informante 11: Es que somos muchos estudiantes, entonces es la disponibilidad del profe con los estudiantes...</p> |
| Estrategias de enseñanza-aprendizaje (EEA) | Estrategias Facilitadores (EF) | Casos clínicos | <p>Informante 1: <i>"pero sentimos que el caso clínico es el que más genera, ósea es el que tu entregas el contenido previo, después lo decantas en un caso y eso después lo llevas a una simulación...hemos podido hacer varias cosas con respecto a eso y yo creo que es lo que mejor nos ha funcionado"</i></p> <p>Informante 1: Em...mira nosotros hemos utilizado harto, que nos ha ayudado bastante es la simulación, de alta y baja fidelidad...y los casos clínicos...esas son como las que más nos han ayudado...</p> <p>Informante 2: "así que hacíamos un solo caso, pero variábamos a la persona...variábamos condición socioeconómica, sus intereses, su exposición... y eso llevo, en la formación de los estudiantes, a que ellos se dieran cuenta que el tratamiento a pesar de que es el mismo tratamiento, el mismo diagnostico probablemente, las soluciones son múltiples porque tienen que ser aplicados en personas"</p> <p>Informante 2: nuevamente según niveles de aprendizaje...la resolución de casos clínicos en los cuales se plantea la consulta de una paciente</p> <p>Informante 3: la presentación de casos clínicos que exponen frente al grupo/curso y se nota más participación de los alumnos, de los que están presenciando el caso le hacen preguntas super certeras y se nota</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>una mayor participación yo creo que eso también pasando al tema del razonamiento clínico</p> <p>Informante 4: Una cosa que yo siento que está harto de moda ahora son los ABP, el trabajo en grupo...como en general el buscar nosotros la información, como en base a un caso clínico y luego exponerlo</p> <p>Informante 5: realizan discusiones de casos clínicos, nos colocan distintos tipos de informaciones de casos, antecedentes, cosa que nosotros también podemos hacer un razonamiento de como muchas situaciones que se nos puedan presentar en el futuro</p> <p>Informante 6: el tema de los casos clínicos, ir resolviendo casos clínicos en grupos pequeños se me hizo la verdad que bastante beneficioso</p> <p>Informante 8: me parece que en la medida que logramos otorgar espacios de práctica clínica o hacer foco en casos clínicos específicos como ejercicios de trabajo es lo que mejor avanza, tengo dudas en metodología, no sé si son metodologías, pero cuando se avanza con, nosotros hacemos ABP.</p> <p>Informante 8: el avance con casos clínicos y con casos prácticos reales me parece que mucha vez permite un avance un poco más profundo y homogéneo en los estudiantes.</p> <p>Informante 9: también es una estrategia, poder trabajar con casos clínicos incluso casos reales como no reales, incluso metodología de juego de roles</p> <p>Informante 9: yo creo que también estas de participación de análisis de casos clínicos con un tutor con profesores como mucho más participativo, por ejemplo, incluso debates o cosas así</p> <p>Informante 12: la entrega de un caso clínico, que uno lo pueda analizar con sus compañeros, ver distintas como visiones y des pues como ver realmente si uno estaba como bien o no</p> |
| | | <p>Aprendizaje basado en problemas (ABP)</p> | <p>Informante 1: nosotros también trabajamos con ABP, con TBL, todo...</p> <p>Informante 2: desarrollar problemas el ABP es super bueno para eso porque lo expone y es una formación mucho más integral ya</p> <p>Informante 4: Una cosa que yo siento que está harto de moda ahora son los ABP, el trabajo en grupo...como en general el buscar nosotros la información, como en base a un caso clínico y luego exponerlo</p> <p>Informante 4: hacer ABP entonces era como que nos daban un tema, buscábamos la información y nosotros íbamos desarrollando nuestros objetivos...en general sirvió harto porque se daba ese ambiente que te mencionaba que era super importante de confianza como más distendido entre el docente y el cómo que servía como modulador y</p> |

| | | |
|--|---------------|--|
| | | <p><i>nosotros éramos como los que tomábamos ahí las riendas por decirlo así y buscábamos la información</i></p> <p>Informante 7: emmm, estrategias, bueno las estrategias más activas, cierto, de enseñanza aprendizaje como por ejemplo el ABP, hacemos acá hartos saltos triples, los espacios cierto o los talleres dentro de las mismas clases</p> <p>Informante 8: <i>me parece que en la medida que logramos otorgar espacios de práctica clínica o hacer foco en casos clínicos específicos como ejercicios de trabajo es lo que mejor avanza, tengo dudas en metodología, no sé si son metodologías, pero cuando se avanza con, nosotros hacemos ABP.</i></p> <p>Informante 8: <i>me parece que en la medida que logramos otorgar espacios de práctica clínica o hacer foco en casos clínicos específicos como ejercicios de trabajo es lo que mejor avanza, tengo dudas en metodología, no sé si son metodologías, pero cuando se avanza con, nosotros hacemos ABP.</i></p> <p>Informante 9: un facilitador estas actividades que son participativas y constructivista por parte de los estudiantes como las modalidades de ABP, encuentro que también facilitan cierto grado de libertad.</p> <p>Informante 9: El ABP como te mencionaba es una buena herramienta, ya que es participativa constructivista y autónoma, ahí permite liberar las opiniones y apreciaciones del estudiante</p> <p>Informante 10: <i>aprendizaje basado en problema, es bueno porque igual ahí se discute en grupo y tú puedes tener la capacidad como de refutar tu idea o no dijiste tu idea, pero si era una buena idea entonces es muy enriquecedor</i></p> <p>Informante 11: <i>por ejemplo, yo recuerdo que la instancia donde más aprendí fue el ABP, no ABR, ¿aprendizaje basado en reto, donde nos ponían n grupos y teníamos que resolver un problema</i></p> <p>Informante 12: <i>emmm, pero, por ejemplo, lo que he presenciado y me ha servido arto es el salto triple y sobre todo los ABP.</i></p> |
| | <p>Debate</p> | <p>Informante 3: <i>el tema de los debates fíjate que hemos tenido una super buena experiencia en el sentido de que nos hemos dado cuenta de que los alumnos son super competitivos en ese sentido...se preparan más, profundizan mucho más en los temas asique eso ha sido super motivante para nosotros y nos ha dado un nuevo impulso porque se nota que estudian más, un poco por su cuenta y no obligados</i></p> <p>Informante 9: yo creo que también estas de participación de análisis de casos clínicos con un tutor con profesores como mucho más participativo, por ejemplo, incluso debates o cosas así</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p style="text-align: center;">Salto triple</p> | <p>Informante 7: emmm, estrategias, bueno las estrategias más activas, cierto, de enseñanza aprendizaje como por ejemplo el ABP, hacemos acá hartos saltos triples, los espacios cierto o los talleres dentro de las mismas clases</p> <p>Informante 12: pero, por ejemplo, lo que he presenciado y me ha servido arto es el salto triple y sobre todo los ABP.</p> |
| | | <p style="text-align: center;">Práctica clínica</p> | <p>Informante 2: <i>exponerlos a una relación interpersonal con pacientes desde etapas más tempranas que fueran como asistentes, que fueran como asistentes de sus compañeros de cursos superiores, que se vean expuestos o que vean más situaciones clínicas desde los primeros años incluso desde el primer año de tal forma que cuando tú lo expongas a un paciente real, él se sienta seguro.</i></p> <p>Informante 4: <i>mmm...yo al menos me refería como al hacer...a nosotros...ósea me pongo en el caso de odontología en la que el razonamiento clínico igual se desarrolla viendo como cosas, obteniendo esa experiencia de que se te presente un caso y tu tener que pensar como lo vas a resolver y eso en verdad no lo tengo</i></p> <p>Informante 6: ya estar con un paciente, viendo...son elementos son estrategias que van sumando para después llegar a tener un buen RC... la práctica, el ver cosas, el enfrentarse a situaciones en la parte práctica es importantísimo y es finalmente lo que va a, no todo del profesional, pero si una parte importante para llegar a un buen razonamiento.</p> <p>Informante 7: <i>Las actividades clínicas también, creo que ahí la franja clínica cierto, las prácticas curriculares si o si son instancias en que nos obligan a eso y finalmente es la forma de poner en práctica y de enfrentares a un problema real y tener que tomar ahí las decisiones correctas</i></p> <p>Informante 8: <i>Pero me parece que, dado que somos una carrera de la salud, ¿cierto?, la práctica se hace esencial.</i></p> <p>Informante 8: <i>me parece que en la medida que logramos otorgar espacios de práctica clínica o hacer foco en casos clínicos específicos como ejercicios de trabajo es lo que mejor avanza, tengo dudas en metodología, no sé si son metodologías, pero cuando se avanza con, nosotros hacemos ABP.</i></p> <p>Informante 8: <i>el avance con casos clínicos y con casos prácticos reales me parece que mucha vez permite un avance un poco más profundo y homogéneo en los estudiantes.</i></p> <p>Informante 8: <i>me parece que en la medida que logramos otorgar espacios de práctica clínica o hacer foco en casos clínicos específicos como ejercicios de trabajo es lo que mejor avanza, tengo dudas en</i></p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | | <p>metodología, no sé si son metodologías, pero cuando se avanza con, nosotros hacemos ABP.</p> <p>Informante 8: el avance con casos clínicos y con casos prácticos reales me parece que mucha vez permite un avance un poco más profundo y homogéneo en los estudiantes.</p> <p>Informante 9: también es una estrategia, poder trabajar con casos clínicos incluso casos reales como no reales, incluso metodología de juego de roles</p> <p>Informante 9: bueno las practicas clínicas son la clave para el proceso de desarrollo porque están con usuarios, con personas con pacientes digamos directo</p> <p>Informante 12: podría ser como la instancia de franjas clínicas, encuentro yo que son sumamente importante para el RC... interacción persona a persona es sumamente importante.</p> <p>Informante 10: y prácticas, me imagino que igual son buenas, pero no hemos tenido por pandemia, deben ser como bastante mas</p> <p>Informante 11: Emm, nosotros tenemos tele rehabilitación, que es cuando nuestro paciente está virtualmente con nosotros ...facilitadores en el sentido de que nos hace interactuar socialmente de verdad persona a persona, y es lo más cercano que tenemos, según yo es un facilitador súper social para el razonamiento clínico</p> |
| | | <p style="text-align: center;">Simulación clínica</p> | <p>Informante 1: Em...mira nosotros hemos utilizado harto, que nos ha ayudado bastante es la simulación, de alta y baja fidelidad...y los casos clínicos...esas son como las que más nos han ayudado...</p> <p>Informante 1: Em...mira nosotros hemos utilizado harto, que nos ha ayudado bastante es la simulación, de alta y baja fidelidad...y los casos clínicos...esas son como las que más nos han ayudado...</p> <p>Informante 2: "...recreamos un ambiente o un paciente distinto...para que fuera centrado en el paciente...en todas las condiciones sociales, laborales, las condiciones económicas entonces sí han tenido más cabida en la formación de los estudiantes este año, pero yo creo que fue producto del trasladar los estudios de casos clínicos"</p> <p>Informante 2: "...recreamos un ambiente o un paciente distinto...para que fuera centrado en el paciente...en todas las condiciones sociales, laborales, las condiciones económicas entonces sí ha tenido más cabida en la formación de los estudiantes este año pero yo creo que fue producto del trasladar los estudios de casos clínicos"</p> <p>Informante 2: Modelos de simulación clínica de baja y alta fidelidad facilitan este raciocinio clínico, pero debe ser implementado desde el inicio de la formación de los estudiantes porque una de las cosas que rompe esto y que es un gran estrés para los estudiantes es el</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | | <p><i>enfrentarse con pacientes y este enfrentamiento con pacientes lo llamo yo porque no es una presentación de paciente, sino que un enfrentamiento con los pacientes es de golpe</i></p> <p>Informante 3: <i>Entonces la simulación obviamente que facilita todo esto...Absolutamente facilita, por supuesto que sí, porque ya saben a lo que se van a ver enfrentados cuando les toca hacer en vivo y en directo con pacientes</i></p> <p>Informante 6: <i>nos iba presentando situaciones e íbamos pensando al final el doctor era como el paciente que llegaba diciendo todos sus problemas, lo que le dolía, lo que le molestaba</i></p> <p>Informante 7: <i>Así que esas instancias son como lo que va a integrar finalmente lo que nosotros hacemos, desde simulación, no estamos haciendo tanta simulación, pero también, cierto es una estrategia que pudiese facilitar también el tema del razonamiento.</i></p> <p>Informante 9: <i>Encuentro que también es, a mi parecer, una buena, un buen mecanismo, el juego de roles y el ámbito de la simulación clínica, pero en esta tercera etapa, de alta fidelidad, por ejemplo, con actores</i></p> |
| | | <p>Talleres, actividades reflexivas y participación</p> | <p>Informante 4: <i>y la idea es como que yo entre más participativa y más se involucre el estudiante...más va a aprender y estar atento y más va a ser beneficioso</i></p> <p>Informante 5: <i>No utilizar otras cosas además de clases, ahí yo creo que es lo que principalmente obstaculiza, se pueden complementar siempre</i></p> <p>Informante 5: <i>utilizan pizarras y plumones y se le ocurre ahí, tenemos un momento ya sea hacer la imagen de un diente por ejemplo y hacerlo como de manera más didáctica, lo practico es muy importante también, emmm, ir nosotros como, emmm, estar en el momento y realizar la, la, el tratamiento</i></p> <p>Informante 6: <i>eso debe ir de la mano con algo un poco más práctico, la teoría con algo más práctico, con un caso...claro, con explicar un tema, un ítem ponte tú y luego representarlo a algo real, algo tangible, un caso clínico una experiencia del docente,</i></p> <p>Informante 6: <i>entonces ir interactuando con la clase a medida que va pasando la información creo que eso para el estudiante lo mantiene atento a lo que está diciendo, está activo, esta con la motivación de participar, siendo que el docente está dando la oportunidad de ir participando...</i></p> |

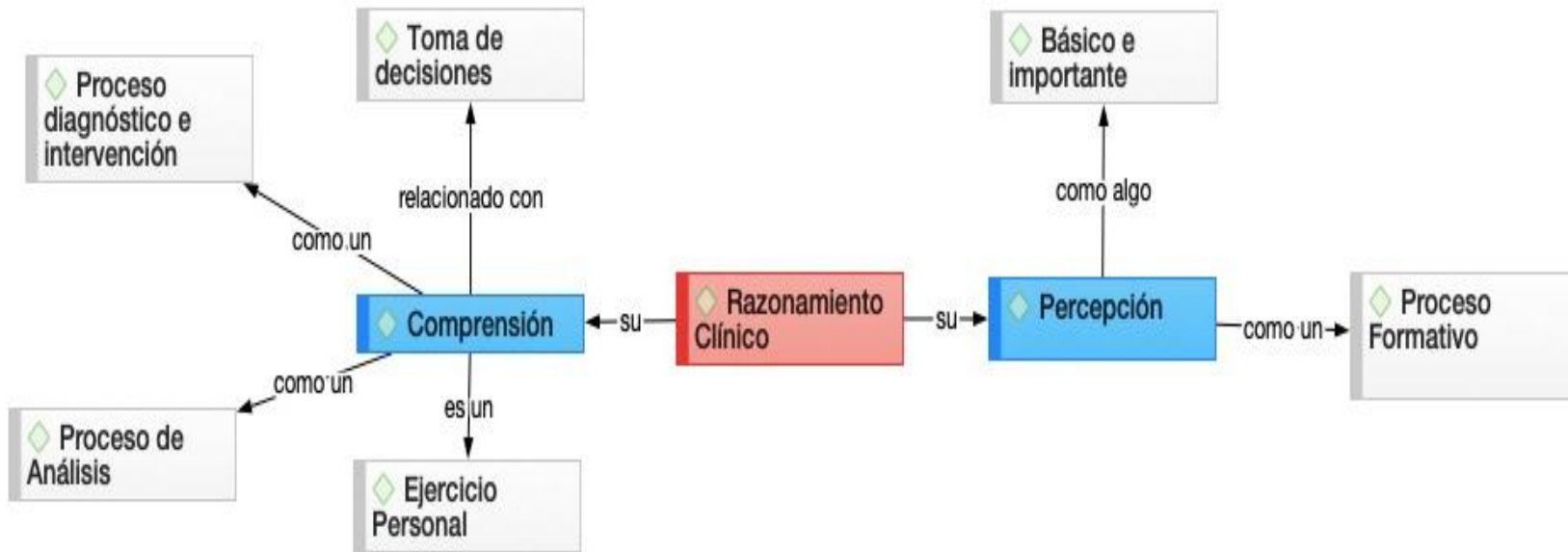
| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>Informante 7: Creo que ahí, cada uno va a teniendo como su estilo en como desarrolla las clases cierto, y la idea es que las clases también, por muy teóricas que sean, tengan una instancia, cierto, que ayude al razonamiento, a la reflexión, etc</p> <p>Informante 7: Específicamente creo que además de, no se po, en las clases, cierto, en las asignaturas donde uno pudiese exponer a los chicos a casos clínicos, a pensar, toma de decisiones, o en los ABP que también se hacen como estas instancias de reflexión...</p> <p>Informante 7: quizás hay que encontrar esa forma de que a pesar de que sea muy teórico, de que sea algo muy, de que se tenga que saber si o si, de que también inste a la reflexión, creo que podemos razonar no solamente del punto de vista clínico, creo que el razonamiento es algo que se puede dar a partir de cualquier problemática, entonces instar a quizás a que esos momentos, por ejemplo, también se pudiesen dar.</p> <p>Informante 7: yo siempre por ejemplo en las clases trato de terminar con un taller donde ponemos en práctica las cosas teóricas que hemos visto...</p> <p>Informante 8: Cuando uno tiene una suerte de clase que es expositiva, mitad expositiva mitad le pide al estudiante que desarrolle entonces la temática de forma práctica. Me parece que eso es muy bueno la entrega del contenido y después poder ejecutarlo rápidamente permite entonces un mejor entendimiento de esa información entregada como taller a propósito de lo anterior me gusta.</p> <p>Informante 8: El estudiante de tercero se daba cuenta de los errores que cometían los estudiantes de segundo esa flexibilidad en el transito desde que el estudiante se supone que está en un nivel respecto del que está en otro nivel me parece que es súper buena. A veces logra ir un poco homogeneizando a los individuos no teniendo esa barrera de que estas en un nivel y otro en otro o uno distinto.</p> <p>Informante 9: refiero a trabajar de manera participativa por parte de los estudiantes como en talleres con análisis crítico, de análisis de casos clínicos por ejemplo como hacer como tipo debate como discusión y generar como una dialéctica y llegar a puntos de encuentro</p> <p>Informante 9: refiero a trabajar de manera participativa por parte de los estudiantes como en talleres con análisis crítico, de análisis de casos clínicos por ejemplo como hacer como tipo debate como discusión y generar como una dialéctica y llegar a puntos de encuentro</p> <p>Informante 10: si yo creo que expositiva activa es muy bueno más cuando hacen estas, no son como entrevistas, sino como trabajos individuales con el alumno</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|---|---|
| | | | <p>Informante 11: las tutorías es una estrategia que a mi funciono demasiado, porque uno avanza por sí mismo y cuando te estancas ahí el tutor interviene, cuando tienes dudas ahí el tutor interviene, y te guía. Entonces uno intenta hacer todo lo posible con lo que ya sabe y si no sabes algo el tutor ahí te guía y aprendes algo nuevo.</p> <p>Informante 11: Otro facilitador podría ser cuando nos dan materiales antes de la clase o sesiones, porque también es autonomía nos ayuda a tener una idea de con que llegar a la clase y conversar</p> |
| | | Team-based learning (TBL) | <p>Informante 1: nosotros también trabajamos con ABP, con TBL, todo...</p> <p>Informante 5: por ejemplo, el TBL, que también nos ha ayudado bastante y en grupos también, grupos más pequeños</p> |
| | | Trabajo grupos pequeños | <p>Informante 4: Una cosa que yo siento que está harto de moda ahora son los ABP, el trabajo en grupo...como en general el buscar nosotros la información, como en base a un caso clínico y luego exponerlo</p> <p>Informante 5: por ejemplo el TBL, que también nos ha ayudado bastante y en grupos también, grupos más pequeños</p> <p>Informante 6: el tema de los casos clínicos, ir resolviendo casos clínicos en grupos pequeños se me hizo la verdad que bastante beneficioso... trabajar en grupos pequeños con un docente a cargo por cada grupo creo que a mí por lo menos me resulto bastante beneficioso esa idea</p> <p>Informante 6: el tema de los casos clínicos, ir resolviendo casos clínicos en grupos pequeños se me hizo la verdad que bastante beneficioso</p> <p>Informante 7: si bien el RRHH es pequeño, tratamos de adaptarnos con lo que hay para poder realizar este tipo de actividades que involucran a grupos más pequeños que nos permiten evaluaciones como más personalizadas y que obliga a que todos los estudiantes participen y pasen por estos procesos</p> <p>Informante 10: Emm, mientras menos gente siento que es mejor. Por ejemplo, en nuestro caso somos 10 que estamos en el grupo como al día de los alumnos y nos sirvió mucho que fuéramos 10, porque creo que ahora son 60 alumnos entonces complica el poder cada uno hablar y opinar y dar su idea.</p> <p>Informante 11: Por ejemplo, yo siempre he aprendido mucho en las tutorías y también cuando es, nos dan las instancias de nosotros hablar entre compañeros más que nada para saber lo que hacemos, también un facilitador</p> |
| Estrategias Obstaculizadores (EO) | Clase expositiva / magistral | <p>Informante 1: Em...cuando el objetivo es principalmente razonar, la misma clase teórica magistral te lo encierra un poco porque finalmente tú vas a tener la perspectiva del docente, su guía su esquema su mapa”</p> | |

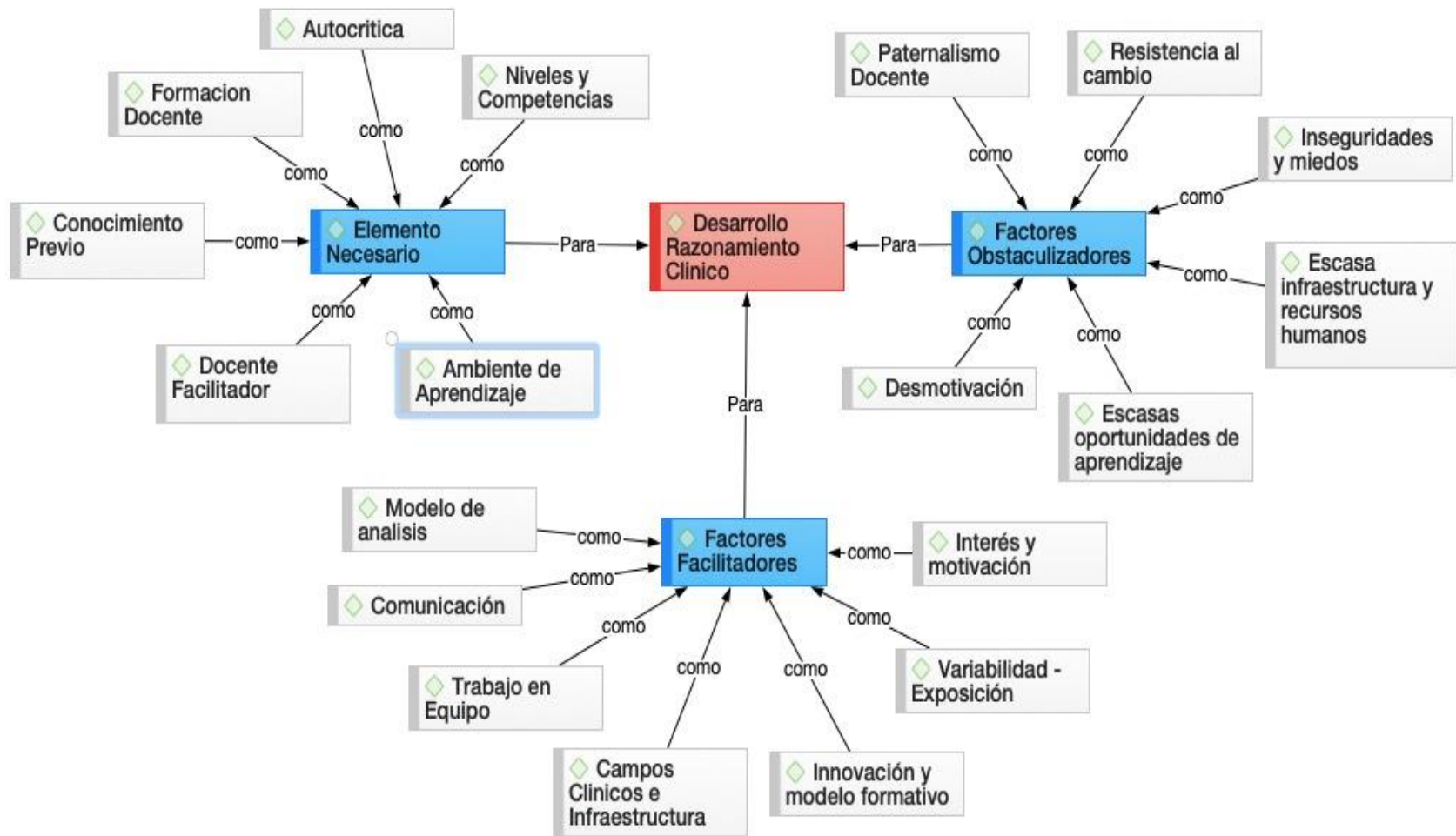
| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>Informante 2: clase donde hay un estudiante que pregunta, pregunta, participa tú ves que muchos docentes lo frenan, lo paran lo cohiben. Esas cátedras ya pasaron...</p> <p>Informante 2: Sin duda una clase teórica magistral no es adecuada o es menos adecuada porque uno puede pasar el concepto teórico el concepto cognitivo ya...pero la aplicación de esto es lo interesante no me importa que el estudiante se sepa de memoria el A B C D...en algunas cosas si</p> <p>Informante 3: Em... sabes que yo creo que la estrategia que dificulta es lo que aprendimos todos los viejos que eran las famosas magistrales, en las clases magistrales, el profe habla, habla y habla de repente se pega una pregunta y responde un alumno, pero yo creo que ese no es sistema donde ellos puedan razonar sus temas</p> <p>Informante 4: yo creo que cada vez las clases expositivas, así como totales, están quedando cada vez más afuera porque al final uno se distrae la mitad de la clase... una clase expositiva 100%, no digo que una clase expositiva sea mala, pero si es como en su 100% termina siendo como fome o muy tediosa para el estudiante.</p> <p>Informante 5: Emmm, yo creo que ahí también podría nombrar las clases magistrales, porque hay clases de verdad que es literal ir a escuchar a alguien leer un ppt</p> <p>Informante 6: Creo que en las clases teóricas donde se pasa materia, se pasa materia y se pasa el power point, creo que eso si es una estrategia que obstaculiza el tema... donde el docente solo leía la información del power point, una hora y media y claro... a los 30 40 minutos uno ya está mirando para cualquier lado,</p> <p>Informante 7: emmm, o sea, es que no se si tan obstaculizadoras porque creo que también deben haber instancias cierto de clases que son un poco más expositivas activas cierto, por ejemplo, emmm pero si el que se tomen en base a una charla cierto o una clase magistral por ejemplo de un profesor creo que eso si pudiese ser como obstaculizador... ese tipo de clases que son como más de que el profe ahí es el bacán, cierto y que muestre y que ponga toda la carne a la parrilla y todo lo que se, pudiese ser una forma que está un poco obstaculizando un poco el razonamiento,</p> <p>Informante 9: Pero yo creo que esos procesos también tienen que ver con el desarrollo personal del ámbito docente de pregrado, porque a veces unas conversaciones mucho más, a mi parecer, productiva que pasar muchas cosas puntuales y muy técnicas, sino que la orientación de como pensar las cosas yo creo que por ahí puede jugar a favor</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|
| | | | <p>algunas cosas, pero si hay muchas clases a veces como operativas teórica.</p> <p>Informante 10: emmm, quizás cuando el profe hace una clase expositiva pero no activa... y como cosas más teóricas no tan proactivas del estudiante no creo que sean buenas.</p> <p>Informante 11: Si yo creo que serían las clases expositivas cuando no participamos nosotros, cuando son clases sólo teóricas, y teóricas y no hay instancias para preguntarle al profe más que nada. O las clases asincrónicas, porque últimamente he tenido muchas clases asincrónicas y como estamos colapsados en el horario no tenemos sesiones de preguntas, entonces lo que tenemos que hacer es mandar correos preguntando y la retroalimentación es muy distinta por correo entonces las clases asincrónicas teóricas yo siento que son un limitante sí.</p> <p>Informante 12: siento que la clase como tal expositiva no, no lleva mucho al razonamiento claramente porque es solamente lo que expone el profe no mas</p> |
| | | Actividades en grupos grandes | <p>Informante 6: en una clase presencial somos muchos más y cuando presentan un caso clínico a veces uno se no atreve mucho a participar siempre hay algo de temor, son los mismo los que van respondiendo</p> <p>Informante 7: porque a veces cuando son grupos más grandes o clases y talleres donde están todos, se esconden, siempre participan los mismos, y reflexionan los mismos</p> <p>Informante 10: quizás muchos estudiantes no son siempre buenos,</p> |
| | | Baja participación del estudiante | <p>Informante 2: clase donde hay un estudiante que pregunta, pregunta, participa tú ves que muchos docentes lo frenan, lo paran lo cohíben. Esas cátedras ya pasaron...</p> <p>Informante 6: en una clase presencial somos muchos más y cuando presentan un caso clínico a veces uno se no atreve mucho a participar siempre hay algo de temor, son los mismo los que van respondiendo</p> <p>Informante 10: Cuando el profesor está hablando de cómo es el razonamiento o el dando su mirada de forma constante y no dejando que el estudiante participe o se cuestione por sí mismo emm</p> <p>Informante 11: Si yo creo que serían las clases expositivas cuando no participamos nosotros, cuando son clases sólo teóricas, y teóricas y no hay instancias para preguntarle al profe más que nada.</p> |

7.6 Anexo 6. Figura 1. Red temática: Razonamiento clínico



7.7 Anexo 7. Figura 2. Red temática: Desarrollo razonamiento clínico



7.8 Anexo 8. Figura 3. Red temática: Estrategias de enseñanza-aprendizaje.

